

ISSIS

Leto XIV. Številka 1 / 1. januar 2005

Dražan!

GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Upanje umira zadnje!



Končno je v celoti oblikovan izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije. Na zadnji, 46. redni seji skupščine sta bila z veliko večino glasov prisotnih poslancev izvoljena predsednika odbora za zasebno zdravstvo in odbora za zobozdravstvo, ki ju je poslanec predlagal predsednik Zdravniške zbornice Slovenije. Potrjeni so bili tudi člani obeh odborov, ki v prihodnosti napovedujeta okrepljeno dejavnost. Odbor za zobozdravstvo bo znotraj krovne organizacije – Zdravniške zbornice – dosegel večjo samostojnost, ki jo bo potrebno zasidrati tudi z na novo napisanim statutom in pravilniki Zbornice. Dejavnost zasebnikov je pričakovana glede na spreminjajoče se pogoje znotraj Evropske unije, in, ne nazadnje, zaradi nujne potrebe po večji in enakomernejši dostopnosti do zdravniških storitev, ki jih je delno možno udejaniti tudi s povečanjem števila, predvsem zdravnikov zasebnikov na osnovni ravni zdravstvenega varstva. Seveda bo tudi na področju zasebnosti potrebno uskladiti zakonske predpise, ki bodo celovito uredili odnos zasebnega področja z javno zdravstveno službo, opredelili odnose s plačnikom zdravstvenih programov in olajšali pogoje za pridobivanje koncesij.

Koalicijska pogodba o sodelovanju koalicijskih strank v Vladi Republike Slovenije nam vzbuja upanje, da se bodo marsikateri zadevi na področju zdravstva reševale v prid bolnikov in zdravnikov, kar je tudi po našem globokem prepričanju pogoj za izboljšanje zdravstvenega varstva v Sloveniji. Pripravlja se prenova zakona o zdravstveni dejavnosti, ki se bo sprejemala – tako beremo v besedilu koalicijske pogodbe – z najširšim družbenim soglasjem med socialnimi partnerji, stroko in civilno družbo. V nadaljevanju koalicijska pogodba omenja tudi zdravnike zasebnike. Na novo bo potrebno opredeliti pogoje za izdajanje koncesij, koalicija pa si bo tudi prizadevala za pregledno uvajanje zasebnega dela na področju osnovnega zdravstvenega varstva v okviru obstoječih zmogljivosti javne zdravstvene službe.

Z novim vodstvom na področnem ministrstvu za zdravje se nam, to so namreč pričakovanja in upi vseh zdravnikov in doktorjev dentalne medicine, odpirajo kakovostnejše možnosti za dialog in sodelovanje. Zdravniki imamo namreč vedno svoj prav in nas je težko pripraviti za sodelovanje pri uvajanju kakršnihkoli novosti, če nismo prepričani, da bodo spremembe resnično prinesle tudi novo kakovost v naše delo. Pustimo pa se prepričati z utemeljitvami in takrat zavzeto sodelujemo v skupnih naporih za povečanje učinkovitosti svojega dela. A za to je potreben strpen dialog. Vsiljenih rešitev ne priznavamo.

V prihodnjih letih se bomo zdravniki vedno bolj soočali z vprašanjem “zdravilstva”. Ker je to področje v Sloveniji povsem neurejeno, se vse bolj pojavlja nevarnost, ki jo predstavljajo tako imenovani “mazači”, ki z navideznimi metodami spoznavajo bolniki in jih s povsem nepreverjenimi in izmišljenimi načini tudi “zdravijo”. Z zlorabo lahkovernosti bolnikov z obljubami na ozdravljenje nemalokrat povzročajo veliko in nepopravljivo škodo za zdravje. In takšno “zdravljenje” seveda ni zastoj!

Zdravnik, ki je prejel pooblastilo, da bo zdravil svoje bolnike na podlagi svoje izobrazbe in izkušenj po načelih sodobne medicinske znanosti, se ne sme ukvarjati z “mazaštvom”, ker bi s tem škodoval bolnikom, ki

so mu zaupani v pošteno medicinsko oskrbo. Obenem pa bi s takim ravnanjem nepopravljivo škodoval tudi ugledu svojega stanu.

V prihodnje bo potrebno področje "zdravilstva" zakonsko urediti, kar bo predvsem naloga Ministrstva za zdravje, sodelovati bodo morale tudi zdravniške organizacije in, ne nazadnje, obe slovenski medicinski fakulteti. Najtežja naloga bo ločevanje zdravilstva od pravega "mazaštva". V vsakem primeru bodo morali zdravniki imeti določeno predpisano izobrazbo, delovati bodo morali v okviru zakonskih predpisov ter prevzemati tudi objektivno in subjektivno odgovornost za svoje delo. Če naj bi se s to dejavnostjo ukvarjali le nezdravniki, bi se Zdravniška zbornica Slovenije načeloma lahko odrekla vmešavanju v to izredno občutljivo področje. To ne bi bilo etično, ker gre tudi in predvsem za naše bolnike, katerim smo zavezani nuditi vso potrebno pomoč. K temu sodi tudi osveščanje in opozarjanje na nevarnosti, ki jih lahko predstavlja brezglavo zaupanje v alternativne načine zdravljenja. Pri tem računamo tudi na podporo medijev, ki morajo spoznati naše dobre namene, da preprečimo škodo, ki jo nepreverjeni načini "zdravljenja" lahko povzročijo našim bolnikom. Za bolnike bi bilo še najvarnejše, da bi "alternativne" načine zdravljenja po svoji presoji uporabljali zdravniki. Ti imajo medicinsko izobrazbo, ki jim brani zlorabo teh metod v primerih, ko nastopi trenutek za zdravljenje po načelih sodobne medicinske znanosti. Poleg tega prevzemajo zdravniki za svoje ravnanje polno strokovno odgovornost, odškodninsko in tudi etično ter ne nazadnje tudi kazensko odgovornost. Je pa kombinacija preverjenih in strokovno priznanih načinov zdravljenja z nepreverjenimi alternativnimi metodami zdravljenja po mnenju večine zdravnikov hudo sporna.

Odprtih vprašanj je na tem področju veliko in potrebno jih bo reševati z veliko mero razumnega premisleka in nikakor ne slepo slediti ureditvam v sosednjih državah ali drugih evropskih okoljih, kjer zaradi popustljivosti do alternativnih metod zdravljenja že marsikoga boli glava.

Dotaknil bi se še enega vprašanja, o katerem so v bližnji preteklosti veliko povedali in tudi napisali naši novinarji. To je pomanjkanje zdravnikov in to predvsem na osnovni in marsikje tudi na specialistični ravni zdravstvenega varstva. Ne bi si upal reči, koliko dodatnih zdravnikov Slovenija v tem trenutku potrebuje, ker tega ni možno oceniti za vso državo. V nekaterih okoljih zdravnikov ne primanjkuje, so pa v Sloveniji predeli, ki so z zdravniki nedopustno slabo preskrbljeni. Tu nastaja začaran krog, kjer že tako maloštevilni zdravniki zaradi nečloveških preobremenjenosti bežijo v okolja, kjer so pogoji za delo znosnejši. Stanje se tako nenehno poslabšuje in tu vidim vlogo Zdravniške zbornice, da predlaga in tudi zahteva korenite spremembe glede ponudbe ugodnosti za zdravnike, ki bodo le na tak način vzpodbujeni za delo na manj privlačnih področjih. Prepričan sem, da bi ob primerni vzpodbudi marsikateri mlad zdravnik ali zdravnica z veseljem zavihala rokave tudi izven velikih mestnih središč.

Očitki, da z birokratskimi postopki zaviramo zaposlovanje zdravnikov iz drugih držav, nikakor ne drže. Če želimo ohraniti delo zdravnikov v Sloveniji na primerni ravni kakovosti, moramo po veljavnih predpisih preverjati strokovno usposobljenost prosilcev iz tujine. Tudi po priključitvi naše države Evropi se povpraševanje tujih zdravnikov za delo v Sloveniji ni bistveno povečalo. Vsekakor pomanjkanja zdravnikov prihod tujih zdravnikov ne bo rešil. V kratkem bomo morali storiti vse, da bi zdravnike vzpodbudili, da bi se prostovoljno razporejali v kraje, kjer je pomanjkanje največje. Mi bomo rešitve predlagali, škarje in platno pa ima v rokah predvsem naš novi minister, ki bo, tako namreč utemeljeno upamo, prisluhnil našim predlogom in jih pomagal udejanjiti.

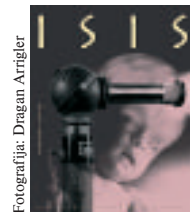
Navedel sem le najbolj odmevna in največkrat omenjena vprašanja slovenskega zdravništva, ki so zaznamovala začetek mandata novega vodstva Zdravniške zbornice Slovenije v drugi polovici iztekajočega se leta.

Z upanjem in optimizmom zremo v bližnjo prihodnost, ki nam jo prinaša novo leto 2005. Ob tej priliki ugotavljam, da bodo naši uspehi odvisni tudi od naše sposobnosti za strpen in ploden dialog na vseh ravneh, ki v tej državi odločajo o zdravstveni politiki.

Vsem članom Zdravniške zbornice in svojim sodelavcem želim v prihajajočem letu obilo veselja pri svojem delu in veliko osebne sreče. ■

Vladislav Pegan

Vladislav Pegan



Fotografija: Dragan Arrigler

Vsebina

uvodnik	Vladislav Pegan	• Upanje umira zadnje!	3
novice			8
iz Evrope	Marko Bitenc	• Poročilo o zasedanju sveta in skupščine CPME v Göteborgu	25
	Boris Klun	• Vloga in pooblastila zdravniške zbornice ob zdravniških napakah	26
	Boris Klun	• Zmanjšanje stroškov za zdravila, velika skrb	27
fotoreportaža	Tomaž Rott	• Ob letošnjem Plečnikovem zdravniškem koncertu	28
aktualno	Ema Mušič	• Zunajbolnišnična pljučnica v ambulantni obravnavi	33
	Vesna Paver Eržen	• Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok že drugič potrjen za evropski izobraževalni center iz anesteziologije in intenzivne terapije	38
	Tadej Gale	• Zdravnik kot profesionallec in njegov odnos do pacientov	40
forum	Marjan Fortuna	• Ali je zdravnikov res premalo?	46
	Davorin Dajčman	• Nove razmere, nove priložnosti	47
	Tomaž Rott	• Pomisleki ob zakonu o sistemu plač	50
obletnice	Irena Grmek Košnik, Marija Ješe	• 50. obletnica Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj	54
zanimivo	Peter Kadunc, Krištof Zevnik	• Digitalna medicina	57
	Zvonka Zupanič Slavec	• Kirurgija kot muzejska umetnost v Chicagu	59
delo Zbornice		• Zapisnik IO ZZS	61
	Elizabeta Bobnar Najžer	• 46. redna seja skupščine Zdravniške zbornice Slovenije	67
koledar zdravniških srečanj			73
programi zdravniških srečanj			85
strokovna srečanja	Mateja Bulc, Nena Kopčavar Guček	• Jesensko srečanje UEMO	96
	Faris Mujezinović	• Šola mamografske diagnostike	97
	Matjaž Rode	• Frialoc enofazna tehnika dentalne implantacije	100

**Zdravo, učinkovito, uspešno, zadovoljno
in srečno 2005!**

Uredništvo revije Isis, Atelier IM, Camera d. o. o., Tiskarna Povše, Dragan Arrigler

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

Na prvi pogled predmet na naslovnici ni bistveno različen od običajnega sušilnika las, ki ga pozna vsakdo. Pa vendar nosi s seboj nekaj drugačnega. Ko je vključen, namesto zraka iz cevi prihaja posebna hladna svetloba. Prislonjena na glavico dojenčka ali malčka presvetli predel, kjer ni možganovine. Aparat so na Pediatrični kliniki včasih uporabljali za orientacijsko določanje hidrocefalusa ali vodenoglavosti, ki so jo natančneje lahko dokazovali sicer dokaj invazivnimi radiološkimi metodami (na primer pnevmocefalografijo).

Za pomoč pri pripravi naslovnice se zahvaljujemo prof. dr. Davidu Neubauerju in prim. mag. Štefanu Kopaču.

Idejna zasnova in tekst: Elizabeta Bobnar Najžer

	Matjaž Rode	• Estetska stomatologija v praksi	103
	Davorin Dajčman	• Prvi kongres slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo	104
	Nada Kecelj Leskovec, Tomaž Lunder, Tanja Planinšek Ručigaj	• Mednarodni flebološki kongres v Ljubljani	106
	Andreja Tekauc Golob, Andreja Domjan Arnšek	• Zdravila in dojenje	108
	Maja Pelcl	• Srečanje mladih specialistov splošne in družinske medicine ter specializantov družinske medicine	110
	Sanja Rozman	• Izkoreniniti smrt in trpljenje zaradi raka do leta 2015	112
	Nataša Fikfak	• Novi pristopi k zdravljenju razsejanega plazmacitoma	114
	Saša Žužek Rešek	• Cerkev in zdravje v svetu	116
	Saška Zdolšek	• Pulmologi in imunologi letos organizirali tri kongrese hkrati	117
	Jože Barovič	• Poročilo o kongresu madžarskih balneologov	120
odmevi	Primož Strojan, Božidar Casar, Hotimir Lešničar, Zvonimir Rudolf	• Obsevalna naprava za rak v severovzhodni Sloveniji – da ali ne?	121
recenzija	Slavko Ziherl	• Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola	122
	Boris Klun	• Zdravniški utrinki	122
	Boris Klun	• Kirurgija jeter in vranice	123
zdravniki v prostem času	Iztok Tomazin	• Zdravnik in bolnik na osemstisočaku	124
	Jurij Kurillo	• Na obisku pri profesorju Röntgenu	128
personalia			130
s knjižne police	Marjan Kordaš	• Delovanje totalitarnih sistemov	131
misli in mnenja uredništva	Eldar M. Gadžijev	• Revija Isis v letu 2005 – veliko dobrega branja	134



8



67

Zdravstvo

Iz koalicijske pogodbe nove Vlade Republike Slovenije

Sporazum izhaja iz naslednjih enotnih, skupnih strateških ugotovitev in izhodišč koalicije:

- da zdravje in zdravstveno varstvo sodita med temeljne človekove pravice;
- da se obseg zagotovljenih pravic do zdravstvenih storitev ne sme zmanjšati;
- da je varovanje zdravja in zdrav način življenja temeljna dolžnost vsakega posameznika, družine, delodajalcev in države;
- da je treba v Sloveniji socialne vrednote, kot so solidarnost, socialna pravičnost in univerzalna dostopnost do pravic, utrditi in razvijati;
- da je zdravje in zdravstveno varstvo predvsem javna dobrina, ki se zagotavlja vsem, ne glede na zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje ali sposobnost posameznika;
- da bolnikom prijazen in uspešen zdravstveni sistem temelji na programih osnovne ravni obravnav in posegov s posebnim poudarkom na nadaljnji širitvi programov preventive;
- da zaostrene razmere pospešene rasti izdatkov zdravstvenega varstva zaradi hitrega širjenja in razvoja medicine, spremenjene patologije, staranja prebivalstva, večje zahtevnosti in povpraševanja po zdravstvenih storitvah slabšajo dostopnost do zdravstvenih storitev in njihovo kakovost in povzročajo nenormalne čakalne dobe za zaposlene in starejšo populacijo;
- da so za odpravljanje vseh slabosti in nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva v državi potrebni postopni, evropsko primerljivi reformni procesi ob zagotovitvi najširšega družbenega soglasja med prebivalstvom, strokovnimi in civilnimi združenji.

Koalicija bo v tem mandatu zasledovala naslednje programske naloge in cilje:

I. Zagotavljanje pravic

1. Za uresničevanje strategij razvoja zdravstvenega varstva in vsebin reformnih procesov bomo prednostno dopolnili obstoječe zakonske rešitve na naslednjih področjih:
 - prednostno bomo uvedli izravnalne sheme, da bi preprečili selektivno poviševanje premij;
 - prednostno bomo za kategorijo socialno šibkih zavarovancev storitve, za katere je



Andrej Bručan, dr. med., spec. akad. st., novi minister za zdravje v Vladi Republike Slovenije za mandat 2004 - 2008.

potrebno doplačilo, ki se zavaruje preko prostovoljnega zavarovanja, vključili v košarico storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja;

- v drugi fazi bomo pripravili strokovne podlage za novo sistemsko zakonodajo prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj z zagotovitvijo košarice obsega pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju brez doplačil, na podlagi popolne solidarnosti;
- v zakonu o zdravstveni dejavnosti bomo na novo uredili organizacijo javne zdravstvene službe in določili njeno mrežo (javne zavode, koncesionarje), tako da bo zagotovljena ustrezna horizontalna in vertikalna povezanost s ciljem kakovostne, racionalne in pravočasne oskrbe bolnikov. Za sprejetje novih zakonov bomo zagotovili najširše družbeno soglasje med socialnimi partnerji, stroko in civilno družbo posebej pri zakonski ureditvi košarice pravic do zdravstvenih storitev in denarnih nadomestil. Vlada RS se bo zavzemala za natančnejše opredelitve in ohranitev sedanjega obsega pravic z upoštevanjem primerjav

in standardov razvitih držav EU;

- s primernimi ukrepi bomo uvedli večjo disciplino pri plačevanju prispevkov zavezancev in povečali stopnjo izterjave;
- na novo bomo opredelili osnove za plačevanje prispevkov zavezancev, tako da bodo v obračun vključene vse vrste dohodkov;
- na novo bomo opredelili pogoje, pod katerimi bo mogoče v prihodnje izdajati koncesije za zasebno delo, tako da zaradi njih ne bi prišlo do poslabšanja učinkovitosti delovanja zdravstvene dejavnosti v danih okoljih;
- zagotovili bomo pogoje za učinkovitejše delo in rabo virov za izvajanje programov v zdravstvenih zavodih ter položaj in odgovornost menedžmenta za uspešno poslovanje kakor tudi vlogo in odgovornost partnerjev po sedanjem 63. čl. ZVZZ pri sprejemanju splošnega in področnih dogovorov.
- 1. Postopoma bomo skušali uvesti sistem doplačil za nekatere storitve, kar pa ne bo pomenilo krčenja temeljnih pravic zavarovancev.

- Prizadevali si bomo s sistemskimi ukrepi zmanjšati strukturni primanjkljaj v zdravstveni blagajni in izboljšati finančno solventnost.
- V okviru celotne državne politike bo koalicija skrbela za uveljavljanje zdravega načina življenja in odgovornosti za lastno zdravje.
- V letu 2005 bomo preučili pogoje in okvire za zakonodajno ureditev uvedbe zavarovanja za dolgotrajno nego, ki bo dostopna vsem, ki jo potrebujejo. Izhajali bomo iz vsebine projekta, ki so ga pripravljali ZZZS, ministrstvo za zdravje in ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
- Prizadevali si bomo za uvedbo stimulativnega plačevanja v zdravstvu po opravljenem delu in nehali s prakso »uravnilovke« pri nagrajevanju medicinskega osebja.
- Prizadevali si bomo zmanjšati neupravičene odsotnosti z dela zaradi bolezni.
- Koalicija bo zagotovila ustanovitev in delovanje instituta varuha bolnikovih pravic.

II. Organiziranost in delovanje zdravstvene službe

- Eden izmed prednostnih ciljev je urediti razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu, predvsem na primarni in sekundarni ravni. Koalicija si bo v sklopu nove zdravstvene zakonodaje prizadevala za pregledno uvajanje zasebnega dela na področju osnovnega zdravstvenega varstva v okviru obstoječih zmogljivosti javne zdravstvene službe. Preučili bomo pogoje za delo svobodnih zdravnikov specialistov. S tem bomo povečali učinkovitost zdravstvene službe in jo približali uporabnikom. Pod temi pogoji bomo v naslednjem srednjeročnem obdobju zagotovili spoštovanje evropske direktive o delovnem času.
- Pripravili bomo pogoje za izboljšanje delovnih odnosov in komunikacij med osnovnim zdravstvom, ambulantnimi specialističnimi dejavnostmi in bolnišnicami. Pri teh procesih novih kakovosti in skrbi za zdravje prebivalcev ter nadzoru bo poseben poudarek na družinskih zdravnikih.
- Pripravili bomo kodeks bolnikovih pravic in uredili pritožbene postopke. Nadaljevali bomo z začetimi procesi uvajanja preglednosti nad kakovostjo zdravstvenih storitev.
- Čakalne dobe bomo selektivno zmanjševali na razumne roke z enotnimi organizacijskimi rešitvami na ravni države in določanjem prioritet, s prerazporeditvijo finančnih

sredstev za povečanje programov v ambulantni specialistični dejavnosti.

- V ambulantni specialistični in bolnišnični dejavnosti bomo opredelili storitve primarnega in sekundarnega nivoja, standardizirali procese zdravljenja in klinične poti za nadaljevanje začetega modela plačevanja storitev po skupinah primerljivih primerov (SPP).
- Razmejili bomo financiranje sekundarnega in terciarnega nivoja.
- Zagotovili bomo pogoje in vzpostavili delovanje informacijskega sistema v zdravstvu s posebnim poudarkom na enotnih standardih in povezavi bolnišnic, ministrstva za zdravje in ZZZS.
- Na področju zdravstvene nege bomo nadaljevali spreminjanje šolanja, kot ga zahteva Evropska unija.
- Z drugimi ministrstvi bomo nadgradili zakonodajo, ki bo z ustrezno politiko zagotavljala zdravo okolje, zdravo prehrano in zdrav način življenja. Predlagali bomo nacionalni program razvoja zdravstvenega varstva do leta 2012, v katerem bomo na podlagi dejanskega stanja oblikovali pogoje, aktivnosti in ukrepe za krepitev zdravja državljanov.
- Z zakonodajnimi spremembami bomo zdravstveno blagajno razbremenili izdatkov, ki ne sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje.
- Na področju zdravil bomo izvajali politiko, ki bo zagotavljala večjo dostopnost do zdravil na območju Republike Slovenije, ter predlagali nove zakonske rešitve na po-

dročju razvrščanja zdravil na liste in sistema medsebojno zamenljivih zdravil ter s tem racionalizirali izdatke na ravni države.

- Prizadevali si bomo za večjo avtonomijo odgovornega upravljanja (menedžiranja) v zdravstvenih zavodih na vseh ravneh z usposobljenimi menedžerji. V ta namen bomo poskrbeli za nepretrgano usposabljanje direktorjev in strokovnih vodij.

III. Investicije v zdravstvu

- Na področju naložb v zdravstvu bomo povečali dosedanje aktivnosti in sredstva ter zagotovili pogoje za enakomerno medletno porabo razpoložljivih sredstev iz proračuna. Dokončali bomo začete naložbe in postavili novo strukturo porabe sredstev.
- Posebno pozornost bomo v tem mandatu namenili nakupu in zamenjavi iztrošene drage diagnostične opreme. Pripravili bomo standarde in normative za te nakupe in zagotovili usposobljenost strokovnih delavcev v zdravstvenih zavodih za pregledno in racionalno izvajanje javnih naročil. Večja naročila bomo izvajali na državni ravni.

Vir: Koaliicijska pogodba o sodelovanju v vladi republike Slovenije za mandat 2004 – 2008, Ljubljana, 23. 11. 2004

Podpisniki: Janez Janša, predsednik Slovenske demokratske stranke, dr. Andrej Bajuk, predsednik Nove Slovenije – krščanske ljudske stranke, Janez Podobnik, dr. med., predsednik Slovenske ljudske stranke, Anton Rous, predsednik Demokratske stranke upokojencev Slovenije ■

Prostore za opravljanje zdravstvene dejavnosti

ambulanta, operacijska soba, sterilizacija, prostor za počitek po posegu, recepcija, čakalnica, ... vrhunsko opremljeno za zdravstvene dejavnosti - 160 m² z vsemi potrebnimi dovoljenji za opravljanje dejavnosti v bližini hotela Habakuk v Mariboru

oddamo v najem

Info: tel 070 361302

Prost pretok bolnikov in zdravnikov zahteva boljšo obveščenost

Obmejne zdravniške zbornice Slovenije, Italije in Avstrije podpisale sporazum o tesnejšem sodelovanju, kar bo koristilo predvsem bolnikom, ki so v primeru bivanja v katerikoli državi EU upravičeni do enakovrednih zdravstvenih storitev kot v matični državi

V petek, 19. novembra 2004, je Zdravniška zbornica Slovenije v imenu svojih obmejnih regijskih odborov v Celovcu podpisala dogovor o medregijskem mednarodnem sodelovanju z avstrijskima regijskima zbornicama za Koroško in Štajersko ter italijanskima regijskima zbornicama za Gorico in Trst.

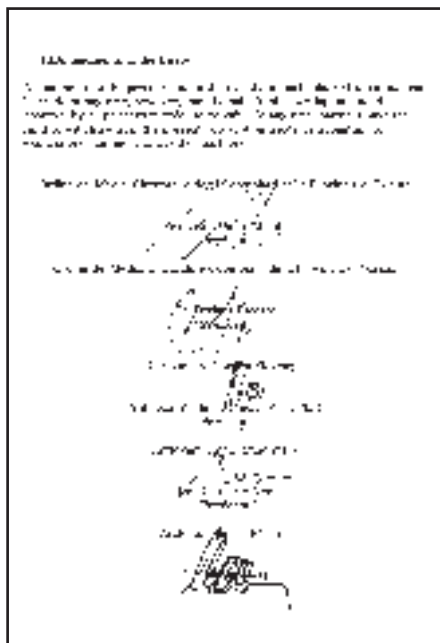
Podpisnice si bodo prizadevale zagotoviti svojim članom obveščanje in svetovanje o pogojih za opravljanje zdravniške službe v vsaki regiji podpisnici. Partnerski odnos v okviru novega skupnega geografsko-političnega prostora bodo razvijale predvsem s tem, da bodo izmenjevale in razvijale določila o strokovnem delu, sodelovale na področju nenehnega strokovnega razvoja zdravnikov in zobozdravnikov ter izmenjevale izkušnje zdravstvenih sistemov.

“Predvsem je obmejno sodelovanje dobrodošlo za bolnike, da bodo v Evropski uniji v primeru potrebe lahko enakovredno obravnavani ne glede na državne meje,” je v svoji izjavi poudaril predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med. “Enako pomembno pa je tudi, da bodo krovne organizacije med seboj izmenjevale podatke o ustreznosti usposobljenosti zdravnikov in zobozdravnikov, ki bodo kot tuji državljani z izobrazbo, pridobljeno v matični državi, z licenco v novi domovini zdravili paciente.”

Zdravniška zbornica Slovenije je bila že pred vstopom države v Evropsko unijo članica številnih evropskih zdravniških združenj,

dejavna je bila in je še vedno tudi na področju ožjega sodelovanja z zbornicami sosednjih držav. Zavedala se je, da Evropa podpira delovanje regij, vendar slovenska politika še vedno ni dokončno uredila položaja regij.

Zdravniška zbornica Slovenije je pravno formalno urejena kot enovita pravna oseba, ki svojo notranjo organiziranost temelji na izrazito regionalnem načelu. Od prvih volitev poslancev skupščine Zbornice, leta 1992, je načelo regijskega delovanja vgrajeno v njene akte. Najpomembnejšo nalogo, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike svoje regije, udeležujejo zlasti s sodelovanjem pri procesu dodeljevanja mnenj za podelitev koncesij za



Dr. Dietmar Bayer, avstrijska Zbornica za Štajersko, prof. dr. Vladislav Pegan, Zdravniška zbornica Slovenije, dr. Marija Gemma Grusovin, v imenu italijanske Zbornice za Gorico, dr. Othmar Haas, avstrijska Zbornica za Koroško, in dr. Adriano Celato, v imenu italijanske Zbornice za Trst



Skupinska fotografija predstavnikov obmejnih Zbornic

zasebno dejavnost, od leta 2002 pa brez soglasja regij Zbornica ne dodeli nobene specializacije. V bodoče bo potrebno razmisliti o nadaljnjih nalogah regij, da bi v konkurenčnem evropskem ozračju lahko pridobile večjo veljavo.

V ta okvir zagotovo sodi tudi medregijsko mednarodno sodelovanje, ki ga predstavlja podpis omenjenega sporazuma.

Zamejske zdravniške zbornice so se prvič sestale konec junija v Ljubljani, kjer so se tudi

poimenovali "ljubljska skupina". Sestanek v Celovcu je drugi po vrsti, ki je dosedanje delo nadgradil s pripravo formalnih podlag za tesnejše sodelovanje.

Besedilo in foto: Elizabeta Bobnar Najžer

ZADNJA NOVINARSKA KONFERENCA DR. DUŠANA KEBRA

Zadnji teden v novembru je tedaj še minister za zdravstvo, dr. Dušan Keber, sklical novinarsko konferenco. Za popotnico novim močem je predstavil odgovore na javno razpravo o zdravstveni reformi. Publikacija na 87 straneh v enakem zaporedju, kot so bila navedena poglavja v osnovnem dokumentu, podaja komentarje, pojasnila in stališča ministrstva do vprašanj iz javne razprave. Minister je povedal, da se je del ciljev iz prvotnega dokumenta že pričel uresničevati, predvsem je poudaril nov model financiranja zdravstvenega varstva, boljše dostopnost do storitev z najdaljšimi čakalnimi dobami, pravičnejšo dostopnost s pomočjo nacionalnih čakalnih list, zmanjševanje stroškov z uvajanjem skupnih nabav, izboljšanje informacijsko-tehnološke strukture, izboljšanje regulacije cen zdravil, uvajanje kliničnih smernic in poti, uvajanje kazalnikov kakovosti, posamezni projekti na področju preventive in krepitve zdravja.

Na novem ministru je, da se odloči o na-

daljnji usodi reforme zdravstvenega varstva v Sloveniji, pri tem mu bo s svojimi izkušnjami iz javne razprave in siceršnjega dela na minis-

trstvu v pomoč stari in novi državni sekretar Dorjan Marušič.

Elizabeta Bobnar Najžer



Dorjan Marušič, dr. med., univ. dipl. ing., Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., prof. dr. Dušan Keber, dr. med., mag. Simon Vrhunc (z leve)

Akademik profesor dr. Dušan Ferluga – dobitnik Zoisove nagrade za življenjsko delo

Akademik prof. dr. Dušan Ferluga, vrhunski patolog, v svetu priznani strokovnjak in znanstvenik na področju ledvične patologije, je maja leta 2004 dopolnil sedemdeset let. Konec novembra istega leta je prejel Zoisovo nagrado za življenjsko delo, najvišje priznanje Republike Slovenije na znanstveno-raziskovalnem področju. S svojim strokovnim, raziskovalnim, pedagoškim in publicističnim delom je vsestransko zaslužen za razvoj in mednarodno uveljavitev slovenske patologije.

Svoji stroki in Inštitutu za patologijo ostaja zvest že več kot štiri desetletja. Specializacijo iz patologije je končal leta 1966, doktorat znanosti z naslovom "Lipopigmenti v jetrih" je zagovarjal leta 1972. Leta 1973 je postal docent, 1975 izredni in 1980 redni profesor za patologijo na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. V obdobju od leta 1976 do 1988 je bil predstojnik Katedre za patologijo in od 1988 do 2001 predstojnik Inštituta za patologijo.

Akademik Ferluga, čeprav že v zrelih letih, se z veliko poglobljenostjo in njemu lastno natančnostjo predaja številnim strokovnim in raziskovalnim izzivom. Na področju klinične patologije bolezni jeter, pljuč in ledvic je opravil v Sloveniji pionirsko delo. Kot prvi je v diagnostiko in raziskovanje v patologiji lupusnega glomerulonefritisa. Opisal je zunajglomerulne žilne spremembe pri lupusnem nefritisu in predlagal njihovo razdelitev. Številne raziskave profesorja Ferluge in njegovih sodelavcev obravnavajo tudi posebno obliko vaskulitisa, povezanega z antineutrofilnimi citoplazmскими protitelesi (ANCA), kar je omogočila uvedba zahtevnega testnega sistema na Inštitutu za patologijo v Ljubljani, že zelo kmalu po odkritju teh avtoimunskih protiteles.

V raziskavah hemoragične mrzlice z renalnim sindromom je dokazal, da je osnovna tarča povzročiteljev bolezni hantavirusov drobno žilje v ledvični sredici in da je zaradi virusne okužbe okvarjen predvsem endotel žilja, kar se kaže s posledičnimi krvavitvami.

Pomembne raziskave akademika Ferluge na področju Balkanske endemske nefropatije (BEN) potekajo že vrsto let v sodelovanju z raziskovalci iz Bosne in Hercegovine ter Hrvaške, kjer za to ledvično boleznijo na en-

avedel imunofluorescenčne, imunohistološke in elektronsko mikroskopske ter v zadnjem času tudi molekularno genetske tehnike. Tako je področje netumorske patologije razvil na zavidljivo mednarodno raven.

Strokovna in raziskovalna pot profesorja Ferluge se je začela na področju jetrne patologije. Njegovo odkritje o posebnosti lipopigmentov v jetrih pri dolgotrajnem uživanju analgetikov ter izsledki raziskave prvega opisane gastrinoma v jetrih so citirani v svetovnih monografijah. V raziskavah z naslovom "Lipofuscin v fetalnih jetrih" je izvirno dokazal, da je lizosomski aparat parenhimske jetrne celice sorazmerno dobro razvit že v zgodnjem obdobju znotrajmaterničnega življenja. Postavil je hipotezo, da lipofuscin ni le pigment staranja in obrabe, ampak se pojavlja že v znotrajmaterničnem življenju. Skupaj s kliničnimi sodelavci je sodeloval tudi pri raziskavah klinične slike, diagnostike, histomorfološke klasifikacije in patogeneze virusnega hepatitisa B, za kar je s sodelavci leta 1978 prejel nagrado Sklada Borisa Kidriča

V osemdesetih letih se je profesor Ferluga v večji meri posvetil raziskovanju bolezni dihal in se skupaj s sodelavci vključil v večletni mednarodni multicentrični projekt Ludwig Lung Cancer Study Group. Rezultati teh raziskav

kažejo, da imata na pooperativno preživetje bolnikov s pljučnim rakom vpliv predvsem stanje bolezni in histopatološka stopnja diferenciranosti karcinoma, medtem ko dodatno imunsko zdravljenje nima ugodnega učinka. Pomembni so tudi izsledki raziskav o nastanku raka dihalnih poti pri kadilcih ter izsledki o možnem nastanku raka v kroničnih brazgotinskih vnetnih žariščih pljuč.

Največji del raziskav akademik Ferluga že desetletja posveča etiologiji, patogenezi, patološkim spremembam, klasifikaciji in klinično-patološkim korelacijam pri ledvičnih, zlasti glomerulnih boleznih. Te raziskave prinašajo poleg temeljnih znanstvenih ugotovitev tudi pomembne klinično-patološke korelacije ter diagnostične in napovedne kazalce, ki so odločilni za potek zdravljenja bolnikov.

V številnih raziskavah sistemskega lupusa eritematosusa (SLE) je skupaj s sodelavci ugotovil, da so za bolezen značilni imunski kompleksi pestre sestave, ki se odlagajo v glomerulih ter zunajglomerulnih žilah in na tubulointersticijskem področju v ledvicah, ter tudi v drugih organih, prizadetih v sklopu SLE, kar je pomembno za diagnozo in napoved poteka bolezni. Med prvimi je poudaril pomen distribucijskega vzorca imunskih depozitov v glomerulu za patogenezo in razvrstitev demskih področjih ob pritokih Donave oboleva kmečko prebivalstvo. Akademik Ferluga je postavil izvirno hipotezo, da še nepoznan toksičen dejavnik hkrati okvarja endotelne celice drobnih žil v ledvici in epitelne celice tubulov s posledičnim razvojem intersticijske fibroze, obenem pa kancerogeno vpliva na epitel sluznice zgornjih sečil. Ti raziskovalni izsledki so bili objavljeni v mednarodno uveljavljenem znanstvenem delu o tubulointersticijskih in žilnih ledvičnih boleznih. Knjiga velja kot osnovno mednarodno, pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije usklajeno vodilo za opredeljevanje teh bolezni.

V zadnjem času akademik Ferluga s svojimi sodelavci raziskuje tudi bolezen odlaganja monoklonskih imunoglobulinov, med katere sodijo bolezen odlaganja lahkih verig, bolezen odlaganja težkih verig in bolezen odlaganja lahkih in težkih verig.

Skozi dolga desetletja je akademik Ferluga pomembno prispeval k izobraževanju in



Akad. prof. dr. Dušan Ferluga

vzgoji strokovno-znanstvenega naraščaja. Bil je mentor pri sedmih doktoratih znanosti, osmih magisterijih, osmih študentskih raziskovalnih nalogah, nagrajenih s Prešernovo nagrado in štirim mladim raziskovalcem. Kot dolgoletni predstojnik Katedre za patologijo je posodobil dodiplomski in podiplomski pouk predmeta patologija ter uspešno dograjeval specializacijo iz patologije za generacije slovenskih patologov. Kot član in predstavnik Metodološke komisije Medicinske fakultete je spodbujal uvedbo sodobnih pedagoških načel v vzgojno-izobraževalni proces. Od leta 1985 sodeluje kot član Odbora za izobraževanje Evropskega društva za patologijo pri izdelavi programa pouka patologije za evropske države. Vodil je komisijo za posodobitev strokovne specializacije iz patologije in uskladitev z evropskimi merili Specialist Section of Pathology/European Board of Pathology.

Publicistični opus akademika Ferluge obsega preko 600 enot, med njimi 69 člankov v strokovno-znanstvenih revijah, ki jih zajema SCI, in 118 v domačih in tujih revijah z recenzijo, prispevke v 4 mednarodnih monografijah, 17 poglavij v knjigah in 10 učnih besedil.

Mednarodna odmevnost njegovega dela

se kaže v bogati citiranosti in več kot 50 vabljenih predavanjih, med drugim na petih svetovnih in desetih evropskih kongresih ter številnih univerzitetnih središčih v svetu. Deluje v uredniških odborih domačih in uglednih mednarodnih strokovno-znanstvenih revij ter opravlja recenzentska dela za ugledne revije, kot so Lancet, Laboratory Investigation, Kidney International in American Journal of Kidney Diseases.

S svojim delom daje poseben pomen domačim in tujim strokovnim društvom in združenjem. Evropsko društvo za patologijo ga je zaradi njegovega ugleda izvolilo za predsednika doslej kot edinega Slovenca v obdobju od 1981 do 1983. Kasneje je postal pomemben funkcionar tega društva in zastopa Slovenijo v njegovem Svetu.

Za svoje uspešno delo je profesor Ferluga prejel številna priznanja doma in v tujini, med drugim nagrado sklada Borisa Kidriča, priznanje profesorja Franceta Hribarja, bil je imenovan za častnega člana Evropskega društva za patologijo in Českoslovaškega zdravniškega društva Purkinye. Leta 1991 je bil izvoljen v Norveško akademijo znanosti in leposlovja, leta 1993 za izrednega in 1997 za

rednega člana Slovenske akademije znanosti in umetnosti.

Akademik Ferluga ima posebne zasluge pri organizaciji številnih mednarodnih in domačih strokovno-znanstvenih srečanj. Za uspešno organizacijo vsakoletnih spominskih sestankov profesorja Janeza Plečnika je bil leta 2000 imenovan za njihovega častnega predsednika. Med njegove največje dosežke se brez dvoma uvrščata organizaciji 13. (zaradi vojne v Sloveniji odpovedanega) ter zelo uspešno izvedenega, mednarodno odmevnega 19. Evropskega kongresa za patologijo leta 2003 v Ljubljani, z več kot 1300 udeleženci iz 70 držav.

Profesor Ferluga je osrednja osebnost v slovenski patologiji. Naša želja je, da bi lahko svoje bogato znanje in izkušnje še dolgo prenašal na mlajše rodove. Slovenski patologi, njegovi učenci in sodelavci na Inštitutu za patologijo, se mu zahvaljujemo za njegov izjemen doprinos k razvoju slovenske patologije in njeni uveljavitvi v svetu. Ob življenjskem jubileju mu želimo predvsem zdravja in še veliko znanstvenih uspehov, za Zoisovo nagrado za življenjsko delo pa mu iz srca čestitamo. ■

Nina Gale

Moje službene želje za Miklavža, Božička in dedka Mraza

poslano 5. 12. 2004

Dragi možje, ki nas obdarujete. Imam tri želje, za vsakega po eno.

Dragi Miklavž

Najbolj si želim, da bi dobili nazaj rokavice, ki so nam jih ukinili poleti. Sedanje so zelo slabe: težko si jih natakneš, instrumenti radi drsijo iz rok, ko so nataknjene, pa je njihova površina še vedno zgubana. Zarekel sem se, da tokrat moja malenkost ne bo sitnarila. Izgledalo je, da je nezadovoljstvo kolegov dovolj veliko, da se bodo zganili, pa je samo eden javno pognergal in so ga hitro utišali.

Ko sem začel kirurški staž, smo morali mladi uporabljati sterilne rokavice proizvajalca št. 1, na katere smo bili mnogi alergični. Po krajšem času so jih zamenjali z rokavicami proizvajalca št. 2, ki niso bile dosti boljše, in šele v tretjem letu staža smo dobili rokavice proizvajalca št. 3, ki so bile do takrat rezervirane

v glavnem za profesorje. Proizvajalec št. 1 si je šele kasneje v mojih očeh popravil ime z dobriimi nesterilnimi rokavicami brez smuka.

A očitno se stvari, ki v zdravstvu dobro delujejo, ne smejo pustiti pri miru! Rokavice se sedaj nabavljajo skupaj za celo državo (geslo: »Marija k meni!«), nakup je verjetno sklepal nekdo, ki ne operira (več). Še sreča, da se ukvarjam s kostmi, tako da sem imel pravico do rokavic proizvajalca št. 4, vendar jih je sedaj dokončno zmanjkalo. O tem, ali jih bomo še dobili, je slišati vse mogoče, ker pa te trači ne zanimajo, te s tem ne bom moril.

Dragi Miklavž, prosim te, čimprej nam priskrbi dobre rokavice!

Dragi Božiček

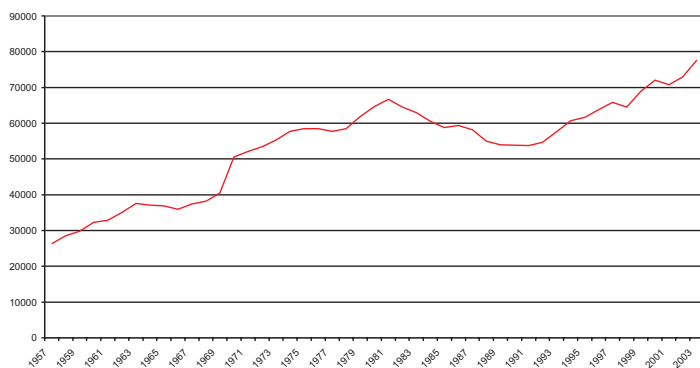
Vrni nam nazaj začetek dela ob sedmih, saj smo bili do prvega decembra najbolj zaspala kirurgija na svetu. Precej sem hodil po svetu,

pa nikjer niso pričeli operirati šele ob devetih. Mogoče se je za tem skrival kakšen skrit namen boja proti debelosti. Bolniki, ki so odpadli s programa, so bili na ta način večkrat in dalj časa tešči. Malo so se urili tudi v potrpežljivosti, ker so morali dalj časa čakati na operacije. Vendar ti dobri nameni niso obrodili sadov, saj smo proč metali najbolj storilne ure dneva. Saj več tisto slovensko: »Rana ura, zlata ura!«

Sedaj se je stvar za celo polovico izboljšala, saj začenjamo pol ure prej. Kolegi ne bežijo z raportov (v ambulante, da se razumemo), bolnikov pa z vizito ne motimo pri zajtrku.

Ker te ne želim motiti še z drugimi podrobnostmi in izjemami iz časov pred 1. 12. 2004, ki spadajo bolj v domeno »Saj ni res, pa je ...«, te prosim, vrni začetek dela nazaj na sedmo, saj bomo potem pred odhodom v ambulate in operacijske v miru opravili vizite, dajali svojcem podatke in kolegom se v vrtcih, ko bodo prišli po otroke, ne bo po-

Letno število pregledov

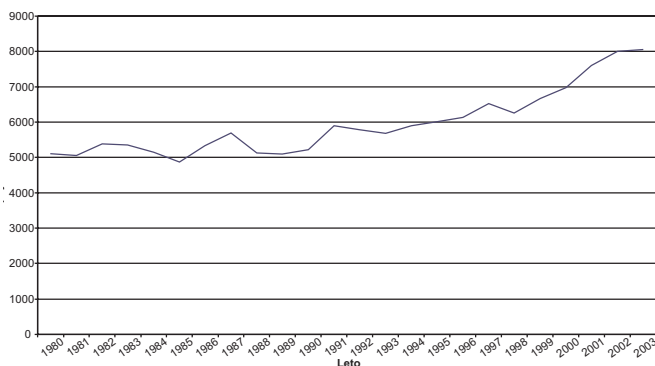


Graf 1: letno število poškodovancev v Urgentnem bloku

trebno prerekati s čistilkami, če se bo program nekoliko zavlekel.

se tudi poškodbe zapestja, meденice, sklepne vezi (odprto in/ali artroskopsko), okrepila se je endoprotetika, in drugo. Ker so operacije

Št. sprejetih bolnikov po letih



Graf 2: letno število hospitaliziranih bolnikov.

Dragi dedek Mraz

Daj, da bi čimveč praznikov prišlo na soboto in nedeljo, tako kot letos. Če so med tednom, nam namreč povzročajo preveč organizacijskih težav. Dotok bolnikov je enak, kot vsak drugi dan ali še večji, ambulantne in operacijske zmogljivosti pa so močno zmanjšane.

V preteklih letih je opazna usmeritev, da število poškodovancev na našem kliničnem oddelku (nekdaj pa kliniki) nenehno narašča. Edina izjema je bilo obdobje v 80-ih letih, ko je bila uvedena participacija. (graf 1) Poleg tega narašča število sprejetih bolnikov (graf 2) in se krajša ležalna doba (graf 3), kar oboje pomeni več administrativnega dela. To se že samo po sebi povečuje zaradi zahtev po bolj kakovostni dokumentaciji in iz ekonomskih razlogov (SPP). Število operacij je sicer ostalo sko-

postale več plastne, se je podaljšal tudi povprečni čas trajanja operacije. Ob nespremenjenih ali začasno celo zmanjšanih operacijskih zmogljivostih (zlasti zaradi stranskih učinkov uvedbe poznejšega začetka dela), je bilo to mogoče predvsem na račun »pravih« izbirnih operacij: odstranitve osteosintetskega materiala, ki jih praktično ne izvajamo več, močno pa so »trpele« tudi

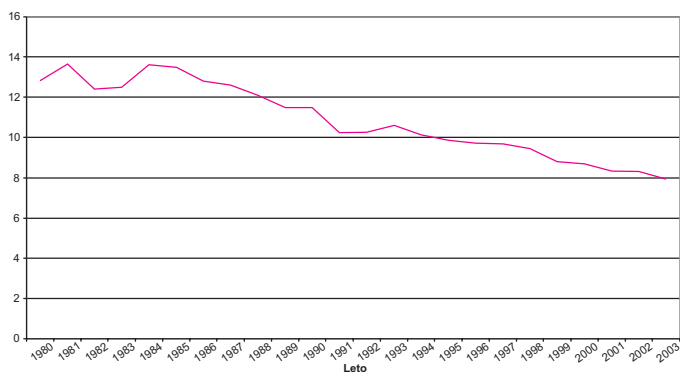
raj ves čas enako (graf 4), kar pa je treba pripisati temu, da se obstoječe zmogljivosti od sredine osemdesetih let skoraj niso spreminjale. Od takrat so se indikacije za operativno zdravljenje močno razširile, v začetku 80-ih let se je pričelo poškodbe hrbtenice zdraviti tudi operativno, operi-

obnovitve kolenskih vezi in operacije ramenskega obroča. Močno se je povečala tudi obremenitev z operativno med dežurstvom (rdeča črta v desnem spodnjem kotu grafa 4) – primerjava let 2001 in 2003 pokaže, da kar za 39 odstotkov. To potrjuje tudi analiza prisotnosti operativnega dežurnega na sekundarnem dežurnem mestu (stara travma, obdobje marec 2003 – oktober 2004). Glede na vpise je tam prisoten samo 44 odstotkov dežurnega časa (v tem času pa opravi še vizito, predpiše zdravljenje, vstavi katetre, in tako naprej).

Dragi dedek Mraz, kot vidiš, živci manj trpijo, če je čimveč praznikov na soboto in nedeljo, zato naredi, da bo takšnih let čimveč! Domači so odsotnosti konec tedna še kar vajeni, težko pa je razlagati ženi in otrokom, zakaj te za praznike kar naprej ni, oni pa so prosti in doma.

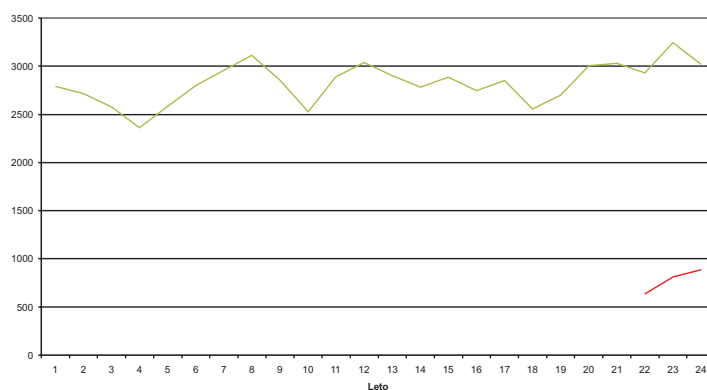
Simon Herman

Povprečna ležalna doba



Graf 3: povprečna ležalna doba.

Letno št. operacij



Graf 4: Skupno število operativnih posegov (brez artroskopij) in v letih 2001-2003 tudi število nujnih posegov. Za obdobje pred 2001 podatki o številu nujnih operacij niso bili dosegljivi.

Predpraznično razmišljanje: Nabrekli trebui in izpraznjene duše

V času, ko se iz daljnih, neznanih galaksij približujejo naši Zemlji trije dobri in radodarni mošje, Miklavž, Božiček in dedek Mraz, razmišljam, kako čuden mora biti njihov pogled na planet.

Dve tretjini prebivalstva čudnega planeta trpita zaradi lakote, od sestradanosti zboleata in umirata, tretjina prebivalcev trpi zaradi prekomerne hranjenosti in prav tako zboleva in umira.

Šalo na stran. Pri nas v Sloveniji se po stopnji debelosti prebivalstva približujemo Združenim državam Amerike. V to zdolgočaseno lebdenje smo pritegnili še naše hišne ljubljence, od katerih je polovica predebelih, in naše otroke, od katerih je tudi polovica predebelih (tudi tukaj je šola odpovedala). Ležeč pred zasloni otroci goltajo prav tisto hrano, ki jo povečujejo na ekranu (še nisem zasledila opozorila, da hrana ubija). Idealno bi bilo, da bi priboljški kar samodejno leteli iz televizorja (to bi bila zares Indija Koromandija).

Pred čudežnim aparatom delajo družbo

svojim lastnikom in njihovim otrokom še domači psi in mačke, tudi kakšen hrček ali zajec bi se našel. Sliši se neverjetno uglašeno hrustljanje in mlaskanje božanske TV-hrane.

Najrazličnejši fitnesi in dietetiki dobro služijo in se bohotijo, še nikoli ni bilo na voljo toliko najrazličnejših diet, ki jamčijo uspeh. Vendar zmagujejo debeluhi. Nabrekli so trebuščki sestradanih otrok, napihnjeni so trebui prežvekovalcev pred ekrani.

Izpraznjeni so drugi organi, predvsem človeška srca in možgani in predvsem tista nedoločljiva silhueta srebrno bele barve in nedoločljive oblike, ki jo včasih imenujemo duša, drugič bioenergija ali avra ali vis vitalis ali KA.

Še dobro, da trije dobrotniki prinašajo nove in nove zaloge hrustljivih dobrot, ki nam dajejo občutek sreče.

Modri planet pa je vse težji in težji ...

Zemeljska precesija, kaj je že to? ■

Marjana Šalehar



Marjana Šalehar, dr. med., pri perkutirni sodov

PISMO ORAŽNOVCEM

Spoštovani oražnovci, drage kolegice in kolegi!

Od našega srečanja v Kostanjevici, oktobra 1998, ki je bilo posvečeno 130-letnici rojstva dr. Ivana Oražna, je minilo že šest let. Takrat ste mnogi izrazili željo, da bi se znova zbrali v Kostanjevici ob 135-letnici njegovega rojstva.

Sklenili smo, da bomo do naslednjega srečanja izdali knjigo "Oražnovci", ki naj bi prikazala življenje v Oražnovem domu v različnih obdobjih. Nekaj gradiva smo zbrali na prvem srečanju s posnetki izjav in javno povedanih doživetij starejših kolegov, nekaj zapisov iz Oražnovega doma iz časa pred drugo svetovno vojno je poslal prim. dr. Srečko Košuta. Več najstarejših kolegov, oražnovcev iz predvojnega časa, ki so obljubljali prispevke, je že pokojnih. Na vsakoletne ponovne prošnje v novoletnih izdajah Izide ste se redki odzvali s prispevki, ki smo jih že objavili ob teh vsakoletnih pismih. Še vedno je premalo zgodb posameznikov, da bi jih lahko povezali v celoto, ki bi dostojno predstavila oražnovce skozi čas.

Nad tem projektom sem že skoraj obupal.

Vsi moji pozivi so zaman. Razočarali so me tudi sedanji oražnovci, ki so lansko leto obljubljali, da se bodo potrudili in napisali nekaj prispev-

kov, utrinkov iz Oražnovega doma v novem stoletju in tudi vzpodbudili malo starejše kolegice in kolege, da se pridružijo tej akciji.



Srečanje oktobra 1998

Žal ni bilo razen obljub nič. Na letošnji seji Kuratorija Oražnovega doma je bilo spet kar nekaj obljub sedanjih predstavnikov študentov ob hkratni zahtevi, da se obeleži 80-letnica začetka bivanja prvih študentov v Oražnovem domu, ki bo v naslednjem letu.

Sklenil sem, da bom prenehal s temi pozivi v vsakoletni praznični številki Izide. Zakaj sem se vendarle premislil? Pred nekaj tedni me je poklicala ga. prof. dr. Berta Jereb in me vprašala, ali je že kaj s „tisto knjigo o oražnovcih“, saj je že zdavnaj poslala besedilo zanjo. Žal ga ni poslala meni, zato sem jo poprosil, da ga pošlje. Res ga je poslala in bil sem veselo presenečen. Objavila ga bo Izida in prav je, da napišem še eno novoletno pismo oražnovcem. Kako pravimo? Upanje umre zadnje. Morda bo v letu 2005 prispel kak prispevek. Predvsem obdobje po letu 1970 je popolnoma prazno in kar kliče po nekaj prispevkih.

Morda pa le bomo napisali, saj nas sedaj spodbuja že simpatizerka, ki sploh ni bila stanovalka Oražnovega doma!



Oražnov dijaški dom v Ljubljani

Z lepimi pozdravi in najboljšimi željami za leto 2005,

Vaš Stane Repše, predsednik Kuratorija Oražnovega doma

Prispevke pošljite na naslov: Prof. dr. Stane Repše, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, E: stane.repse@kclj.si

Foto: Amadej Lah

Utrinki iz Oražnovega doma Mladost, prijateljstvo

Berta Jereb

Sama nisem stanovala v Oražnovem domu, sem pa našla tam zatočišče in prijateljstvo v časih, ko je bilo življenje brez prijateljev v bližini še posebno težko. Drugi in tretji letnik študija sta bili tudi moji edini "študentski leti". Kasneje sem bila že poročena in so poleg študija seveda prišle druge skrbi.

Skoraj vsak dan me pot zanese po Wolfovi ulici in takrat se spomnim tistih časov. Slike so že zelo zbledele, le nekatere so še žive.

Leta 1945 sem se po opravljenem prvem letniku medicine, izpitih iz biologije, fizike in kemije na Dunaju, vpisala v drugi letnik medicine v Ljubljani. Prišla sem od drugod, v Ljubljani sem bila tujka. Srečanje s kolegi, ki so se med seboj že po večini poznali, ni bilo nič kaj prijetno. Svetovali so mi, naj se kar čim prej vpišem v prvi letnik, saj mi tistega, kar sem opravila na Dunaju med vojno, vendar ne bodo priznali. Sama sem težko razumela,

zakaj mi ne bi. Na mojo prošnjo me je takratni odgovorni mož za priznavanje opravljenega študija med vojno, poklical na pogovor. Ne vem, kakšen naziv je imel takrat, prostore je imel v "Zvezdi". Verjetno bi mu danes rekli minister za zdravje. Po pogovoru mi je povedal, da ve, od kod in iz katere družine prihajam. Študij mi je priznal. To pa vzdušja okoli mene v letniku ni ravno izboljšalo. Danes, ko vem, kako je biti zdomka, lahko rečem, da sem se nekako tako počutila tudi takrat.

V letniku so "defašizirali" enega kolega. Tega takrat nisem razumela. Njegovega imena se ne spomnim več. Imel je temne skodrane lase, prijazen obraz in lep siv pullover. Pojem domobranstva mi je bil tuj. Na Štajerskem in Koroškem si bil ali za ali proti okupatorju, ni bilo vmesne poti, ki jo je, kolikor sem takrat razumela, ubral ta fant, ki so mu sodili tisti, ki so bili nekakšna "elita" letnika. Na drugi strani

nisem prav razumela, kako se lahko kolegu, ki ga je, prav tako kot nas vse, zadela vojna nepričakovano in nepripravljenega, nekateri čisto odrečejo, mu preprečijo, da bi postal v življenju to, kar želi. Imela sem občutek, da s tem nimam nič, da je to nek drug svet, ki se me ne tiče. Da tisti, ki so sodili, ne vedo, kaj je bila vojna, ki smo jo okusili na drugem koncu Slovenije.

Z oražnovci je bilo drugače. Niso bili "elita". Vedeli so, kaj je bila vojna. Razumeli so druge plati življenja, razumeli so, o čem govorimo, če govorimo o vojni. Skupaj smo hodili v menzo, kjer smo včasih vrgli ob steno kakšen cmok, ker je bil tako trd, da se ni razletel, potem smo ga pojedli. Tudi oni so prišli od drugod, bili so večinoma lačni in zeblo jih je. Weingerl in Platzer sta imela že otroka in polno glavo skrbi. Čim prej sta morala dokončati študij in začeti skrbeti za družino.



Dr. Ivan Oražen v veži dijaškega doma na Wolfovi ulici v Ljubljani (foto: Amadej Lah)

Sama nisem trpela pomanjkanja, imela sem sobo pod Golovcem, poleg menze še hrano z domače kmetije. A v tistih časih sem potrebovala prijateljstvo tako kot kruh in vodo. Našla sem ga v prvem nadstropju Oražnovnega doma, v sobi s štirimi posteljami, mizo, nekaj stoli in nepozabnimi kolegi. Vonj v sobi je bil zatohel, saj pozimi zaradi mraza niso zračili. Čeprav je bila v sobi vedno gneča, so me vedno veselo in prijazno sprejeli. Res je, da sem največkrat prinesla s seboj tudi domače pločevinke s pečenicami, golažem ali svinjsko pečenko, ki jih je naredila moja mati ob vsakih kolinah. Pa vem, da bi me sprejeli medse tudi, če ne bi prinesla klobas. Veselja je bilo vedno veliko, saj smo se razumeli in bili dobri prijatelji. Včasih smo tudi veseljačili. Malo vina in hrane. Srčni izlivi, solze, nesrečne ljubezni. Sama sem imela teh težav nekaj manj. Povedala sem, da imam fanta, da smo in ostanemo prijatelji in to so spoštovali.

Fredi Korenčan je bil v sobi najbolj "gospod", iz dobre, med vojno obubožane družine. Bil je neozdravljivo bolan, imel je kronični nefritis. Od časa do časa, so rekli, se neha učiti, ker se boji, da ne bo dolgo živel in da nima smisla. Res je umrl, še preden je končal medicino. Takrat še ni bilo dialize in presaditev ledvic. Bil je zelo dober človek in morda edini v sobi, kateremu nismo nikoli ugovarjali. Razumela sva drug drugega in imela sva si veliko po-

vedati. Spomnim se, ko sva spomladi šla iz menze preko trga in si privoščila češnje. Dobro volje in razigrana sva pljuvala peške okoli sebe. Mislim, da sva tako izražala srečo v sebi. Lep dan je bil.

Neko jutro sva imela kolokvij iz anatomije pri profesorici Kobe. Naneslo pa je tako, da smo prejšnjo noč veseljačili, nato smo morali na kolokvij. Bila je pomlad, s Fredijem sva si zataknila vsak po eno šmarnico, jaz za uho, on v gumbnico, in dobre volje odkorakala v secirnico. Kobetova si naju je ogledala, se nasmehnila in rekla: "Kaj, če bi vidva prišla enkrat drugič, ko bosta trezna." Nič zamere, nič hudih besed, tisti kolokvij sva pa tudi kmalu naredila.

Z "Bajžijem" (Vladom Weingerlom) je bilo drugače. On, kot že veste, ni veseljačil. Bil je odličen študent, izpite je delal z desetkami. Skupaj sva delala izpit iz anatomije. On je moral izpreperirati arterijo dorsalis pedis, jaz pa arterijo mamarijo interno. Sploh mi ni bilo jasno, kako priti do nje. Bajži pa: "v drugem interkostalnem prostoru išči!" "Bajži, ni je". "Le išči!" Končno sem jo našla, bila je prerezana zaradi mojega nervoznega cefranja. "Bajži, kaj zdaj?" "Nič hudega," je mirno rekel in zatlačil lep konec arterije za eno in za drugo rebro. Preparacija je bila videti popolna in tako je bil ustvarjen pogoj za nadaljevanje ustnega izpita. Oba sva naredila izpit, on seveda z deset, jaz pa z osem, za kar se moram zahvaliti le njemu.

"Vurcl" (Srečko Koren), tudi Štajerec, je bil tudi vzoren študent in je delal izpite z desetkami. Vedno je hotel biti med najboljšimi. Njemu se moram precej zahvaliti za tisto znanje anatomije, ki sem ga pridobila do izpita. Imel je dragoceno knjigo – Plečnikovo anatomijo. Knjižica je bila zelo iskana in imeli so jo le redki. Ni je rad posodil, pa tudi težko se je bilo iz nje učiti, čeprav je bilo v njej vse, kar si lahko našel v debelih knjigah in atlasih. Imela sem Rauber-Kopschov atlas in se učila v glavnem v secirnici. Potem smo se preizkušali. "Vurcl" je znal Plečnika, skoraj ves čas ga je imel tudi v žepu. Jaz sem kdaj izbrala kaj iz svojega Rauber-Kopscha, kar je bilo napisano kot opomba v drobnem tisku in upala, da ga bom zalotila, kako tega ni v Plečniku. Pa je vedno bilo. Seveda preizkušnja v nasprotno smer zame ni bila tako uspešna. Marsičesa nisem vedela, sem se pa ob teh preizkušnjah veliko naučila. Danes se mi zdi, da je bilo učenje anatomije pravo veselje in užitek.

Cirila Špindler je stanovala v domu na Rudniku. Tako kot meni, se tudi njej ni splačalo hoditi domov med predavanji in vajami, šli sva torej v Oražnov dom. Ona se je učila anatomijo iz "Peroviča" v postelji, pod odejo, ker niso kurili. Zdelo se je, da je Cirila v življenju vedno potegnila kratko, če sta bili na izbiri dve možnosti. Preskromna, hvaležna vsakomur, ki je bil z njo dober. Bili sva si zelo blizu. Enkrat poleti, ko sem imela otroka, je prišla tudi k meni domov v Dravograd, skupaj sva se učili farmacijo. Zaupali sva si vse skrivnosti življenja. Moje niso bile zanimive, ona pa je imela zelo zanimive zgodbe, a te naj vam pove sama. Našli jo boste v Križevcih, pozimi pa v Ljubljani pri hčerki, ker jo v Križevcih v njeni stari, neudobni hiši še vedno zebe pozimi. Pa je bila pridna študentka in dobra zdravnica v težkih razmerah, sedaj je v pokoju. Ali je prav, da pozimi še vedno nima lastnega toplega doma?

Spomladi 2003 je Dragica Vendramin povabila na srečanje vse iz našega letnika.

Čeprav nas je bilo prisotnih le 16, je bilo srečanje prisrčno. Cirila je sedela ob meni. Težko sva se pogovarjali, Cirila namreč slabo sliši, slušnega aparat pa noče nositi, tako kot jaz. Nekaj malega sva se le pogovorili, sicer sva si svoje prijateljstvo izražali bolj tako, da sva se tiščali druga k drugi. Drugi prisotni so prišli iz drugih krajev. Med nami so bile dobre študentke, ki so brez hrupa opravljale izpite in brez hrupa in slave vestno opravljale svoj poklic. Vsi, sedaj upokojenci, smo storili, kar smo v danih okoliščinah mogli. Od oražnovcev je bila prisotna le Cirila, Fredija, Bajžija, Vurcla in Platzerja ni več. Od tistih, ki smo jih imeli za elito, se povabilu ni nihče odzval. Škoda, saj smo vsi prehodili vsak svojo dolgo pot, in trenutkov, ko zopet zaživijo mladost in stara prijateljstva, ni nikoli preveč.

PS. Ta prispevek je bil napisan januarja 2002, ko je bila načrtovana knjiga o Oražnovem domu, ki pa do sedaj še ni izšla. Cirila je ni dočakala, pred nekaj tedni sem našla njeno ime med osmrtnicami.



XIV. letna konferenca sindikata Fides

Na podlagi razprave na XIV.letni konferenci sindikata Fides so delegati sprejeli naslednje zaključke in programske smernice za delo glavnega odbora v letu 2005:

1. V pogajanjih za kolektivne pogodbe v zvezi z uveljavitvijo novega plačnega sistema, naj si glavni odbor dosledno prizadeva za uveljavitev drugega dela zdravniškega dodatka po Dodatku h kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike iz leta 2000. Glavni odbor naj glede na objektivne okoliščine odloči, s katerimi pravnimi sredstvi oziroma v katerih dokumentih naj se ta programska smernica uresniči.
2. Fides si mora še naprej prizadevati za ureditev vseh posebnosti delovnih razmerij zdravnikov, in sicer v čim večji meri v kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike kot tudi za čimprejšnjo novo razvrstitev zdravnikov in zobozdravnikov v plačne razrede bodisi v okviru celotnega javnega sektorja, bodisi ločeno. Najvišje plače zdravnikov, ki opravljajo zdravniško službo, morajo biti primerljive s plačami najvišjih funkcionarjev posameznih vej oblasti.

3. Glavni odbor naj nadaljuje z izvajanjem potrebnih dejavnosti za čim hitrejšo uresničitev dogovora, podpisanega med Fides, Zdravniško zbornico Slovenije in Ministrstvom za zdravje (Ur. list RS, št. 80/2004).
4. Fides dosledno vztraja pri stališču, da se šteje ves čas, ki ga zdravnik prebije na delovnem mestu, v delovni čas zdravnika. Plačilo za kakršnokoli prisotnost zdravnika na delovnem mestu naj ne bo nižje od plačila za delo v okviru rednega delovnega časa.
5. Glavni odbor naj prouči težave, s katerimi se soočajo mladi zdravniki, zlasti sekundariji, specializanti in zdravniki – mladi raziskovalci – ter naj te težave, tudi v sodelovanju z državo in drugimi zdravniškimi organizacijami, sistematično odpravlja.
6. Fides podpira željo posameznih zdravnikov ali skupine zdravnikov, ki želijo izstopiti iz sistema javnih uslužbencev. Fides bo sodeloval pri pripravljanju in iskanju tehničnih rešitev za medsebojno organiziranje in pomoč zdravnikov in zobozdravnikov, ki izstopijo iz sistema javnih uslužbencev.
7. Glavni odbor naj še naprej dosledno štiti

vsakega zdravnika, ki se znajde v stiski, ne glede na razlog in celo ne glede na večinsko mnenje članstva ali organov Fides o konkretnem vzroku, zaradi katerega se prizadeti zdravnik znajde v stiski. Fides zavrača vse poskuse krnitve dostojanstva zdravniškega poklica ali posameznega zdravnika.

8. Fides si bo s svojim delovanjem prizadeval za trden sistem javnega zdravstva. Dejavno se bo vključeval v oblikovanje zdravstvene politike ter s konstruktivnimi predlogi in pobudami sproti odzival na pobude države in drugih organizacij v zvezi z zdravstveno politiko. Še naprej se bo zavzemal, da se breme prenov ne sme prevaliti v pretežni meri na zdravnike.
9. Predstavniki Fides naj te programske smernice dejavno zagovarjajo tudi v stikih s FEMS in sorodnimi sindikati v drugih državah članicah EU ter tudi na širši mednarodni ravni.

V Ljubljani, dne 3. 12. 2004.

Predsednik delovnega predsedstva letne konference: Ivan Mrzlikar, dr. dent. med., l. r. ■

Projekt VIRUS



Projekt VIRUS je zdravstveno-preventivni program, namenjen boju proti širjenju okužbe s HIV. Ustanovljen je bil leta 1998 in deluje v okviru Društva študentov medicine Slovenije (DŠMS – nekdanje ime: SloMSIC). Glavni cilj projekta je ljudem približati problematiko epidemije HIV/aidsa na informativen način in jih spodbuditi k varni spolnosti.

Osnovna dejavnost projekta je organiziranje delavnic zdrave in varne spolnosti, ki jih izvajajo prostovoljci po načelu vrstniškega

izobraževanja na osnovnih in srednjih šolah. Prostovoljci prihajajo zlasti iz vrst študentov medicine, nekateri pa iz sorodnih študijskih usmeritev (visoka šola za zdravstvo, fakulteta za socialno delo, študij psihologije, ...). Dodatno dejavnost projekta predstavlja osveščanje širše javnosti o tematici HIV/aidsa ob svetovnih dnevih aidsa (1. december) ter v predpolnem času.

Projekt se v večjem delu financira s sredstvi darovalcev (razpisna sredstva Ministrstva za šolstvo, znanost in šport, Ministrstva za zdravje, Mestne občine Ljubljana, Medicinske fakultete) ter pokroviteljskimi sredstvi (glavni pokrovitelj je Merck Sharp & Dohme Idea Inc.).

V šestih letih obstoja projekta VIRUS smo:

- izvedli 670 delavnic varne in zdrave spolnosti,
- v naše dejavnosti vključili 20.000 mladostnikov iz vse Slovenije,
- izpeljali dve mednarodni šoli STOP HIV/AIDS,
- na sedmih slovenskih šolah STOP HIV/AIDS izšolali 220 prostovoljcev,
- pripraviti pet koncertov STOP AIDS ob svetovnem dnevu boja proti aidsu,
- organizirali šest (od tega tri vseslovenske) akcije ob svetovnem dnevu boja proti aidsu – 1. decembru,
- pripravili dve predpolletni akciji STOP HIV/AIDS,
- izdali Priročnik vrstniškega izobraževanja,
- postavili informativno spletno stran, ki jo

obišče nad 15.000 ljudi na leto (www.projektvirus.org).

1. december – svetovni dan boja proti aidsu

Letos je Projekt VIRUS s ŠOU v Ljubljani in ŠOUM že sedmič zapored pripravil akcijo ob 1. decembru, svetovnem dnevu boja proti aidsu. Od skromnih začetkov, ko je bila akcija omejena na nekaj sto razdeljenih kondomov, smo prerasli v vseslovensko akcijo. Že četrto leto smo bili prisotni v vseh večjih slovenskih mestih in krajih.

Pripravili smo naslednje oglaševalsko gradivo:

- informativni letaki s kondomom – 80.000 kosov,
- plakati (68 x 98 cm – B1) dve različici – 1.100 kosov,
- plakati (A1) dve različici – 800 kosov,
- papirne pentlje – 15.000 kosov,
- pentlje iz blaga – 20.000 kosov,
- promocijske razglednice: dve različici – 32.000 kosov,
- čajne svečke – 1.000 kosov,
- tiskani oglas,
- šali za prostovoljce – 100 kosov,
- kape za prostovoljce – 100 kosov.

Geslo akcije "Aids ne izbira. Ti lahko!" je



ostal enak kot lani. Podoba na plakatih se je spremenila. Namesto lanske novodobne Eve so bili letos na plakatih raznobarvni kondomi, ki predstavljajo široko paletu izbire.

Letošnja tema Svetovne zdravstvene organizacije je "Ženske, deklice, HIV in aids", namenjena je predvsem osveščanju mladih žensk, ki imajo največjo možnost okužbe. Najboljša preventiva je uporaba kondoma ali femidoma, zvestoba in vzdržnost.

V Ljubljani smo 1. decembra ves dan na

sedmih stojnicah delili oglaševalsko gradivo, razdeljevanje tega gradiva je potekalo tudi na ljubljanskih fakultetah in v študentskih domovih. Od 18. ure dalje se je na Kongresnem trgu odvijal koncert, na katerem so nastopili: Elvis Jackson, Trkaj, Slon in Sadež, Shyam in Zoran Predin, povezoval je Lado Bizovičar.

V prvi polovici decembra so na osnovnih in srednjih šolah po Sloveniji intenzivneje potekale tudi delavnice varne in zdrave spolnosti. ■

Razmere na področju okuženosti z virusom HIV v Sloveniji

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ) je bilo v letošnjem letu do 31. 3. 2004, na osnovi zakonske obveze, prijavljenih pet novih primerov aidsa. V istem obdobju je zaradi aidsa umrl en moški. Od 1. 4. do 30. 9. 2004 ni bil prijavljen noben nov primer aidsa ali smrti zaradi aidsa.

Od leta 1986, ko sta bil prijavljena prva dva primera, do 30. 9. 2004 je bilo skupno prijavljenih 110 primerov aidsa. Prijavna pogostostna stopnja se je gibala med 0,5 na milijon do največ 8 na milijon. Večina bolnikov je že pokojnih. V Sloveniji naj bi živel še 36 bolnikov z aidsom.

V obdobju od 1. 1. 1986 do 30. 9. 2004 je bilo skupno prijavljenih 127 primerov okužb s HIV, kjer se aids do 30. septembra še ni razvil, pri 96 moških, 26 ženskah, treh dečkih (dveh hemofilikih) in dveh deklicah.

Po podatkih IVZ-ja je v Sloveniji do konca septembra 2004 živel najmanj 154 oseb okuženih s HIV, od tega 36 bolnikov z aidsom in 109 okuženih oseb, ki še niso zbolele.

Po podatkih UNAIDS-a je leta 2003 37,8 milijonov ljudi živel s HIV-om. Epidemija aidsa je zahtevala tri milijone življenj, pet milijonov pa se jih je na novo okužilo.

Če primerjamo splošno stanje okužbe s HIV-om po svetu, stanje pri nas ne zbuja prevelike zaskrbljenosti. Vendar IVZ opozarja, da so za razliko od razmeroma zanesljive slike o razvoju epidemije aidsa, podatki o prijavljenih primerih okužb s HIV-om precej manj zanesljivi. Odvisni niso le o števila okužb v prebivalstvu, ampak tudi od obsega testiranja, ki je v Sloveniji, v primerjavi z drugimi državami, razmeroma majhen. Tako je v Sloveniji zagotovo več okuženih s HIV-om, kot to kažejo številke.

Razvoj epidemije bo v prihodnosti pogojen z velikostjo različnih skupin prebivalcev z bolj tveganim spolnim vedenjem, s stopnjo spolne dejavnosti v teh skupinah, s hitrostjo oblikovanja novih partnerskih zvez, s pogostostjo nezaščitenih spolnih odnosov in mešanja teh vedenjsko različnih skupin. Poleg tega bo razvoj epidemije pogojen z velikostjo skupine, ki si vbrižgava prepovedane droge, obsegom souporabe pribora za vbrižgavanje in tudi z obsegom heteroseksualnega mešanja uživalcev, ki si droge vbrižgavajo neuživalci. ■

Društvo študentov medicine Slovenije

Mladi zdravniki o programu specializacij

Imaš vprašanje okrog svoje specializacije? Želiš vedeti, kaj te čaka? Bi rad dodal del svoje rešitve v celoten proces specializacij?

Sodeluj na forumu mladih zdravnikov – <http://mladi.zdravniki.net> in na sestanku 11. februarja 2005 v Mariboru!

Sekcija mladih zdravnikov SZD in Komisija za mlade zdravnike pri ZZS.

W: <http://www.mladi.zdravnik.net>

Poročilo o zasedanju sveta in skupščine CPME v Göteborgu 12. in 13. 11. 2004

Marko Bitenc

1. Zasedanje sveta CPME

Udeležile so se ga delegacije iz 24 držav članic. Po uvodnih preverjanjih delegacij, ugotavljanju sklepčnosti in glasovalne pravice je bil izglasovan dnevni red. Prve točke so bile namenjene poročilu dr. B. Grewina, predsednika CPME, poročilu generalne sekretarke Lisette Tiddens, poročilu izvršilnega odbora CPME in poročilu o delovanju odbora predsednikov pridruženih članic CPME. V poročilih so bile navedene dejavnosti CPME v odnosu do Evropske komisije (EK), Evropskega sveta (ES) in Evropskega parlamenta (EP). V glavnem v zvezi s spreminjanjem smernice o delovnem času in smernice o storitvah. Najpomembnejše vsebinsko področje dejavnosti pa je priprava srečanja nacionalnih zdravniških organizacij o evropski oziroma Evropskih zdravniških organizacijah v prihodnosti. Enotno mnenje je, da se začne razprava o enotni Evropski zdravniški organizaciji, ki bi z enotnim glasom zastopala interese evropskih zdravnikov.

1.1. Latvija – Litva: zdravniški organizaciji iz teh dveh držav sta edini iz EU, ki nista članici CPME. Latvijska zdravniška organizacija je vložila prošnjo za sprejem na tokratnem srečanju in svet je skupščini sprejem priporočil soglasno. Z Zdravniško organizacijo Litve potekajo pogovori, ki jih vodijo predsednik CPME in Švedska zdravniška organizacija. Sporočili so, da lahko pričakujemo, da bo Litva v naslednjem letu zaprosila za sprejem.

1.2. Finančne zadeve

1.2.1. Zunanji pregled poslovanja, ki jo je opravila družba Price-Waterhouse-Coopers: po zunanjem pregledu poslovanja, so svetu in skupščini priporočili potrditev zaključnega računa CPME za leto 2003.

1.2.2. Poročilo notranjega nadzornika: notranji pregled poslovanja je opravila predstavica Islandske zdravniške organizacije in priporočila potrditev zaključnega računa za leto 2003.

1.2.3. Finančni načrt za leto 2005: predstavil ga je blagajnik CPME dr. D. Mart iz Luxemburga. Predvideva enak končni znesek kot prejšnje leto z nekaterimi prerazporeditvami. Po razpravi je bil finančni načrt soglasno sprejet in posredovan skupščini CPME.

1.3. Prvo poročilo o spremembah glasovanja (uvredba ponderiranega oziroma obteženega glasovanja): ob širitvi EU in s tem CPME je svet v CPME ustanovil posebno delovno skupino za pripravo novega razdelilnega ključa za plačevanje članarine. Za predstavnika novih držav članic v tej delovni skupini je bil izvoljen Marko Bitenc. Nov razdelilni ključ predlaga tri dejavnike izračuna članarine za posamezno državo: število zdravnikov, bruto družbeni dohodek in število prebivalcev. Tako izračunane članarine bistveno povečajo članarine nekaterih, zlasti večjih in bogatejših držav in zmanjšajo oziroma naredijo za sprejemljivejšo članarine za manjše oziroma revnejše, zlasti nove države članice CPME. V sedaj veljavnem statutu CPME je določen način glasovanja ena država en glas. Na septembrskem zasedanju sveta je skupina velikih držav članic predstavila pobudo, če ne celo zahtevo, da se vzporedno z uveljavitvijo novega razdelilnega ključa za plačevanje članarin, spremeni tudi način glasovanja. To bi pomenilo, da bi imele zdravniške organizacije iz večjih držav večje število in večjo težo glasov, tiste druge pa manjše. Razpravljali smo predstavniki manjših in večjih držav. Predstavnika Slovenije sva bila izrazito proti spremembi načina glasovanja, pridružili so se nama tudi predstavniki iz drugih manjših in srednje velikih držav (Portugalska, Luksemburg, Češka, Slovaška), predstavnik delegacije Združenega kraljestva je umaknil podporo Nemcem za spremembo, Francozi, Italijani in Avstrijci pa bi nekako pristali na spremembo glasovanja in uvedbo obteženega glasovanja zgolj o finančnih zadevah. Nemci so dali jasno vedeti, da na skupščini CPME ne bodo podprli finančnega načrta za leto 2005, če ne bomo upoštevali njihovega predloga. Povedati je seveda treba, da Nemci v skupni proračun, ki znaša 920.000 evrov, prispevajo kar 180.000 evrov, Slovenija pa le 2.400 evrov. Na predlog predsednika je svet imenoval posebno delovno skupino, ki mora do aprila 2005 pripraviti poročilo in predloge v zvezi s spremembami glasovanja. Skupino bo vodil M. Bitenc (Slovenija), člani pa so P. Nunes (Portugalska), E. Borman (Velika Britanija), O. Kloiber (Nemčija), E. Podmaniczky (Madžarska) in F. Losurdo (Italija).

1.4. Konferenca o prihodnosti Evropskih zdravniških organizacij: Svet CPME je soglasno potrdil predlog predsednika, da bo aprila naslednje leto v Bruslju organizirana konferenca, ki se je bosta udeležila po dva predstavnika vsake nacionalne zdravniške organizacije in predstavniki evropskih zdravniških organizacij (CPME, UEMO, UEMS, AEMH, FEMS, PWG, EMSA).

1.5. Sprememba Evropske smernice o delovnem času (European Working time Directive, EWTD): s predstavnikom Generalnega direktorata za zaposlitve pri Evropski komisiji (EK) smo se sestali zaradi sprememb smernice, ki vpliva na delovno-pravni položaj zdravnika. Namera EK je, da se na novo opredeli čas pripravljenosti zdravnikov na domu. Pripravljenost se ne bi več štela kot delovni čas niti pravice do počitka niti z vidika plačila dela. Ob tem želijo podaljšati tudi čas do pravice za koriščenje počitka na 72 ur po opravljenem delu. Referenčno obdobje za izračun opravljenih ur želijo podaljšati na 12 mesecev. Ob vsem tem pa želijo ohraniti možnost, da posamezni zdravnik s soglasjem dela tudi več ur, kot to dovoljuje EWTD. Po razpravi je svet izglasoval potrditev dosedanjih stališč in izrazito nasprotno podaljšanje časa, ko zdravnik lahko koristi čas za nadomestni počitek. Svet CPME pristaja na izjeme le, če je tako določeno v kolektivni pogodbi, ki edina lahko predstavlja varnost in zaščito zdravnikov pred pritiski delodajalcev. Še vedno velja, da za mlade zdravnike oziroma tiste, ki se še izobražujejo in usposablajo, v nobenem primeru ne sme veljati določilo o soglasju za delo preko delovnega časa ki je določen v EWTD (opt-out), za konzultante pa lahko, če je to določeno in urejeno (postopek pridobivanja soglasja) v kolektivni pogodbi.

1.6. Smernica o pediatričnih zdravlilih: Svet CPME jo je podprl pod pogojem, da bo vanjo vključeno poglavje, ki bo zagotavljalo finančne vire oziroma davčne olajšave proizvajalcem za raziskave na področju pediatričnih zdravlil.

1.7. Smernica o storitvah znotraj EU (Services and Internal Market, SIM): EK pripravlja novo smernico, ki naj bi na notranjem trgu EU dosegla sprostitev in s tem večjo konkurenčnost na svetovnem trgu. Smernica med

storitve vključuje tudi zdravstvene storitve. Na ta način prinaša tudi za zdravstvene sisteme držav EU pravno podlago za deregulacijo znotraj posamezne države. To pomeni, da lahko katerakoli pravna ali fizična oseba zdravstveno dejavnost, ki jo ima registrirano v eni državi članici opravlja v katerikoli drugi državi EU. Druga država nima pravice, da njeno dejavnost nadzira ali ureja. Takšna je glavna vsebinska pripomba CPME k novi smernici, sicer pa jo podpira. CPME predlaga, da se zdravstvene storitve izključijo iz smernice SIM in da se za zdravstvo pripravi posebna. CPME pristaja na nadaljnji pogovor z EK v zvezi s smernico SIM, če bo EK resno upoštevala naše pripombe in jih vključila v končno besedilo.

1.8. Obravnava dokumentov, ki so jih posredovale pridružene članice CPME: obravnava je prestavljena na naslednje zasedanje, ker so imele številne delegacije tehtne pripombe. Te bodo vključene v gradivo aprila 2005.

1.9. Bolonjska deklaracija: CPME je soglasno sprejel stališče proti vključitvi študija medicine v reformo izobraževanja, kakor ga predvideva Bolonjska deklaracija.

1.10. Stališče FEMS v zvezi z EWTD je bilo soglasno sprejeto.

1.11. Stališče PWG glede vključevanja raziskovanja v podiplomsko izobraževanje zdravnikov je bilo soglasno sprejeto.

2. Zasedanje skupščine CPME

Fernard Sauer, direktor DG SANCO je predstavil strategijo zdravstvene politike EU.

Predstavil je njene glavne cilje v naslednjem obdobju. Prvi cilj je sodelovanje držav EU za boljše izkoriščenost virov in sredstev. EK si bo prizadevala ustanovljati referenčna zdravstvena središča v regijah EU, katerih glavna naloga bo zagotavljanje celovite kakovosti zdravstvenih programov. Drugi cilj je zagotavljanje enovitih informacij za bolnike, zdravnike, zdravstvene delavce in izvajalce zdravstvenih storitev. Tretji cilj je sodelovanje EU pri prizadevanjih "zdravje za vse", kot jih je postavila SZO. Četrty cilj je zagotavljanje sredstev za zdravje in zmogljivosti zdravstvene službe. V načrtu dela je novi komisar za zdravje predvidel povečanje sredstev za zdravje v EK za 50 odstotkov. Pogumno dejanje, če se zavedamo, da se v naši državi v zvezi z zdravjem govori v glavnem izključno o varčevanju. Posebna pozornost bo namenjena dolgotrajnemu zdravljenju, migracijam zdravnikov in medicinskih sester ter nacionalnim programom za zagotavljanje kakovosti. Predstavil je tudi ustanovitev Evropskega centra za nadzor bolezni (European Centre for Disease Control) v Stockholmu na Švedskem, kar bo pri nas pravzaprav Evropski inštitut za varovanje zdravja. Tudi DG SANCO je predvideval posebno smernico o zdravstvenih storitvah v EU, vendar ji je večina držav članic nasprotovala. Gospod Sauer je po predstavitvi odgovarjal na vprašanja v zelo konstruktivnem in prijateljskem vzdušju. Po poslovnih zadevah je skupščina CPME začela z obravnavo točk dnevnega reda.

2.1. Finančno poslovanje: Skupščina je soglasno potrdila zaključni račun za 2003 in

sprejela finančni načrt za leto 2005.

2.2. Skupščina je tudi za naslednje leto za zunanega revizorja izbrala družbo PWC, če se bodo pripravljene pogoditi o ceni revizije.

2.3. Članarine

2.3.1. Razdelilni ključ za članarine: potrjen je bil predlagan razdelilni ključ, ki ga je izdelala posebna delovna skupina. Glede na to, da novi razdelilni ključ prinaša zlasti za Nemčijo 30.000 evrov več članarine na letno, na predlog nemške delegacije smo obravnavali, da se na novi sistem prehaja postopoma. Leto 2005 bomo plačevali po starem, leta 2006 bo 33 odstotkov novega in tako naprej do 2008, ko bomo popolnoma prešli na novi način izračunavanja članarine. Tak predlog je bil soglasno sprejet.

2.3.2. Simultano prevajanje: od leta 2006 naprej se bodo na novo po predlaganem ključu plačevali tudi stroški simultane prevajanja na zasedanjih. Nove članice CPME tega stroška ne bomo imele, saj se s širitvijo ni povečalo število prevajanih jezikov. Če se bo katerakoli članica v prihodnje odpovedala prevajanju, se bo za ustrezen znesek zmanjšal njen strošek simultane prevajanja.

2.4. Latvija je soglasno postala polnopravna članica CPME.

V nadaljevanju smo obravnavali poročila pridruženih članic in pododborov CPME.

Kogar podrobneje zanimajo obravnavana gradiva, jih dobi pri Marku Bitencu ali v tajništvu Zbornice. ■

Vloga in pooblastila zdravniške zbornice ob zdravniških napakah

Hrvatska zdravniška zbornica je sklicala prvo od svojih rednih tiskovnih konferenc, tokrat z naslovom "Vloga in pooblastila HLK (Hrvatske liječničke komore) ob zdravniških napakah".

Disciplinski postopki v novem zakonu so precej drugačni kot na Zdravniški zbornici Slovenije. Postopek o prijavi zdravniške napake se obravnava najprej na poverjeništvu (odboru) za strokovni nadzor in/ali na poverjeništvu (odboru) za etična vprašanja, odločitve in morebitni ukrepi so v pristojnosti častnega

razsodišča in drugostopenjskega Visokega častnega razsodišča. Zaradi izvedeniških mnenj, ki so pogosto potrebna, je postopek razmeroma dolg in traja od štiri do šest mesecev. Če odbor meni, da strokovne napake ni bilo, se lahko tožeča stranka sama obrne na častno razsodišče, vendar mora v tem primeru tudi nositi stroške, ki se ji povrnejo, če častno razsodišče razsodi v njeno korist.

Kot posebnost je treba omeniti, da sta predsednika obeh omenjenih razsodišč polklicna sodnika.



Od leta 1996 je bilo na Zbornici obravnanih 1284 primerov, ukrepov je bilo 77 in odvzetih licenc 11. Javni opomin, kot ena nižjih kazni, se objavi v glasilu zbornice.

Največji del pritožb in prijav prihaja iz porodništva, na drugem mestu so zapleti po kirurških posegih, glavni razlog pritožb pa je, po mnenju prof. dr. Gjurašina, ki vodi odbor za strokovni nadzor na Hrvaškem, pomanjkljivo sporazumevanje med zdravnikom in svojci ali sorodniki.

Pojavilo se je vprašanje, če morda kazni

ne vodijo v tako imenovano "defenzivno medicino", kar naj bi bilo po mnenju govornikov pomenilo izogibanje posegom s povečanim tveganjem in večjimi možnostmi zapletov, pojav, ki je že zelo opazen v ZDA in skandinavskih državah.

Zaradi tega se Zbornica močno trudi, da bi z zakonom določili pravico do odškodnin,

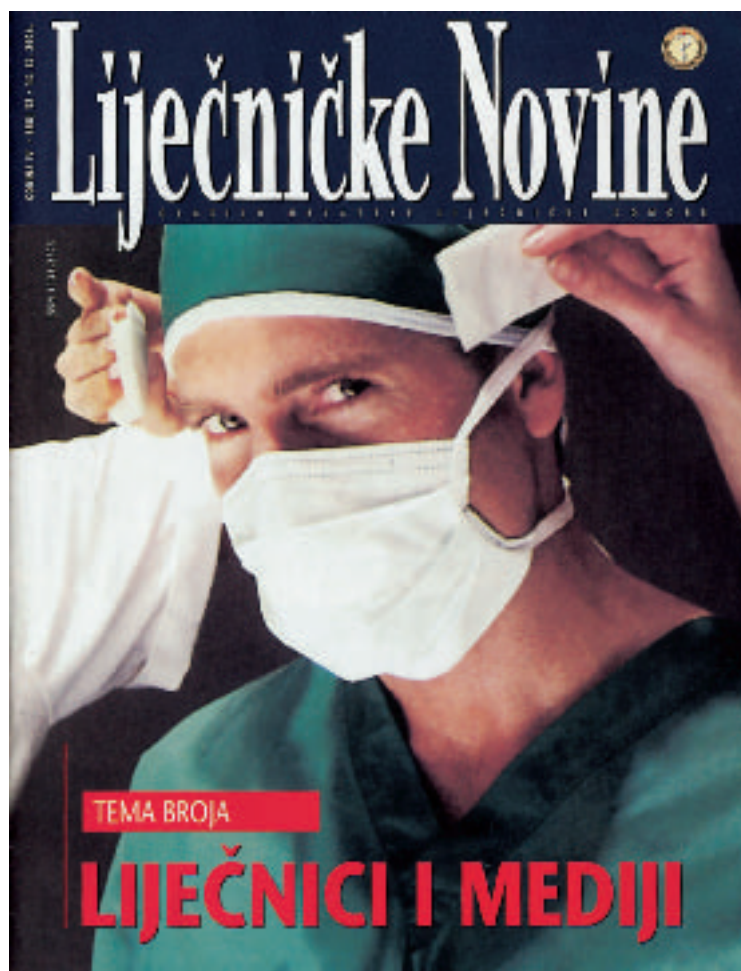
ki niso posledica zdravniške napake. Takšna praksa je v skandinavskih državah že dolgo poznana in nekoliko manj tudi v ZDA (no fault compensation). Tak način omogoča, da

se ne išče krivda zdravnika ali osebja, ki je pri dogodku sodelovalo, ker je oškodovancu odškodnina zagotovljena, postopki so krajši, obenem pa gre za določeno varovalko, da se napaka ne bo več ponovila. Kot primer se navaja Švedska, kjer znašajo stroški za odškodnine 0,15 odstotkov sklada zdravstvenega zavarovanja in so povprečne odškodnine visoke okrog 11.900 evrov. ■

Vir: Liječničke Novine, oktober 2004

Boris Klun

Zmanjšanje stroškov za zdravila, velika skrb



V eni od prejšnjih števil Liječničkih novin, ki smo jih predstavili tudi v Izidi, je hrvaški minister za zdravje, dr. Andrija Hebrang, opozarjal, da so stroški za zdravila nesorazmerno narasli, da iščejo nove načine zmanjšanja,

omenjali so tudi slovenske izkušnje ob zamenjavi patentiranih zdravil z generičnimi.

Septembrska številka prinaša ponovno celovito vrsto člankov o porastu porabe. Tako je zavod za zdravstveno zavarovanje uvedel omejitve, tudi administrativne, ki naj bi z obilico dodatnega dela zdravnikom otežile pisanje receptov. Tako bodo morali zdravniki na osnovni ravni v prihodnje na hrbet recepta napisati ime, priimek in šifro specialista, ki je priporočil določeno zdravilo, datum priporočila, številko specialističnega izvida in ime ter šifro zdravstvene

ustanove oziroma zasebne ordinacije.

Poraba zdravil se je v prvem četrtletju tega leta povečala za 18 odstotkov in v prvem polletju za 14 odstotkov. Nekateri zdravniki v osnovnem zdravstvu (vseh naj bi bilo 2780)

so prekoračili dovoljeno količino predpisanih zdravil za vsaj 150 odstotkov. Ti bodo prejeli pisno opozorilo od zavoda, medtem ko bodo za hujše grešnike (najvišja prekoračitev znaša 450 odstotkov) uvedli "nadzore in še druge ukrepe". Zavod je poslal opozorilo, da bodo zdravnikom odtrgali od plače zneske cen zdravil in lekarniških storitev. Zdravniki, ki so deleže prekoračili, naj bi v prihodnje obiskovali tudi tečaje za racionalno predpisovanje zdravil.

Zdravila, ki se največ predpisujejo, so kardiovaskularni pripravki, antibiotiki in psihotropna zdravila, na prvem mestu vseh zdravil, pa je praxiten (benzodiazepin). Najvišjo postavko pri izdatkih pa si delita irumed in iruzid (oboje lizinopril).

Predvideno je bilo, da se bodo nekatera zdravila kmalu pocenila, potem ko je v letošnjem juniju izšel pravilnik o merilih za določanje grosističnih cen, vendar se zaradi "tehničnih zapletov to ni zgodilo in se je začetek premaknil na september. Cene naj bi se določale na podlagi primerjave grosističnih cen v Italiji, Franciji in Sloveniji, če ti podatki niso dosegljivi, pa še v Španiji in na Češkem.

Tako se pričakuje, da se bodo cene znižale za kakih 250 zdravil, zvišale pa sedmim, kar naj bi prineslo prihranek 134 milijonov kun letno. Pravilnik zahteva naj bodo izvirna zdravila cenejša za 15 odstotkov, generična pa za 30 odstotkov. Ker predvideni prihranek 134 milijonov kun ne pokriva izgub, razmišljajo o treh možnih ukrepih: da se vsi dodatni stroški prevajajo na zavarovance, da ostane vse tako kot do sedaj, ali pa, da plača zavarovanec del stroškov, z delom pa se obremeni proračun. ■

Vir: Liječničke Novine, september 2004

Boris Klun

Ob letošnjem Plečnikovem zdravniškem koncertu

Tomaž Rott

Letošnji jubilejni 35. spominski sestanek profesorja Janeza Plečnika pod strokovnim vodstvom neutrudne Verice Ferlan Marolt se je, podobno kot vsa prejšnja leta, zaključil z letnim "Koncertom zdravnikov" v Veliki dvorani Slovenske filharmonije, ki ima v Ljubljani še vedno najboljšo zvočnost. Naslov prireditve je namenoma v narekovajih, saj poleg zdravnikov sodelujejo tudi drugi sodelavci v zdravstvu in občasno nekateri gostje, ki bogatijo program.

Koncert je praznik mladosti, praznik zrelosti in praznik umetnosti.

Mladost so izžarevale brhke mladence, Anja Černe, Tjaša Kermavnar, Lea Papst, Maja Pešič, Andreja Petrun, ki so prejele za študijske uspehe na področju anatomije, histologije in patologije, priznanje profesorja Janeza Plečnika. Dekleta poleg svojega resnega študijskega pristopa bolnikom obljublajo prijazen obraz in zanesljiv korak pri njihovem zdravljenju. Velikokrat veliko sonca v očeh, nasmeh in topla dlan otopijo bolečino in preženejo strah.

Zrellost predstavljajo priznanja profesorja Franceta Hribarja, saj so namenjena izkušenim patologom, ki se izkažejo z vrhunskimi raziskovalnimi dosežki in/ali neoporečno organiziranim in visoko kakovostno izpeljanim strokovnim delom. Patologija je v Sloveniji



Tudi letos je bila velika dvorana Slovenske filharmonije zasedena do zadnjega sedeža.



Dekan Medicinske fakultete profesor Miha Žargi, čestita najboljšim študentkam (in njihovim mamicam).

deloma policentrično oblikovana, poleg inštituta so tu še oddelki za patologijo v bolnišnicah. Letos sta Hribarjevo priznanje prejeli Jadranka Vrh Jermančič iz izolske in Nada But Cigler iz novomeške bolnišnice. Prav v bolnišnicah izven središča so kolegice in kolegi izpostavljeni večjim pritiskom in stiskam, ko morajo sami obvladovati raznovrstna področja patologije, citologije in sodne medicine. Kolegici sta poleg tega sodelovali pri raziskovalnih projektih in na lastno pobudo tudi pri izobraževanju sodelavcev v zdravstvu in laikov.

Praznik umetnosti! Pevski zbori imajo skupno srečanje v Stični, pevci – tekmovalci se srečujejo v Mariboru, Zagorju in drugod, okteti v Šentjerneju, zdravniki, študenti medicine in sodelavci v zdravstvu pa imamo svoj "Zdravniški koncert". Če ga ne bi bilo, bi v teh predprazničnih dneh občutili veliko praznino. Res je, zdravniški koncerti so v preteklih 35-ih letih dobili patino dragocenega starega srebrnega posodja, ki smo ga v teh prvih decembrskih dneh, prav na rojstni dan našega pesnika Prešerna, s trdim in napornim delom med letom zložili do bleščečega sijaja. Tokratni koncert se je ujemal tudi 25. obletnico Kulturno-umetniškega društva dr. Lojz Kraigher.

Igramo, pojemo, plešemo in drobni spodrsrljaji so nam tako všeč, kot je za ljubitelje glasbe neizbežno prasketanje z nenadomestljive in

nepogrešljive "vinilke" s toplim zvokom in velikokrat neponovljivimi izvedbami starih mojstrov, ali kot pregovorni skoraž obvezni spodrsrljaji velikega pianista Rubinsteina.

Pričelo se je z evropsko himno, Odo radosti iz IX. simfonije, ki jo je za mešani zbor priredil Janez Močnik, pod vodstvom Venčeslava Zadavca pa so jo morda kar simbolično v duhu Združene Evrope, zapeli združeni zbori KUD-a, Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, Zbor študentov medicine Cor (pozneje sem kar pogrešal njihovo prijetno petje) in vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum, na klavirju jih je spremljal Vladimir Mlinarič. Žal sem to točko zamudil zaradi z Evropo še "neharmoniziranega" parkiranja v Ljubljani. Izvedel sem, da se poslušalci s svojim odzivom sploh niso zavedali, da poslušajo himno. Zaradi protokolarnega pomena te skladbe so organizatorji dobili ustrezno dovoljenje. Vendar je tudi s tega vidika bila izvedba pri-



Letošnje Hribarjevo priznanje sta sprejeli patologinji Jadranka Vrh Jermančič in Nada But Cigler.



Organist profesor Janos Borvendeg, farmakologu iz Budimpešte.

merna, saj so se prireditve udeležili gostje iz Velike Britanije, Avstrije, Madžarske, Hrvaške in morda še od drugod, tudi program je bil evropsko raznovrsten.

Koncert je izkušeno, kot vedno, vodila Zvonka Zupanič Slavec. Z zanimivimi podrobnostmi je zapolnila menjave nastopajočih na odru. Med nastopi se je diskretno skrila (in zlila) za bogatim cvetličnim aranžmajem. Simbolika?



Po nastopu z dvojnim klavirskim koncertom W. A. Mozarta sta doživela burni aplavz študenta medicine Polona in Andraž.



Poje Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč.

Po podeljenih priznanjih se je koncert nadaljeval na orglah iz šentviške delavnice: János Borvendég iz Budimpešte je zaigral Lisztove variacije na temo B-A-C-H za orgle. Verjetno vsi prisotni poslušalci še niso slišali zvoka tega, ob 300. obletnici Filharmonije, pridobljenega glasbila v filharmonični dvorani. Zvočno bogata in zahtevna skladba, zaradi katere je nastala naelektrenost, ki se je sprostila v sproščenem burnem aplavzu.

Bartokove slovaške pesmi je ubrano in temperamentno zapela skupina Vox medicorum pod vodstvom Tomaža Faganela ob klavirski spremljavi Vladimirja Mlinariča. Uspešno vodenje rojeva sadove.

Sopranistka Janja Hvala, tik pred diplomo na Akademiji za glasbo, je ob spremljavi 35 let delujočega klavirskega tria Pro medico (Pavle Kornhauser, klavir, Marko Zupan, violina,



Kot gost je na zdravniškem koncertu ponovno nastopil Stanko Arnold ob spremljavi godalnega orkestra Camerata medica.

Zvonimir Rudolf, violončelo) občuteno zapela Romance Sergeja Rahmaninova. Razmišljal sem, ali je v njenem petju več lirčnosti ali več dramatike. Vsekakor je imela in je tudi izkoristila mnogo več priložnosti v izvedenih skladbah kot lani. Prijetno topel in barvit ter zanesljiv glas v širokem glasovnem razponu.

Mešani pevski zbor dr. Bogdana Derča s pevovodjem Venčeslavom Zadravcem je predstavil Nedvedovo pesem Nazaj v planinski raj (ki sem jo sam pri sebi ponavljal, saj sta jo že "preminuli" vokalni skupini, moški kvintet dr. Janez Plečnik in nonet Ortopedske klinike skupaj zapeli v osemdesetih letih na enem od Plečnikovih koncertov v Narodni galeriji). Zapeli so tudi Boštjančičevo priredbo pesmi Sóntr pojd' z naslovom Prišel ljubi je pod okno.



Poje vokalna skupina Vox medicorum.



Klavirski trio Pro medica je spremljal sopranistko Janjo Hvala.

Zbor vztraja pri svojem delu, gostuje, prepeva in nastopa. Za uspešno nadaljevanje njihovega dela bo treba zbor verjetno nujno okrepiti z mladimi glasovi, kar je ob že obstoječih pevskih skupinah res težko.

Nekaj časa najboljša trobenta Slovenske filharmonije, Stanko Arnold, je ob dobro vođeni in izvedeni spremljavi zdravniškega orkestra Camerata medica pod taktirko Andreja Ožbalt dostojanstveno predstavil Marcellov koncert za trobento in godalni orkester.

Zaradi zdravstvenih težav z glasom smo pogrešali profesorja Kluna: za nastop je organizator pridobil basista Franca Javornika, prvaka ljubljanske opere, ki je namesto njega, ob klavirski spremljavi Lorene Mihelač, zapel arijo Dulcamara iz Donizettijeve opere Ljubezenski napoj. Hudomušna pesem o poceni "zdravilu za vse" bi bila lahko uvodna tema v načrtovane pogovore z zdravilci.

Tomaž Petrač je bil učitelj in je še vedno mentor Poloni Maver, ki je ob študiju medicine diplomirala na Akademiji za glasbo: z

Andražem Cerarjem in ob spremljavi orkestra Camerata medica z dirigentom Andrejem Ožbaltom so izvedli 3. stavek Rondo iz Mozartovega Koncerta za dva klavirja v Es duru. Bajе naj bi bila to celo praižvedba v Ljubljani. Kadenco v tem stavku je priredil prijatelj pianistke, tako je bilo v tej izvedbi gotovo nekaj prvenstvenega. Odličen nastop morda napoveduje negotovosti o izbiri poklicne poti pianistke in bodoče zdravnice.

Zaključna točka je bila simpatična baletna pantomima Možiček. Glasbo je napisal Josip Ipavec. Izvedli so originalno partituro, za katero so donedavna mislili, da je izgubljena in jo je v NUK-u odkril profesor Kornhauser. Nastopali so trio Pro medico in orkester Camerata medica pod vodstvom Vilima Demšarja. Plesale so učenke Srednje baletne šole iz Ljubljane pod koreografskim vodstvom Henrika Neubauerja in Darje Sebastian.

Spored koncerta je oblikoval neumorni Pavle Kornhauser. Dosegel je, da je bila prireditel v celoti ena boljših, če ne najboljša v zgodovini zdravniških koncertov.

Na koncertu so se srečevali "amaterji" in "profesionalci", stari in sveži mladi diplomanti glasbenih akademij, hkrati zdravniki ali medicinci, ki so "tekmovali" v zagnanosti, zaljubljenosti v glasbo, ki jo doživljajo zase in jo posredujejo poslušalcem. Kje so meje med ljubiteljstvom in poklicno potjo? Ali je taka delitev sploh potrebna? Osebnostno mislim, da ni ljubiteljskih ali poklicnih nastopov, ampak gre le za dobro ali slabo izvedbo, dobro ali slabo predstavitev raznovrstnih žlahtnih umetnosti. Umetnost, ki je zgolj intelektualni izdelek, lahko sprejme le "elita", ki jo (skuša) razume-



Basist Franc Javornik je hudomušno predstavil zdravilca Dulcamara iz opere Ljubavni napoj.

(ti). Verjetno smo si različni, sam ne morem doživljati kakršnekoli umetniške dejavnosti, ki mi jo morajo teoretično razlagati.

Ob govoricah, da se nameravajo vodilni posloviti od organizacije in vodenja koncertov – profesor Ferluga je že lansko leto najavil, da se posavlja od vodenja protokolarnega dela prireditve, profesor Kornhauser pa po 35 letnem oblikovanju in uresničevanju umetniškega sporeda izroča to nalogo mlajšim – se sprašujem, ali bo možno obdržati sedanjo raven prireditve. Prepričan sem, da lahko ohranimo kakovost ob tehnično nekoliko manj zahtevnem programu, ki mu bo kos večina naših članov. Če pa kdo zmore več, še toliko bolje. In če bo vedno tako hitro minil čas dobrih dveh ur in pol neprekinjene prireditve, ostajamo na pravi poti. ■

Fotografije: Tomaž Rott
Besedilo pod fotografijami: Pavle Kornhauser



Na odru so po izvedbi odlomkov iz pantomime Možiček mladi plesalci ljubljanske baletne šole; v ozadju koreograf dr. Henrik Neubauer, sicer tudi zdravnik, s sodelavko Darjo Sebastian.



Še sklepne besede organizatorjev prireditve (na odru profesorja Dušan Ferluga in Pavle Kornhauser ter docentka Zvonka Zupanič Slavec).

Zunajbolnišnična pljučnica v ambulantni obravnavi

Izhodišča za bodočo prenovo priporočil

Ema Mušič

Izвлеček

Do 80 odstotkov zunaj bolnišnice pridobljenih pljučnic (ZBP) obravnavamo ambulantno, ostalo petino ZBP pa v bolnišnici. Zdravnik splošne medicine ugotovi diagnozo, oceni intenzivnost pljučnice in ogroženost bolnika, se odloči za splošno in na podlagi izkušenj izbrano antibiotično terapijo ter za zdravljenje doma ali v bolnišnici. Pri odločitvah mu pomagajo priporočila, ki so nastala na podlagi izkustvenih kriterijev pri ZBP. Na 46. Tavčarjevih dnevih (5. in 6. novembra 2004) so bila oblikovana priporočila za ravnanje ob ZBP pri starostnikih. S tem prispevkom postavljamo izhodišča priporočil za ambulantno obravnavo ZBP vseh starosti. Splošnemu zdravniku želimo ponuditi oprijemališča **sodobnega ravnanja v diagnostiki in pri zdravljenju ZBP v ambulantni ter na domu**. Podane so osnove sodobne diagnostike, zdravljenja, spremljanja in nadzora po preboleli ZBP. Navedeni dejavniki in ravnanja bodo osnova za obnovo smernic za obravnavo ZBP pri nas.

Definicija in osnove diagnostike ZBP

ZBP je pljučnica, za katero je zbolela odrasla oseba v domačem ali drugem okolju zunaj bolnišnice. Taka oseba nima poznane motnje v mehanizmih imunske obrambe proti okužbi in ne razlogov za oportunistično infekcijo. Okužba dihal se kaže kot vnetje s kopičenjem vnetnih celic in izcedka v alveolarnem področju. Vnetna zgostitev dela pljuč in domneva ali dokaz povzročitelja sta diagnostična.

Meritve za diagnozo pljučnice so s kliničnim pregledom ali rentgensko sliko ugotovljena zgostitev dela pljuč ter še dva od naslednjih znakov: tipični zvoki pri poslušanju pljuč, vročičnost, kašelj, gnojni izpljunek. Pomožni znaki so še torakalna bolečina in kazalci vnetja v krvi. Ob navedenih znakih bomo kadilca, kroničnega srčnega bolnika, bolnika s KOPB ali bolnika nad 50 let obvezno napotili na rentgensko slikanje.

Posebni poudarki v ambulantni diagnostiki pljučnice

V vseh starostih je pomembno skrbno opazovanje in klinični pregled. Bolnik s pljučnico je bolj prizadet kot ob navadnem prehladu ali infekciji dihalnih poti. Pri pregledu bolnika moramo oblikovati merila resnosti ZBP in bolnikove ogroženosti, nato postaviti oceno intenzivnostne stopnje pljučnice ter se odločiti za obravnavo na domu ali v bolnišnici. Če v bolnišnici po pregledu presodijo, da je primerno zdravljenje doma, moramo bolnika prve tri dni nadzorovati.

Na domu bo zdravnik bolnika le diagnostično pregledal. V bolnišnici pa bo napravljena rentgenska preiskava pljuč in srca v dveh ravninah, popolna krvna slika, osnovna biokemična analiza krvi in seča. Izpljunkov ne bomo preiskovali. Evropsko respiratorno združenje ne zahteva, da bi morali vselej napraviti rentgensko sliko, nemško in ameriška združenja pnevmologov rentgensko preiskavo zahtevajo. Tudi britanski

način ocene intenzivnosti, ki je za ambulantne pogoje primernejši in ga priporočamo tudi mi, ne sloni na izsledku slikanja. Zelo pomembna je ocena ter spremljanje psihičnega stanja in pomodrelosti kože, pulzna oksimetrija, v bolnišnici pa takojšnja plinska analiza arterijske krvi in vsakokrat ob vsaki negativni spremembi kliničnega in psihičnega stanja. Bolnik z diabetesom med pljučnico potrebuje večji nadzor bolezni in pri težji stopnji ZBP praviloma zdravljenje z inzulinom. Bolnik s KOPB je ob ZBP akutno slabše oksigeniran.

Epidemiologija

Po podatkih bolnišnično zdravljenih ZBP, ki predstavljajo približno petino vseh primerov, v Sloveniji za ZBP zbolijo 5-10/1000 prebivalcev, v starosti nad 75 let pa več kot 10/1000. Okrog 80 odstotkov vseh ZBP odkrijemo in zdravimo ambulantno, zato so zelo pomembne utemeljene in sodobne osnove priporočil za njeno zdravljenje. ZBP je akutna bolezen s smrtnostjo pri lažjih oblikah, ki so zdravljene doma, okrog enega odstotka, pri hospitaliziranih težjih oblikah pa okoli 10 odstotkov in pri oskrbovancih negovalnih ustanov ter v višji starosti tudi po naših analizah nad 30 odstotkov.

Vzroki

Najpogostejši povzročitelji so pnevmokoki, v mlajši dobi epidemično vsakih nekaj let tudi mikoplazme in klamidije. Na drugem mestu je haemophilus influenzae in pri starejših še moraxella catarrhalis. Pri alkoholno zasvojenih se pojavlja tudi ZBP s klebsiello, ki poteka navadno s težjo klinično sliko in večjo ogroženostjo. V posebnih okoliščinah se epidemično pojavi ZBP z legionelo, na srečo ne pogosto. Stafilokoki so aktualni povzročitelji v najvišji starosti in pri so boleznih. Virusne pljučnice z adenovirusi, influenco, RSV so verjetno pogostejše, kot jih navajajo podatki. Domnevajo, da so naštetih virusi začetni vzrok pljučnic v do 20 odstotkov primerov. V zdravniško obravnavo pridejo šele, ko se razvije sekundarna bakterijska ZBP, večinoma pnevmokokna. Med bakterijami prevladujejo pnevmokoki v vseh starostih in tudi pri vseh kronično bolnih. Na tabeli 1 so navedeni povzročitelji ZBP po pogostnosti.

Tabela 1: Vzroki ZBP glede na evropske in naše analize

Povzročitelj	%
streptococcus pneumoniae	40 – 60
haemophilus influenzae	4 – 15
moraxella catarrhalis	< 2
enterobacteriaceae	< 5
seudomonas sp.	< 1
legionella sp.	1 – 5
anaerobi	< 1
mycoplasma pneumoniae	2 – 18
chlamydia pneumoniae	4 – 15
virusi	5 – 20

Vzroki za nastanek bakterijske pljučnice vsaj v polovici primerov ostajajo nedorečeni, vzorci kužnin niso kakovostni. Izpljune je nizko cenjena kužnina, hemokulture niso pogost postopek, čeprav se opravljajo vsaj v bolnišnicah. Izpljunki so oddani neakovostno, vsebujejo še izločke iz zgornjih dihal in mikroorganizme iz žrela. Glede na izkušnje je najpogostejši povzročitelj osnova za izbor antibiotika, kar je odvisno tudi od spremljajočih bolezni, ki omogočajo kolonizacijo in infekcije z značilnimi bakterijami.

Spremljajoče bolezni in povzročitelji

Razlogov je več, da pljučnica ostane brez vzročne opredelitve. Na domu ni ustreznih pogojev za odvzem kužnin. V bolnišnico pride bolnik najpogosteje že po začetni antibiotski terapiji. Izpljunek tudi ob kakovostnem odvzemu ni upoštevanja vredna snov. Mikroorganizmi žrela in zgornjih dihal se ob upadu odpornosti zaradi različnih vzrokov še pomnožijo, predstavljajo pa vedno tudi mešano bakterijsko floro, ki ni nastala samo zaradi povzročitelja pljučnice. To velja zlasti za bolnike z napredovalo KOPB, bronhektazijami, ki so na glukokortikoidnem ali drugem zdravljenju, ki zmanjšuje odpornost ali so morda alkoholiki. Hemokulture v prvih 24 urah v bolnišnici še vedno niso vsakdanje pri diagnostiki pljučnice, čeprav jih priporočamo pri stopnjah intenzivnosti ZBP 2 in 3.

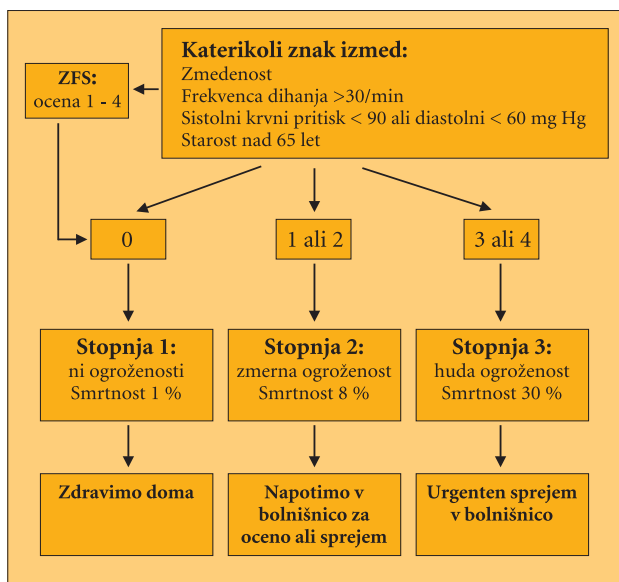
Po raziskavah zadnjih let so tudi v starosti povzročitelji pljučnice podobni, prevladujejo pnevmokoki.

Ocena intenzivnosti ZBP

V praksi so najbolj uporabna britanska merila ocenjevanja in še posebej prirejena britanska merila, ki jih navajamo za ambulantno zdravljenje. Uporabljamo navodilo za obravnavo pljučnice na domu, ki je nanje vezan. Omogočajo ne le oceno težavnosti pljučnice in stopnje ogroženosti, ampak predpisujejo tudi način in kraj začetne obravnave ter vrsto zdravljenja.

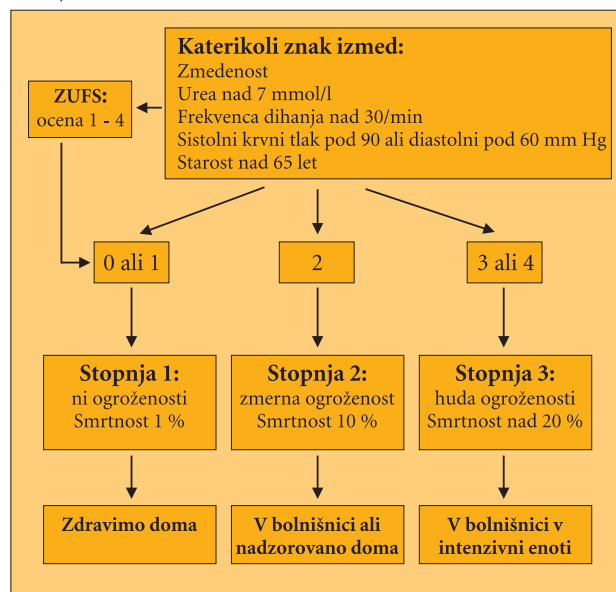
Na sliki 1 prikazujemo postopek za obravnavo bolnika do ocene intenzivnosti pljučnice in odločitve za zdravljenje doma po britanskih priporočilih.

Slika 1: Klinična ocena intenzivnosti pljučnice na domu (stopnje ZFS)



Bolnika, ki smo ga poslali v bolnišnico zaradi težje klinične slike ali dejavnikov ogroženosti, bodo v bolnišnici ocenili po britanskem sistemu ZUFS ali pa po ameriškem sistemu skupine PORT (Pneumonia Outcome Research Team). Prvi sistem prikazujemo na sliki 2, drugega pa v tabeli 1.

Slika 2: Klinična ocena intenzivnosti pljučnice v bolnišnici (stopnje ZUFS)



Pri oceni stopnje intenzivnosti pljučnice doma in v bolnišnici po gornjih enostavnih merilih je treba bolnika dobro opazovati in klinično pregledati, samo v bolnišnici pa še oceniti delovanje ledvic z analizo sečnine. Stopnjo oksigenacije doma ocenimo glede na osrednjo pomodrelost kože, lahko pa še s pulznim oksimetrom, v bolnišnici pa s plinsko analizo arterijske krvi.

Za orientacijo povzemamo še pglavitna oporna dejstva za oceno stopnje intenzivnosti po predlogih skupine PORT po Fineju in sod., ki se uporablja ob prihodu v bolnišnico. Ko bolnik zbere manj točk, ga lahko usmerimo na zdravljenje domov. Iz anamneze iščemo podatke, če ima bolnik malignom, jetrno, cerebrovaskularno, ledvično bolezen ali kongestivno srčno insuficienco. Nato ocenimo duševno stanje, frekvenco dihanja in srca, krvni tlak in telesno temperaturo. Merila točkujemo in po vsoti točk uvrstimo pljučnico v skupine od I do V. Skupine od I do III pomenijo lažjo pljučnico, skupina IV srednje težko in skupina V zelo težko pljučnico. Te stopnje pljučnice odgovarjajo intenzivnostnim stopnjam sistemov ZFS in ZUFS po prikazani britanski metodi.

Tabela 2: Ocena intenzivnosti pljučnice in ogroženosti po ameriškem sistemu PORT

Dejavniki	Točke
Starost	- 10
Bivanje v zavodu	+ 10
Maligna bolezen	+ 30
Bolezen jeter	+ 20
Cerebrovaskularna bolezen	+ 10
Bolezen ledvic	+ 10
Srčno popuščanje	+ 10
Sprememba duševnega stanja	+ 20
Frekvenca dihanja > 30/min	+ 20

Dejavniki	Točke
Sistolni krvni tlak	+ 20
Temperatura < 35 °C ali > 40 °C	+ 15
Utrip > 125/min	+ 10
Arterijski pH < 7,35	+ 30
Sečnina > 11 mmol/l	+ 20
Natrij < 130 mmol/l	+ 20
Glukoza . 14 mmol/l	+ 10
Hematokrit < 30 %	+ 10
O ₂ zasičenost arterijske krvi < 90 %	+ 10
Plevralni izliv	+ 10
Sistolni krvni tlak	+ 20
Temperatura < 35 °C ali > 40 °C	+ 15
Pulz > 125/min	+ 10
Arterijski pH < 7,35	+ 30
Sečnina > 11 mmol/l	+ 20
Natrij < 130 mmol/l	+ 20
Glukoza . 14 mmol/l	+ 10
Hematokrit < 30 %	+ 10
O ₂ saturacija arterijske krvi < 90 %	+ 10
Plevralni izliv	+ 10

Ogroženost	Skupina	Stopnja intenzivnosti	Točke	Smrtnost
Nizka	I	Lažja	0	0,1 %
Nizka	II	Lažja → 1	< 70	0,6 %
Nizka	III	Lažja	71 – 90	0,9 %
Srednja	IV	Zmerna → 2	91 – 130	9,3 %
Visoka	V	Huda → 3	> 130	27,0 %

Ocena nevarnosti za smrtni izid ZBP

Tudi to povzemamo po britanskih in nemških ugotovitvah zadnjih let, preizkušenih tudi v naši praksi. Ogroženost s smrtjo prikazujemo na tabeli 3.

Tabela 3: Ogroženost s smrtnim izidom po sklopih meril A, B, C

A. Dve ali vsa izmed meril:
Tahipneja 30/min ali več
Diastolični krvni tlak 60mmHg ali manj
Sečnina > 7 mmol/l
B. Vsa tri naslednja merila:
Tahipneja nad 30/min
Diastolični krvni tlak 60 mmHg ali manj
Psihična spremenjenost
C. Vsa tri merila (po Ewigu)
Tahikardija > 90/min
Sistolični krvni tlak < 80/min
Serumska LDH > 260 E/l

Pri ZBP je potrebno mirovanje, opustitev kajenja, pitje večjih količin tekočine. Plevralno bolečino lajšamo s paracetamolom ali/in aspirinom. Po opravljenem pregledu in oceni psihičnega stanja ocenimo stopnjo intenzivnosti pljučnice po sistemu ZFS in v indiciranem primeru stopnjo II., zanesljivo pa stopnji III. in IV. napotimo v bolnišnico. Za ocene in odločitve smo izmerili frekvenco dihanja, srca in krvni tlak. Ocenili smo stopnjo hidracije in oksigenacije. Družinski zdravnik mora meriti tudi pulzno oksimetrijo. Bolnik, ki ima arterijsko kri nasičeno

s kisikom pod 92 odstotki, mora vdihavati kisik in napotimo ga v bolnišnico. Bolnike, ki ostanejo doma, obvezno ponovno pregledamo čez 48 ur in ocenimo, ali se je stopnja intenzivnosti pljučnice poslabšala. V tem primeru bolnika napotimo v bolnišnico s podatkom, kako smo ga dva dneva zdravili.

V bolnišnici napravimo rentgensko slikanje, plinsko analizo arterijske krvi, CRP, popolno krvno sliko, analizo seča in ionogram, hepatogram, sečnino in kreatinin v serumu ter LDH. Kri za hemokulturo odvajamo pri stopnjah II, III, IV ZBP. Ocenimo intenzivnost pljučnice po sistemu PORT ali ZUFS kot lahko, srednje težko in težko pljučnico. Lahko stopnjo lahko napotimo na zdravljenje domov, srednje težko in težko pa zdravimo v bolnišnici. Količino kisika, vnosa tekočin in elektrolitov prilagajamo izvidom. Dovajamo toliko kisika, da vzdržujemo PaO₂ nad 8 kPa in nasičenost s kisikom nad 92 odstotki. Inhalacij previsoke količine kisika se ne bojimo, previdnost je potrebna le pri kadilcih z napredovalo KOPB. V takih primerih so potrebni pogostejši nadzori plinske analize arterijske krvi. Življenjske znake, kot so krvni tlak, utrip in frekvenca dihanja, prvih 48 ur preverjamo na dve do tri ure, najtežjim primerom pa ves čas. Temperaturo merimo dva do štirikrat na dan, vsaj dvakrat na dan ocenimo psihično stanje. Preverjamo zadosten vnos tekočin in izločanje seča. Tekočine večinoma vnašamo z infuzijami, vsaj prvih 48 ur, neredko pa nekaj dni. Pri podaljšani bolezni prilagodimo tudi primerno hranjenje in ga nadziramo. Pri bolnikih z astmo in KOPB spremljamo ventilacijo s spirometrijo dva do štirikrat na dan. Spremljamo in zdravimo komorbidne bolezni in smo pozorni na medsebojni vpliv zdravil, ustrezno prilagajamo odmerke. Pri bolnikih, pri katerih se stanje ne izboljšuje, po dveh ali treh dneh preverimo tudi CRP, popolno krvno in rentgensko sliko.

Pljučnica je akutno stanje, kjer pričakujemo izboljšanje z intenzivnim nadzorom in **postopki intenzivne splošne in antibiotske terapije**.

Antibiotiki za zunajbolnišnično pljučnico

Starost bolnika, okoliščine, v kakršnih je zbolel, podatki o komorbidnosti ter ocena intenzivnosti pljučnice so največjega pomena pri pravilni izbiri antibiotikov. Od naše doslednosti je odvisno, ali bo bolnik napoten v bolnišnico, od tega je odvisna tudi napoved razvoja pljučnice. Že sama starost je pomemben dejavnik in spremljajoča bolezen včasih določi posebnega povzročitelja. Sicer imajo starejši bolniki enake povzročitelje pljučnice, kot so pogosti na sploh, torej mislimo predvsem na pnevmokoke, haemophilus influenzae in moraxello catarrhalis, redkeje na nezačilne bakterije. Slednje so bolj značilne za bolnike pod 50 let starosti. Starostniki imajo neredko kombinirane okužbe z dvema ali celo več povzročitelji, prvi dihalni okužbi se pridruži sekundarna. Na druge povzročitelje pomislimo ob spremljajočih boleznih: nevrološke bolezni in diabetes, spremljajo po Gramu negativni povzročitelji pljučnic, neredko v kombinaciji z anaerobi, diabetes lahko tudi invazivnejši pnevmokoki, KOPB haemophilus influenzae ali invazivni pnevmokoki, pri oskrbovancih zavodov in dolgotrajno ležečih starostnikih tudi stafilokoki. Alkoholizem spremljajo hude pnevmokokne ali pa klebsielne pljučnice. Pljučnice s psevdomonasom imajo bolniki s hudo okvaro pljučnega sestava ali hudo opešano lastno imunsko obrambo, lahko tudi zaradi zdravljenja drugih bolezni. Seveda je v teh primerih zelo pomembna opredelitev in ocena občutljivosti te bakterije.

Antibiotik izberemo predvsem glede na oceno stopnje intenzivnosti pljučnice, kar usmerja tudi kraj zdravljenja. Lažjo pljučnico pri bolniku brez sobolezni zdravimo doma, splošna merila priredimo možnostim doma. Ne smemo pozabiti na nadzor vnosa in izločanja tekočin. Antibiotik izberemo po podatkih domače mikrobiološke epidemiologije in

občutljivosti bakterij. Izbira je nato enostavna glede na stopnjo intenzivnosti ZBP, starost in sobolezni.

Tabela 4: Antibiotiki pri ambulantnem zdravljenju ZBP

1. Pljučnica brez komorbidnosti, starost pod 65 let, stopnja I.	
Prva izbira	Druga možnost, verjetnost atipične ZBP
amoxicillin 3 x 750mg/d, 8dni	clarithromycin 2 x 500mg/d, 8dni
ali	ali
penicillin V 4 x 500mg/d, 8dni	azithromycin 1 x 500mg/d, 3 do 5dni
	ali
	roxithromycin 2 x 150mg/d, 8 dni
	ali
	doxycyclin 2 x 100mg/d, 8dni
2. ZBP z zmerno ogroženostjo, socialne težave, komorbidnost, stopnja II.	
Prva izbira	Druga možnost
amoxicillin-clav 3 x 0,652mg/d, 8dni	cefuroxim 2 x 500mg/d, 8 dni
ali	ali
moxifloxacin 1 x 400mg/d, 7dni	levofloxacin 1 x 500mg/d, 7 dni
3. Zmerna ogroženost, komorbidnost, starost nad 65 let, stopnja III**, napotimo v bolnišnico	
Po oceni v bolnišnici nadzorovano doma:	moxifloxacin 400mg/d**
Manj primerno: amoxicillin-clav 3 x 625mg ali cefuroxim 2 x 750mg + clarithromycin 2 x 500mg	

** Zdravljenje samo z antipnevmokoknim kinolonom, na primer moxifloxacinom, se vse bolj uveljavlja namesto kombinacije amoxicillin-clava ali cefalosporina z makrolidom na tej stopnji ZBP, ker je klinično uspešna in farmakoekonomsko ugodnejša. V zadnjem času je indikacija za novi kinolon tudi domneva odpornih pnevmokokov ali nejasnost med bakterijsko in atipično ZBP. Podobno indikacijsko področje pokriva novi telithromycin, ki pa pri nas ni namenjen ambulantni rabi pri zdravljenju stopenj I in II ZBP.

Kombinacijo betalaktamskega antibiotika z makrolidom izvajamo le okoli tri dni, nato se ob spremljanem poteku pljučnice odločimo za monoterapijo prvega antibiotika ali makrolida. Z izbiro moxifloxacina že na začetku se izognemo vprašanju o nadaljevanju terapije po treh dneh. Kadar se domneva kot povzročitelj pseudomonas, in zato novi kinoloni niso primerni, izberemo zdravljenje ciprofloksacin 2 x 750mg/d. Pri alergiji na betalaktamske antibiotike pri ZBP lažje stopnje I in II izberemo med makrolidom, klindamicinom in novim kinolonom.

Pri lažjih oblikah nasploh postavljajo v ospredje nove kanadske in ameriške smernice makrolide, pri težjih pa navedene kombinacije ali nove kinolone. Evropske smernice pri enostavni pljučnici nekomorbidnega bolnika še vedno zagovarjajo aminopeniciline, kar je pokazala tudi naša domača raziskava 412 pljučnic leta 2001. Monoterapijo z novim kinolonom enkrat na dan zdravniki izberejo tudi pri kar pogosto prisotni nejasnosti med bakterijsko in netipično okužbo. Res so netipične pljučnice v starosti manj pogoste kot bakterijske, vendar pa komorbidnostna ogroženost pogojuje indikacijo za te kinolone zaradi drugih razlogov. Za moxifloxacin je dokazano vstopanje v alveolarno tkivo in vnetne izločke dihal že od ena do treh ur po prvem zaužitju odmerku v bakteričnih koncentracijah za vse pogoste povzročitelje ZBP. To je še posebej pomembno za bolnike, ki jih ogroža hipoksemija, poglobljena zaradi ZBP in je takojšnje zdravljenje z baktericidnim antibiotikom rešitev težave v prvih urah. Pseudomonasne ZBP sodijo v bolnišnico, saj je potrebno uporabiti dva antipseudomonasna antibiotika. Samo s ciprofloksacinom zdravimo le bolnika z bronhektazijami, če poznamo njegovo bakterijsko občutljivost. V primeru stafilokokne pljučnice je

potrebna posebna, sestavljena antistafilokokna terapija. Anaerobno okužbo zdravimo z amoxicillinom+clavom, velikimi odmerki penicilina oziroma aminopenicilina ali klindamicinom.

Bakterijsko pljučnico zdravimo z antibiotikom osem dni, težjo obliko do deset dni, netipično pa vsaj 14 dni. Le v primeru posebnih povzročiteljev na primer legionele, stafilokokov ali pseudomonasa dlje. Zavedamo se, da je netipična pljučnica možen sprožilec samonikle pljučne fibroze, nespecifične intersticijske pljučnice, kronične organizirajoče pljučnice, kar moramo čim prej dodatno zdraviti, predvsem pa tako delovanje v pljučih zgodaj odkriti.

Obravnava bolnika z ZBP po koncu zdravljenja

Po doma zdravljeni pljučnici je potreben pregled pri zdravniku po koncu zdravljenja in še čez šest tednov. V bolnišnico napotimo srednje težke in težje pljučnice z dejavniki ogroženosti ali neugodnimi socialnimi razmerami za zdravljenje doma. Napotimo jih s čim več podatki o poteku ZBP do te napotitve, zlasti pa o že uporabljenih antibiotikih. Hospitalizirane bolnike v ustreznih okoliščinah čim prej odpustimo domov, priporoča se že ob prehodu na oralno zdravljenje in ko ni več potrebno inhaliranje kisika. Seveda pa morajo svojci in osebni zdravnik, ki bo nadaljeval zdravljenje doma, dobiti dobre napotke. Po odpustu je potreben pregled čez šest tednov pri specialistu, v primeru zapletov, ponovitve znakov pa prej. Prepočasno nazadovanje pljučnice opozarja na možnost drugega procesa v pljučih, sekundarne pljučnice pri malignomu, ali pa je potek z zapletom. Med slednjimi je najpogostejši plevralni izliv ali celo gnojno vnetje. Na tak zaplet smo pozorni pri pregledu ob koncu zdravljenja, ob neuspešnem zdravljenju trdovratnih dihalnih znakov in kazalcih infekcijskega vnetja, zaplete lahko odkrivamo še nekaj tednov po koncu zdravljenja ZBP. To je možno pri slabši obrambi, soboleznih in v višji starosti. Pri razlikovalni diagnozi pomislimo na možnost pljučnih embolizmov, infiltrati pljuč predstavljajo infarkte. Po pljučnici mora biti bolnik z dejavniki tveganja torej vsaj šest tednov pod zdravniškim nadzorom, takšnega primera pljučnice ne smemo zaključiti prej. Zapleti ali ponovitev pljučnice sodijo takoj v bolnišnico. Ob pregledu po pljučnici bolnika s KOPB ali emfizemom upoštevamo znatno počasnejše procese nazadovanja kot pri bolniku brez take pljučne bolezni. Pri pregledu moramo znova preveriti vse možnosti razlikovalne diagnoze pljučnice, še posebej pri kadilcih.

Zaključek

Splošna priporočila za obravnavo zunajbolnišnične pljučnice in nasveti za izbiro antibiotika na domu veljajo za lažje in srednje težke klinične poteke bolezni. Starejše življenjsko obdobje zaznamujejo predvsem spremljajoče bolezni, ki vplivajo na potek, klinično sliko in izid zdravljenja. Upoštevati moramo manj jasne klinične znake pljučnice in možne akutne psihične spremembe zaradi ZBP v višji starosti. Hipoksemija, dehidracija in hipokalemija ter hiponatremija pa odločajo o stopnji intenzivnosti ZBP vseh starosti. Ocena intenzivnosti pljučnice oziroma stopnje ogroženosti po predstavljenih priporočilih so ključnega pomena za pravilno izbiro zdravljenja ter za odločitev, ali naj bolnika napotimo v bolnišnico. Svetovani antibiotiki so uspešni za najpogostejše povzročitelje ZBP. Makrolidi so pri nas večinoma del sestavljenega zdravljenja, namesto katerega se vse bolj uveljavljajo novi respiratorni kinoloni. Le za ZBP mlajših bolnikov z značilnostmi in epidemiološkimi okoliščinami za netipično pljučnico so sami makrolidi pravilna izbira, pri dvomu med netipično in bakterijsko pljučnico pa

spet novi kinolon, ki je uspešen pri obeh, pnevmokokni in netipični ZBP. Pripravljamo tudi priporočila za obravnavo ZBP težjih oblik z večjimi dejavniki ogroženosti, ki so napoteni in sprejeti na bolnišnično zdravljenje, torej za približno 20 odstotkov ugotovljenih ZBP v naših razmerah. O tem bomo pisali v prihodnje. Zdravnike vabimo, da nam

sporočijo svoje videnje problema ZBP. V prvih mesecih leta 2005 bo delovna skupina za infekcije dihal na KOPA Golnik te vsebine povezala in jih ob upoštevanju domačih podatkov povezala v smernice za obravnavo ZBP. ■

Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok že drugič potrjen za evropski izobraževalni center iz anesteziologije in intenzivne terapije

Vesna Paver Eržen

Združenje evropskih zdravnikov specialistov (Union Europeenne des Medecins specialistes, UEMS) – Odbor za anesteziologijo (European Board of Anaesthesiology (EBA) in Evropska akademija za anesteziologijo (European Academy of Anaesthesiology, EAA) sta se dogovorili za skupno izvajanje programov nadzora bolnišnic (Hospital Recognition Programme in Hospital Visiting Programme) in tako določili temeljni program ocenjevanja in vrednotenja institucij, ki želijo postati evropski anesteziološki učni center (EAC).

Cilji tega programa so določitev meril za klinično in raziskovalno delo ter za izvajanje pouka, ki jih morajo v Evropi izpolnjevati anesteziološki izobraževalni centri. Če želi klinični oddelek ali inštitut pridobiti naziv Evropski izobraževalni center, zaprosi za ocenjevalni obisk. Komisijo, ki izvaja ocenjevanje, sestavljajo član EAA, član EBA in član države, kjer je ocenjevani center. Anesteziološki izobraževalni center mora za oceno svoje izobraževalne sposobnosti izpolniti obsežen vprašalnik. V njem predstavi državni program specializacije. V programu specializacije morata biti navedena trajanje kroženja specializantov po posameznih oddelkih in število storitev. Na državni ravni morajo biti postavljeni kadrovske predpisi in merila za zdravnike, medicinske sestre in za posamezna področja anesteziološke stroke. Izobraževalni center s pomočjo vprašalnika predstavi tudi obseg svojega kliničnega in raziskovalnega dela, kadrovske sestavo, opremljenost oddelkov in delovnih mest ter možnost uporabe sodobnih izobraževalnih metod za različne profile

zdravnikov in negovalnega kadra. Pomembno je, da se izobraževalni program nenehno izvaja in da je nadzorovan s pisnim in ustnim preverjanjem znanja. Center in njegovi člani naj bi bili povezani z enakimi in sorodnimi evropskimi institucijami ter se dejavno vključevali v strokovna evropska združenja.

Če center izpolnjuje vse zahtevane pogoje, ga obišče ocenjevalna komisija, ki v dveh dneh opravi naslednje pogovore: delovni večer s starejšimi vodilnimi specialisti in vodji posameznih oddelkov centra

ter predstavniki katedre za anesteziologijo in reanimatologijo. Sledijo pogovori z mladimi specialisti, ki so dejavni v vzgojnem procesu (asistenti). Komisija pregleda tudi pisna strokovna dela, članke in izdane knjige. Rdeča nit vseh pogovorov so možnosti in tehnike izobraževanja, medsebojni odnosi med učitelji in učenci ter kakovost nadzora mladih zdravnikov. Komisijo zanima tudi obseg dela in odgovornosti negovalnega kadra in njihovo stalno izobraževanje.

Tak obisk je naš klinični oddelek imel že od 8. do 10. maja 1996 in takrat si je pridobil potrdilo o učni ustanovi za področje anesteziologije (Certificate of Accreditation of a European Centre for Training of Anaesthesiologists) od junija 1996 do maja 2001. Za to potrdilo smo zaprosili tudi za naslednje petletno obdobje. Ponovno je bilo treba izpolniti obsežni vprašalnik, ga ustno predstaviti na sestanku UEMS, EBA in ker ni bilo pomembnejših sprememb v organizaciji, vodenju in izobraževanju na našem kliničnem oddelku, obisk ocenjevalne komisije ni bil potreben.

Na sestanku UEMS, EBA v Budimpešti 20. in 21. novembra 2004 je naš klinični oddelek ponovno dobil Certificate of Accreditation of a European Centre for Training of Anaesthesiologists za obdobje od 2004 do 2009. ■



Udeleženci sestanka UEMS – EBA v Budimpešti novembra

Zdravnik kot profesionallec in njegov odnos do pacientov

Tadej Gale

I. Definicija poklica (1)

Na začetku želim na podlagi definicije strokovne dejavnosti znanega sociologa Greenwooda najti tipične značilnosti zdravniškega poklica kot profesionalne dejavnosti.

Po Greenwoodovem mišljenju je strokovna dejavnost izredno zapleten pojav v družbi, ki vsebuje naslednje dejavnike:

- sistematsko zaokroženo teorija
- strokovno avtoriteto
- družbene sankcije
- etični kodeks
- specifično subkulturo

Greenwood poudarja, da je vsak od navedenih dejavnikov potreben, vendar ne tudi zadosten za oblikovanje in izvajanje strokovne dejavnosti. Šele prepletanje vseh petih dejavnikov v edinstveno strukturo obnašanja omogoča zapleten družbeni pojav, ki ga lahko označimo za strokovno dejavnost.

1. Sistematsko zaokrožena teorija

Sistematsko zaokrožena teorija je po Greenwoodu osnovni in najpomembnejši sestavni del strokovne dejavnosti, saj ustvarja bistveno drugačen delovni proces. Za pojasnitev te trditve lahko uporabimo primerjavo z obrtnikom, kjer temelji njegova delovna dejavnost na stereotipih in na tradiciji, ki izhaja iz izkušnje. Profesionallec po drugi strani pri svojem delu izhaja iz abstraktne teorije, ki mu služi kot metodološka smernica za njegovo delo. Profesionallec išče rešitve situacij, ki nastanejo pri njegovem delu, uporabo teorije v praksi. To zahteva inovativnost, kritičnost in ustvarjalnost. Pri svojem delu mora biti profesionallec v osnovi netradicionalen, saj vsaka rutina pomeni tudi začetek upadanja profesionalne dejavnosti in s tem tudi začetek neprofesionalnosti.

Zdravnik se mora, zato da zadosti zgoraj navedenim merilom, nenehno izobraževati ter na ta način širiti svoje abstraktno teoretično znanje. To je edini način, da lahko pravilno uporabi teorijo pri praktičnih primerih. K temu ga vsekakor med drugim sili tudi razvoj medicinske vede ter razvoj drugih spremljajočih ved. Ker je profesionalna dejavnost za razliko od obrtniške dejavnosti, ki je usmerjena v kontinuiteto (tradicijo) usmerjena v inovativnost, je potrebno, da se zdravnik, tudi ko izpolnjuje vse predpisane pogoje za opravljanje svojega poklica (licenca), dodatno izobražuje. Za opravljanje zdravniškega poklica torej ne zadostuje diploma medicinske fakultete ter specializacija, ampak se mora zdravnik tudi neprestano dodatno izobraževati. Zato zdravnik z dejavnim sodelovanjem na različnih seminarjih, predavanjih ter z izdajanjem publikacij, zbira licenčne točke, ki so nujno potrebne za podaljševanje licence oziroma dovoljenja za samostojno opravljanje zdravniške službe v Republiki Sloveniji. Na ta način se preprečuje, da bi prišlo do upadanja strokovne dejavnosti ter prisiljuje zdravnike, da sledijo razvoju teorije in novim spoznanjem, saj je to bistvenega pomena za kakovostno opravljanje zdravniške službe. Vsako nadomeščanje izkušnje s teorijo bi bilo za zdravnika zelo nevarno in bi vodilo k približevanju zdravniškega poklica obrtniškem poklicu, saj se teorija ne more nadomestiti z izkušnjami, temveč se lahko z njimi le dopolni in oplemeniti.

2. Strokovna avtoriteta

Drugi dejavnik, ki ga izpostavlja Greenwood, je strokovna avtoriteta. Že v prejšnji točki sem poudaril, da mora reševanje katerekoli praktične težave pri profesionalni dejavnosti temeljiti na dosledni uporabi teorije, ki jo imenujemo tudi strokovno mnenje. Strokovnjaki imajo in morajo imeti monopol nad strokovnim mnenjem, saj je teoretična in metodološka podlaga razumljiva samo strokovnjakom istega področja. Ta trditev, posebej glede zdravnikov v praksi povzroča številna vprašanja in kritike, ki jih bom bolj podrobno opisal v naslednjem poglavju. Če torej upoštevamo zgoraj navedeno trditev, pridemo do zaključka, da bolniki ne smejo in ne morejo nasprotovati strokovnemu mnenju zdravnikov. Za potrošnika velja pravilo, da ima kupec vedno prav, saj lahko le on izbira ali odklanja proizvode ali usluge. Bolnik se znajde v drugačnem položaju, saj lahko dokaj svobodno izbira strokovnjaka (zdravnika), ne more pa izbrati strokovnega mnenja.

3. Družbena kritika

Čeprav strokovna dejavnost temelji na sistemsko zaokroženi teoriji in na monopolu strokovnega mnenja, se ne more uveljaviti v družbi, če nima tudi institucionalno zagotovljenega položaja. Prav ta položaj omogoča v veliki meri zaščito prvih dveh dejavnikov. Osnova za upravičenost družbenega položaja poklica, so družbena določila, ki so sestavljena iz omejitev in posebnih ugodnosti.

Omejitve so predvsem postavljena merila, ki dopuščajo opravljanje določenega poklica. Za zdravnike so to predvsem diploma medicinske fakultete, specializacija, vpis v register zdravnikov in s tem povezano obvezno članstvo v Zdravniški zbornici Slovenije ter nenazadnje licenca oziroma dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na področju Republike Slovenije. Z omejitvami, med katerimi je najpomembnejša izpolnjevanje meril za pridobitev licence, se zagotavlja kakovost storitev in preprečuje mazaštvo. Kot primer lahko navedemo, da se mora v Republiki Sloveniji zdravnik vpisati v register zdravnikov, ki se vodi na Zdravniški zbornici Slovenije in ob tem podpisati tudi pristopno izjavo, v kateri se zavezuje, da se pri svojem delu ne bo ukvarjal z mazaštvom oziroma "s strani zdravnikov nepriznanimi metodami zdravljenja". Na ta način se vsekakor zagotavlja kakovost zdravniških storitev, ki temelji na monopolu nad strokovnim mnenjem in ne priznava ostalih načinov zdravljenja, ki niso v skladu z njim.

Pravice po drugi strani zagotavljajo pravico do varovanja poklicne skrivnosti in pravico do imunitete pred javno kritiko. Pravica varovanja poklicne skrivnosti je zapisana v Kodeksu medicinske deontologije, ter je tudi zakonsko zaščitena, saj lahko zdravnika varovanja poklicne skrivnosti razreši le sam bolnik ali sodišče. Na ta način se zaščiti avtonomija poklicne dejavnosti v odnosu do laične javnosti, saj lahko na ta način strokovno kritiko izvajajo samo člani istega poklica in ne laiki. Za strokovno kritiko je poskrbljeno na odborih Zdravniške zbornice Slovenije, predvsem na Odboru za strokovno-medicinska vprašanja in na Odboru za pravno etična vprašanja ter tudi v sami organizaciji, v kateri zdravniki opravljajo svojo dejavnost, z internim strokovnim

nadzorom in sistemom kolegalnih priporočil.

Ravnovesje med omejitvami in pravicami je za razvoj poklica izrednega pomena. To ravnovesje je izredno občutljivo, tako da lahko nihanja v ravnovesju privedejo do naslednjih mejnih položajev:

- prevelika količina omejitev in premajhna institucionalna zaščita pravic lahko privede do stanja, ko javna laična kritika toliko posega na področje stroke, da pride do procesa deprofesionalizacije poklicnega dela.
- premajhna količina omejitev ter prevelika zaščita pravic pa lahko pripelje do položaja, v katerem obstaja velika možnost nastanka ceha ali kaste.

4. Etični kodeks

Že tolikokrat omenjena strokovna avtonomija ne more obstajati brez samonadzora in samodiscipline strokovnjakov. Samonadzor tako urejajo pravila poklicne etike, ki jih mora vsaka posamezna stroka tudi razvijati. Tak samonadzor strokovne dejavnosti, ki temelji na merilih poklicne etike, je nemogoče nadomestiti z družbenim nadzorom, ki temelji na pravnih ukrepih in ukrepih laičnega nadzora. Poklicni samonadzor naj bi bil pozitiven ter preventiven in ne negativen ter naknaden. Izvajal naj bi se v obliki posvetovanj, priporočil, strokovnih izpitov in ne z izključevanjem članov iz poklicne skupnosti.

Zgoraj navedeno trditev lahko ponazorimo tudi z vlogo organov Zdravniške zbornice Slovenije, ki izvajajo tako strokovni nadzor nad delom zdravnikov, kot tudi etični nadzor oziroma nadzor ravnanja zdravnikov, ki mora biti v skladu s Kodeksom medicinske deontologije. Pregled ukrepov, ki so bili izrečeni s strani Zdravniške zbornice Slovenije, nam potrjuje zgoraj navedeno trditev, saj med izrečenimi ukrepi v veliki večini prevladujejo ukrepi, kot so kolegalno priporočilo, dodatno izobraževanje in nadzor nad delom zdravnika. To velikokrat naleti na neodobranje v javnosti, ki pogosto zahteva strožje in negativne ukrepe, kot sta začasni ali stalni odvzem licence. Na tem mestu se pojavi velika razlika med zahtevami javnosti in dejansko sliko izrečenih ukrepov oziroma strokovnim samonadzorom. O tej razliki nameravam spregovoriti v naslednjem poglavju.

Merila profesionalne etike so pri zdravnikih zapisana v Kodeksu medicinske deontologije Slovenije in se delijo na dve vrsti (to je značilno za vse zapise profesionalne etike in ne velja samo v primeru Kodeksa medicinske deontologije Slovenije):

Merila, ki urejajo odnose med poklicnimi kolegi.

V Kodeksu medicinske deontologije Slovenije je celotno 3. poglavje namenjeno odnosu med zdravniki. Iz tega poglavja navajam 23. člen, ki določa:

Medsebojno sodelovanje zdravnikov temelji na tovarištvu, iskrenosti, odkritosrčnosti in posredovanju izkušenj. Zdravnik naj se obnaša do vseh sodelavcev in pacientov, kot želi, da bi se oni do njega.

Zdravnik ne sme odreči strokovne pomoči drugemu zdravniku, če ga ta zanjo prosi.

Tista merila, ki urejajo odnose med strokovnjaki in strankami.

Za ponazoritev te vrste meril poklicne etike, navajam 14. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, ki določa:

Zdravnik je dolžan opravljati svoj poklic odgovorno, strokovno, vestno in natančno do slehernega pacienta, ne glede na raso, spol, narodnost, versko pripadnost, politično prepričanje, družbeno ekonomski položaj in ne glede na svoje osebno razmerje do bolnika ali njegove družine. Zdravnik je svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja, pri tem pa je dolžan dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti in načela strokovnega ravnanja. Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju in vesti mogel biti neetičen ali za bolnika škodljiv.

Tako lahko pri prvi vrsti poklicnih etičnih meril zasledimo pouda-

rek na sodelovanju med kolegi in ne na tekmovalnosti. To omogoča neovirano izmenjavo informacij, brez katerih si ne moremo zamisliti neprestanega razvoja stroke.

Pri drugi vrsti poklicnih etičnih meril je poudarek na nepristranskem odnosu do bolnikov, ne glede na raso, spol in socialno pripadnost. To zagotavlja enako kakovost storitev za vse bolnike, saj mora zdravnik vložiti vse svoje znanje in tudi moralne sposobnosti v razrešitev določene težave.

5. Specifična subkultura

Zadnji dejavnik, ki ga omenja Greenwood, je specifična subkultura. Ravnanje v skladu s etičnim kodeksom privede do nastanka specifične subkulture ali svojevrstnega življenjskega stila. Spoštovanje etičnih pravil privede do tega, da člani določene poklicne skupnosti začnejo razvijati tudi določen stil življenja, ki se ne oblikuje samo na delovnem mestu, temveč se odraža tudi v zasebnem življenju. Za zdravnike lahko tako na primer trdimo, da so pravzaprav neprestano na dolžnosti ter da so življenjsko zavezani svojemu poklicu. To je razvidno tudi iz Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, ki na primer v svojem 13. členu določa:

Zdravnik se kot javni delavec ne more umikati v osamo privatnega življenja, temveč mora prispevati za dobrobit in napredek skupnosti, v kateri živi in deluje.

Zdravnik se mora zavedati, da vsako neustrezno, lahkomišno, za zdravnika nečastno in ponižujoče dejanje prizadene tudi druge zdravnike in zdravstveno osebje ter zdravstvo v celoti. Za zdravnika nečastna je vsaka zloraba javnih pooblastil in sredstev za osebno okoriščenje.

II. Odnos med zdravnikom in bolnikom

V Sloveniji se v zadnjem času pojavljajo številne kritike dela zdravnikov ter s tem povezanega delovanja Zdravniške zbornice Slovenije kot njihove stanovske organizacije. Ena izmed kritik je vsekakor naperjena zoper, po mnenju javnosti, neučinkovit sistem reševanja pritožb in nedostopnost zdravnikov v njihovem razmerju do bolnikov. To težavo je mogoče pojasniti s strokovno avtoriteto in monopolom nad strokovnim mnenjem, ki sta značilna sestavna dela poklicne dejavnosti. Dejstvo je, da lahko strokovno delo zdravnika ocenjuje samo drug zdravnik. To v praksi ponavadi tudi ne zadostuje, saj se zdravnik v svoji poklicni karieri specializira za delo na določenem področju, tako da lahko pravzaprav njegovo strokovnost presoja samo zdravnik iste specialnosti. Na Zdravniški zbornici Slovenije za presojo strokovnega dela zdravnikov deluje Odbor za strokovno-medicinska vprašanja. Odbor sestavljajo zdravniki, ki so specialisti na različnih področjih, tako da je razvejanost dejavnosti čim bolj pokrita. Odbor obravnava pritožbe bolnikov ter na njihovi podlagi presoja strokovno delo zdravnikov. V primeru ugotovljene nestrokovnosti sproži tudi postopek za uvedbo ukrepov, ki jih ima Zdravniška zbornica Slovenije na razpolago.

Ena izmed težav, s katerimi se srečuje odbor pri svojem delovanju, je vsekakor kritika o pristranskosti odločanja, ki izhaja predvsem iz prepričanja, da je kolegalnost med zdravniki tako velika, da "držijo skupaj" ter da ne bodo v nobenem primeru ukrepali proti svojemu kolegu. To mišljenje je v zadnjem času sprožilo veliko pobud za ustanovitev ločenih organov, v katerih zdravniki ne bodo imeli popolnega monopola oziroma vpliva na odločanje. Med pobudami bi rad omenil predvsem želje po ustanovitvi samostojnega varuha bolnikovih pravic ter tudi željo Zveze potrošnikov Slovenije po ustanovitvi ločenega pomirjevalnega organa na lokalni ravni, ki bi obravnaval pritožbe o delu zdravnikov. Omenjeni pobudi sta vsekakor posledica vse večjega družbenega vpliva, saj postajajo bolniki vse bolj izobraženi (vedno bolj se zavedajo svojih pravic) in tako tudi vse bolj kritični do strokovnih uslug. Ta pojav je v

sodobni družbi pripeljal do t. i. "upora strank (2)". Bolniki se vedno bolj zavedajo svoje vloge in si želijo postati eden izmed dejavnikov, ki lahko vpliva na razvoj poklicne dejavnosti. Ključnega pomena za nastanek omenjenih težav je spoznanje, da ne sodelujejo v zadostni meri v procesu odločanja zdravnikov in da so v tem razmerju obravnavani zgolj kot predmeti. Pojavljajo se nepravilnosti, kot so:

- nezadostna usklajenost storitev zdravnika z bolnikovimi potrebami,
- bolniki ne morejo dovolj izraziti svojih želja in potreb,
- zaprtost in nedostopnost zdravnikov, ki se kaže v nezadovoljivi uporabi pojasnilne dolžnosti.

Naštete pobude po mojem mnenju ne bodo bistveno rešile opisanih težav, temveč bodo, v kolikor se bodo uresničile, morebiti še bolj zamaglile že tako zapletene in razvejane možnosti vpliva bolnikov (tudi pritožbe) na zdravniške storitve. To trditev opiram predvsem na dejstvo, da lahko strokovnost dela zdravnikov presoja le zdravnik. Omenjeni pobudi zagovarjata laični nadzor, saj podpirata zamisel, da bi v obeh organih (varuhu pacientovih pravic in ločenih posvetovalnih organih na lokalni ravni) sodelovali strokovnjaki iz drugih področij (na primer pravniki) in ne zdravniki. Ti organi bi, po mojem mnenju, s svojo vlogo lahko pozitivno vplivali le na boljšo obveščenost bolnikov o že obstoječih pritožbenih poteh, tako da bi lahko bolnike pravilno napotili na že obstoječe pritožbene organe (Zdravniška zbornica Slovenije, Ministrstvo za zdravje, sodišče, tržni inšpektorat). Boljšo obveščenost bolnikov lahko zagotovimo tudi veliko enostavneje s skupno akcijo boljšega obveščanja bolnikov, ki pravkar poteka.

V primeru, da se pobude uresničijo, lahko pride do nesmiselnega stanja, ki ne bo nikakor pripomoglo k reševanju navedenih vprašanj. To trditev bom predstavil na primeru pobude varuha bolnikovih pravic. Varuh ne bo mogel uspešno obravnavati in rešiti pritožbe o strokovnem delu zdravnika, saj za to ne bom imel primerne strokovne znanja (varuh naj bi bil pravnik ali drug strokovnjak in ne zdravnik). Tako bo lahko pritožniku le svetoval, da za mnenje zaprosi Odbor za strokovno-medicinska vprašanja na Zdravniški zbornici Slovenije, sodnega izvedenca medicinske stroke ali da začne postopek na sodišču. To nikakor ne reši težav, saj se odločanje o strokovnosti tako zopet vrne v roke zdravnikov. To velja tudi za postopke na sodišču, saj sodišče o vprašanju morebitne strokovne napake in s tem povezanim zahtevkom za odškodnino ne more samostojno odločati, temveč za mnenje zaprosi sodnega izvedenca medicinske stroke, ki je seveda zopet zdravnik.

Na ta način se za rešitev vprašanja, kako nepristransko reševati pritožbe zoper strokovno delo bolnikovih potreb, ki bi zmanjševala monopol nad strokovnim znanjem in s tem tudi monopol nad odločanjem o strokovnih stvareh. S tem nikakor ne predlagam, da bi "laiki" odločali o strokovnih vprašanjih, temveč da se jih bolj dejavno pritegne k postopkom odločanja ter prisluhne njihovim potrebam in željam.

Možna rešitev bi bila tudi v zagotovitvi boljšega in bolj enakopravnega sodelovanja zdravnikov in pritožnikov. To bi lahko storili tako, da bi bolnika večkrat povabili k sodelovanju pri zasedanju odbora. Najbolj primeren način za doseganje tega cilja bi bil, da je na zasedanjih odbora stalno prisoten predstavnik laične javnosti (to vlogo p bi lahko prevzel, v primeru da bo ustanovljen, tudi varuh bolnikovih pravic). Z boljšim so-

delovanjem zdravnikov in bolnikov bi dosegli razmere, v katerih bolniki ne bi bili več obravnavani kot predmeti, temveč bi prevzeli bolj dejavno vlogo v procesu odločanja o svojih pravicah. To bi po mojem mnenju bistveno izboljšalo odnose med zdravniki in bolniki, saj bi se slednji znebili občutka, da se celoten postopek odločanja o njihovih pravicah odvija za zaprtimi vrati, brez upoštevanja njihovih potreb in želja.

Druga kritika, ki se v javnosti vse bolj pojavlja in sem jo v besedilu že omenil, je prepričanje javnosti, da je Zdravniška zbornica s svojimi ukrepi premala in da v preveliki meri ščiti zdravnika. Javnost (posebej novinarje) ne zanima, kako Zdravniška zbornica Slovenije s svojimi ukrepi skrbi za dvig kakovosti zdravniških storitev, temveč zgolj podatke, kolikokrat je zbornica posegla po najstrožjem ukrepu odvzema licence. V besedilu sem že omenil, da bi moral biti strokovni samonadzor pozitiven in preventiven ter ne negativen in naknaden. Kot pozitivno in preventivno obliko nadzora lahko med drugim izpostavim predvsem redne letne strokovne nadzore, ki jih opravlja Zdravniška zbornica Slovenije nad delom zdravnika. Namen takih nadzorov je, da se pregleda zdravnikovo delo vsaj enkrat v licenčnem obdobju (sedem let). V primeru ugotovljenih nepravilnosti pri delu zdravnika, se zdravniku svetuje, kako naj nepravilnosti odpravi ali se zdravniku predpiše dodatno izobraževanje. Zdravnikova obveznost je, da se neprestano izobražuje, saj mora v licenčnem obdobju zbrati zadostno število točk, ki so predpogoj za podaljšanje licence. V kolikor zdravnik zadostnega števila točk ne doseže, mu zbornica predpiše opravljanje strokovnih izpitov.

Vsi našteti ukrepi so namenjeni neprestanemu izboljševanju kakovosti zdravstvenih ukrepov, kar je po mojem mnenju tudi osnovna naloga poklicnega samonadzora.

Zahteve po bolj ostrih ukrepih oziroma po odvzemu licence, so lahko v določenih primerih upravičene, vendar pa predstavljajo negativno in naknadno obliko samonadzora, kar pa ni čisto v skladu z vlogo poklicnega nadzora, ki ga izvaja Zdravniška zbornica Slovenije kot stanovska organizacija zdravnikov. Tu pa po mojem mnenju leži odgovor na tovrstne kritike. Strah, da se s takim ravnanjem Zdravniške zbornice Slovenije (majhno število odvzetih licenc) dopušča prevelika samovolja zdravnikov pri opravljanju svojega poklica, je na podlagi navedenega neupravičen, saj pri tem ne smemo pozabiti, da Zdravniška zbornica Slovenije ni edina, ki izvaja nadzor nad delom zdravnikov.

Upam, da sem v svojem članku uspel prikazati bistvene dejavnike, ki tvorijo celoto poklicne dejavnosti ter jih prenesel na primer zdravnika, kot prototip strokovnega poklica. Prav tako upam, da sem uspel opozoriti na nekaj težav, s katerimi se srečujem pri svojem delu, kot pravnik na Zdravniški zbornici Slovenije ter tudi nakazal nekaj rešitev, ki so po mojem mnenju primerne za rešitev težav, s katerimi se srečujejo zdravniki in bolniki. ■

1. Ernest Greenwood; *Attributes of Profession*, str. 207-218, v knjigi: Nosow & Form: *Man, Work and Society*, New York, Basic Books 1962.

2. M. R. Haug Sussman: *Professional Autonomy and the Revolt of Clients*, *Social Problems* 17, 1969, str. 133-161.

Literatura:

- Veljko Rus: *Sociološki problemi managementa*, teksti I. in II. del, Ljubljana 2001/02

- Ernest Greenwood; *Attributes of Profession*, str. 207 - 218, v knjigi: Nosow & Form: *Man, Work and Society*, New York, Basic Books 1962.

- G. E. Gyarmati: *The Doctrine of the Professions, Basis of a Power Structure*, 8. kongres ISA, Toronto, 1974.

- M. R. Haug Sussman: *Professional Autonomy and the Revolt of Clients*, *Social Problems* 17, 1969, str. 133-161.

Ali je zdravnikov res premalo?

Marjan Fortuna

Šlo naj bi za 300 – 800 zdravnikov. Lahko na dolgo in široko razpravljamo, kako rešiti žgoč problem, čeprav se sam ne strinjam, da je zdravnikov premalo in se mi zdi tako govorjenje precej na pamet. Po podatkih Zdravniške zbornice z dne 1. 1. 2004 je registriranih 7.483 članov (od tega je 860 upokojenih). Seveda ta številka ne pove tistega, kar je bistveno, in to so aktivni v zdravniški službi. Teh je 4.217 zdravnikov in 1.258 zdravnikov zobne medicine. Splošnih zdravnikov in specialistov družinske medicine je 940. V to številko niso všteti pediatri in drugi specialisti na osnovni ravni in če prištejemo še njih, je povprečje na enega zdravnika manjše. Seveda bi celotno število zdravnikov lahko razčlenili tudi naprej, vendar se že iz teh števil vidijo, da nas ni tako malo, le razporejeni smo morda napačno in neenakomerno. Razlogi za to so številni, tako da ni mogoča samo preprosta razlaga.

Najprej je treba reči, da je zdravniški poklic eden redkih, kjer je skoraj vsakomur zagotovljena služba. Na prvi pogled je pravzaprav nenavadno in nerazumljivo, da mlad človek, ko konča študij medicine, ni zainteresiran za delo na primer v Bohinju, čeprav ima zagotovljeno stanovanje in relativno dobre dohodke. Očitno tudi to ni zadostna spodbuda, da bi se mladi zdravniki odločali za delo v oddaljenih krajih. Razlogi za odklanjanje dela izven večjih središč so najbrž bolj zapleteni. Eden pomembnih razlogov je verjetno ta, da zdravnik v večji delovni skupini lažje uveljavi željo po dodatnem izobraževanju. V takem kolektivu in še blizu središča se njegova odsotnost pozna manj, medtem ko tam, kjer je zdravnikov malo, odsotnost enega pomeni večjo obremenitev drugih, ki so že tako ali tako (pre)obremenjeni, saj je treba na terenu praktično neprekinjeno delati in časa ter energije za dodatno izobraževanje preprosto zmanjka.

V času letnih dopustov je lažje organizirati delo, če je kolektiv velik, saj posameznikova obremenitev ni toliko večja kakor v manjšem kolektivu. V manjših, zlasti turističnih krajih se obremenitev v času letnih dopustov še poveča, ob tem, da je tudi število zdravnikov manjše. Pri tem pa ni nepomembno dejstvo, da je odgovornost, ko je zdravnik sam in se ne more posvetovati z bolj izkušenimi kolegi, bistveno večja in bolj stresna.

V manjših krajih je (to vem iz lastnih izkušenj) tudi obremenitev v prostem času praktično neizogibna, ko se ljudje stalno, tudi izven ordinacijskega časa, obračajo na zdravnika in jih ne more kar preprosto odsloviti.

Naslednja težava nastane takrat, ko morajo šoloobvezni otroci zapustiti domači kraj in ob že tako okrnjenem družinskem življenju, postane to še težje.

Morda se zdijo ti razlogi preveč prozaični, vendar menim, da odražajo mnenje večine.

Nenazadnje pa, če to priznamo ali ne, izvirajo mladi zdravniki iz bolj premožnih družin in jim osebni dohodek in druge ugodnosti na obrobju niso zadosten motiv za delo izven večjih krajev, ker jim tega preprosto ni treba.

Ne smemo zanemariti niti dejstva, da mnogo zdravnikov beži v druge dokaj dobro plačane upravne administrativne službe, kjer je neposredna odgovornost bistveno manjša, pa še nočnega, nedeljskega in prazničnega dela nimajo.

Če pa že sprejememo razlago, da je zdravnikov premalo, moramo pogledati vzroke, zakaj je to tako.

Eden glavnih razlogov je vsekakor omejen vpis na medicinsko fakulteto zadnjih nekaj desetletij. Država se je pač odločila, da je zaradi prevelikega zanimanja za študij medicine treba omejevati število vpisanih študentov. Morda je bilo v takratnem ekonomskem položaju to tudi nujno in smiselno, čas pa je pokazal, da je bila odločitev napačna in poznejše povečevanje števila vpisanih študentov ni sledilo potrebam.

Naslednji razlog, ki je pripeljal do pomanjkanja zdravnikov, je, da se je, skoraj sočasno s podaljšanjem študija s petih na šest let podaljšal tudi čas pripravništva z enega na dve leti, s čimer smo pridobili manj novih zdravnikov, kot bi jih sicer, to pa je v dveh letih okrog 300.

Naj mi pripadnice nežnejšega spola ne zamerijo, vendar menim, da je tudi feminizacija zdravniškega poklica, na fakulteto je vpisanih skoraj dve tretjini žensk, pripomogla k relativnemu pomanjkanju zdravnikov.

Z osamosvojitvijo je precej usahnil dotok zdravnikov iz drugih republik nekdanje skupne države. Sedaj jim relativno težki pogoji zelo omejujejo možnost za delo pri nas. Uvažanje tujih zdravnikov pri res deficitarnih specialnostih ali če so ti res dobri, je morda še sprejemljivo, če pa to velja tudi za osnovno zdravstvo ali najbolj privlačne specialnosti, kot so kirurgija, interna, pediatrija, je treba biti previden. Bolje je imeti manj dobrih zdravnikov kot veliko slabih.

Pri zaposlovanju novih zdravnikov se je treba zavedati tudi posrednih stroškov, ki so veliko večji, kot je bruto plača. Torej je zaposlovanje novih, tujih zdravnikov najdražja rešitev. Mnogo težav bi lahko rešili z boljšim plačevanjem in pogodbenim delom domačih.

Pred leti sem delal v manjši bolnišnici, ki je hkrati zaposlila sedem zdravnikov iz ene od bivših jugoslovanskih republik. Bili so sicer dobri zdravniki, toda po končani specializaciji so vsi odšli, kljub temu da so imeli tudi stanovanje in razmeroma dobro plačo. Ustanova je vanje vložila veliko, dobila je zelo malo. Verjamem, da je bilo tako tudi drugje, kjer so bile naše zdravstvene ustanove le odskočna deska za odhod domov ali v tujino. Le nekateri, ki so prišli v kako večjo bolnišnico, so ostali in ti so danes odlični zdravniki in celo predstojniki. Vsekakor torej ne moremo posploševati. Treba je najti tak način, ki bo vzpodbujal mlade zdravnike (tudi tujce), da bodo ostali čim dlje, ker je pogosta menjava zdravnikov lahko zelo škodljiva ali celo nevarna in draga.

Da se vrnem na začetek. Menim, da je doma vzgojenih zdravnikov dovolj, le vzpodbuditi jih je treba na vse možne načine, mogoče tudi z davčnimi in drugimi olajšavami, ker je dokaj nespodbudno, če človek več dela in plačuje večji davek od dohodka, saj se potem preprosto ne spleča več delati. Nesporno ostaja dejstvo, da je ceneje dobro plačati obstoječe strokovnjake kot zaposlovati nove. ■

Nove razmere, nove priložnosti

Davorin Dajčman

Značilnosti modernega parlamentarizma

Glede na strankarske programe se je slovenska oblast po zadnjih volitvah nekoliko premaknila s trdne levice in potrebo po tem so nekateri družboslovci že dolgo poudarjali. Nihče od političnih predstavnikov novega zdravstvenega dela vlade sicer ni brez izkušenj v vladi, vendar je morala dosedanja večina v opozicijo.

Koliko je bila prejšnja oblika vlade že na desni in koliko bo tokratna segala na levo, bo pokazal čas, kajti zgolj na zgodovinskih nazorih sloneči politični programi so v sodobni državni ureditvi drugotnega pomena in se vse bolj umikajo svetovnim zakonitostim kapitala in informacijske družbe. Politične stranke se zato vse bolj kažejo kot nekakšne vplivne skupine, ki javno zagovarjajo eno od temeljnih političnih opredelitev, sicer pa poskušajo z izbranimi ljudmi na ključnih položajih znotraj državne uprave, lokalne samouprave, večjih delniških družb, finančnih ustanov in za državo pomembnih družbenih področjih, kamor sodijo pedagoške, raziskovalne in kulturne ustanove, imeti ključno vlogo pri upravljanju. Javna nasprotovanja med zagovorniki različnih stališč so povsem običajni sestavni del politične kulture, bolj prikrita je osnova političnega boja, to je spopad za prevzem oblasti nad kapitalom in državo. V javnem nastopu si poiščejo primerno nišo in posledično preučijo, koga in na kak način bodo pridobili na svojo stran. Da bi pridobili čim večje število volivcev, so nastopi politikov splošni, izmikajo se dejstvom, še bolj posameznim ljudem, obračajo se k širokemu krogu ljudi s splošnimi obljubami. Tako se temeljna prepričanja strank odmikajo od trenutnih perečih vprašanj, posvečajo se predvsem osebnemu slogu svojih predstavnikov in razlike med njimi postajajo vse bolj nepolitične. Ob tem se državljani znajdejo v loncu, kjer so na eni strani zmešane nejasne (večinoma zelo osebne in pristranske) predstave o političnih programih in na drugi strani izoblikovane podobe strankarskih junakov in njihovih obljub. Za vse so značilni zametki neoliberalizma, nadpolitičnega skupnega cilja dandanašnjih političnih strank ne glede na osnovni politični program. Prevzem nadzora nad kapitalom tudi Slovenijo postopoma preoblikuje v sodobno državo, v kateri ima največjo moč kapital, boj za upravljanje z njim pa je osrednje gonilo političnega delovanja. Sodobne demokracije ne slonijo na klasični podobi lastnine in oblasti, ki je v rokah le enega jasno opredeljenega družbenega sloja, ampak je spopad zanju odprt, pri čemer se med političnimi in kapitalskimi dejavniki nenehno prelivajo želje po ohranjanju moči. Seveda je ironična in nestvarna misel, da je zaradi tega "oblast" zgolj pokvarjena in podkupljiva, kajti sodobna politična tekma je pravzaprav povzpetniški boj med različnimi posamezniki ali skupinami v mejah pravil in sprejemljivosti in drugače sploh ne more biti. Medijske troblje iz tega uspešno ustvarjajo splošno nezanimanje in nasprotovanje splošne javnosti ter na ta način ohranjajo razmere, kakršne so. Današnja javnost se zato utrjuje v "vednosti", da vsakdo ob obljubah skrivaj drži figo v žepu in lahko vsak čas skrivaj vse to prestopi, izigra, zaobide, zlorabi. In javnost o tem dnevno prepričujejo množični mediji z obveščanjem o vsakršnih podkupovalnih aferah, škandalih, prekrških, najbolj zanimivi so "najboljši", to so nosilci državne oblasti in javni delavci. S tem se utrjuje globok sum in nezaupanje do vsega, kar je povezano z vodenjem države ali izvajanjem zakonodaje, pogosto pa

ne vpliva na zdravstvo v političnem, ampak javnem smislu.

V zorenju novodobne parlamentarne demokracije je za državo koristno, da so nosilci državne oblasti ne le ljudje z visoko stopnjo razvite vednosti in zavedanja o pomembnih državnih zadevah, narodu in današnjemu človeku, ne le ljudje z visoko razvitim umom in zmožnostjo oblikovanja lastnih načel in s tem zakonov in zakonodajnosti, ampak tudi ljudje z visoko stopnjo razsodnosti kot večšine uspešnega iskanja možnega pri izvajanju zakonov ter mnogoterih potrebah državljanov. Del takšne usmeritve nove vlade rešujejo z večanjem števila vladnih uslužbencev, ki imajo formalno zelo visoko strokovno izobrazbo (magisterij ali doktorat znanosti), s čemer je politično odločanje nekako skrito za navideznim strokovnim ravnanjem. Dobri in ustrezni nosilci državne oblasti za koristi državljanov danes nikakor ne morejo biti le strokovnjaki in učenjaki v današnjem navadnem (tehničnem) smislu, ne glede na posebnost njihovih strok. Zato je presenetljivo, da se strokovnjaki z znanstvenimi in raziskovalnimi izkušnjami v tolikšni meri odločajo za politične funkcije, kjer vladajo povsem drugačna pravila opazovanja, sporazumevanja in odločanja. Jasno je, da so strokovnjaki in učenjaki za mnoge posebne državne in nacionalne zadeve nujni, vendar le kot posebni svetovalci nosilcev državne oblasti – državnikov, saj so strokovnjaki praviloma ozko usmerjeni specialisti, in zato lahko daleč od "državniške modrosti". Kot že rečeno, stranke z omejenimi strankarskimi koristmi za prevzem in izvajanje oblasti, z demagogijo vsakršnih obljub, z medsebojnimi spopadi, volilno kampanjo in volitvami po sorazmernem načelu štetja glasov ustvarjajo skupine nosilcev oblasti za določena mandatna obdobja. Ni nujno, da so tako izbrani in izvoljeni nosilci državne oblasti, res tisti najboljši glede na prej orisane lastnosti. Številni dogodki na Slovenskem govorijo o tem, da brez "prave" politične usmeritve celo mednarodno priznано "strokovnjaštvo" ni dovolj za doseganje "velikih" ciljev. Dvom o tem, kdo naj torej vodi ožje usmerjena delovna področja, kot je ministrstvo za zdravje, je velik, vse dosedanje rešitve vključno s trenutno, pa so poskušale/poskušajo z vmesnim izhodom (minister je zdravnik z jasno politično pripadnostjo eni politični stranki).

Nekaj utrinkov političnosti v slovenskem zdravstvu

Zdravstvo je zaradi narave svojega položaja neposredno povezano z državnimi institucijami in zaradi tega nenehno pod vplivom danih političnih tokov oziroma ljudi, ki so demokratično izvoljeni v telesa zakonodajne (državni zbor) in izvršne oblasti (vlada). Tudi zato so vprašanja, o zdravju državljanov in mehanizmov zdravstvenega varstva na prvih mestih programov političnih strank, stanovskih organizacij in civilne družbe. Zelo hitro narašča povpraševanje državljanov po zdravstvenem varstvu, obenem pa se nenehno obnavljajo zahteve po pravični in hitrejši dostopnosti do zdravstvenih storitev, socialno ugodnem sistemu financiranja zdravstva, hitrejši dostopnosti do zdravstvenih storitev in njihovi večji kakovosti. Gre torej za ključna vprašanja ureditve zdravstvenega sistema v državi, ki se rešujejo predvsem s političnim soglasjem, čeprav

si zdravniki kot javni delavci prizadevamo za splošno javno soglasje, njegova zanesljivost pa naj ne bi bila nenehno odvisna od smeri političnih vetrov. Preko ministrskega področja za zdravje je naša dejavnost neposredno vpeta v trenutna politična razmerja in tako zrcali stališča in prepričanja tistih, ki so v danem mandatu odgovorni za oblikovanje vladne zdravstvene politike in reform. Na tem področju je po zadnjih državnoborskih volitvah v Sloveniji prišlo do občutne spremembe, saj je prišlo do zamenjave med dosedanja "politizdravstveno" opozicijo (Bručan) in "politizdravstveno" pozicijo oziroma vladavino (Keber). Zgolj za ponazoritev politične razdeljenosti citiram nekaj zadnjih predvolilnih izjav obeh "zdravnikov-politikov".

Andrej Bručan (junij 2004): *"Analiza zdravstva v zadnjih štirih letih je pokazala, da sta temeljna problema odsotnost celovite zdravstvene politike in destabilizacija finančnega sistema zdravstva. Nastanek teh problemov je posledica krize vodenja, ki se kaže v zadnjih štirih letih. Razvidno je pomanjkanje vizije razvoja zdravstvene dejavnosti, ki ustvarja vse večje nezadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev, nezaupanje v izvajalce zdravstva in s tem povezano tudi neupravičeno zmanjšuje ugled zdravstvenih delavcev. /.../ Obstajajo številni nakopičeni problemi, slabosti in pomanjkljivosti, s katerimi se vsakodnevno srečujejo zavarovane osebe, zdravniki in drugi zdravstveni delavci. Sistem zdravstvenega varstva zato zahteva sprejetje ustreznih strategij za izvedbo postopnih reformnih procesov, ki jih bomo uveljavili predvsem s spremembami oz. novo zdravstveno zakonodajo. Hkrati bomo oblikovali izobraževalne programe za management, zdravstvene delavce in prebivalce. Vse to naj bi omogočilo ponovno zaupanje v zdravstveni sistem in njegove vrednote."*

Vir: Spletna stran Odbora za zdravstvo SDS.

Dušan Keber (avgust 2004): *"Opozicija se zaveda, da prevladujoči del javnosti podpira solidarnost v financiranju zdravstvenega varstva in pravično dostopnost do vseh potrebnih zdravstvenih storitev, zato svoje namene ne artikulira odkrito, temveč zgolj v obliki podtikanj, da je za današnje slabosti kriv neučinkovit javni sistem. Pri tej taktiki se zgleduje po vseh tistih državah, kjer so v preteklosti skušali povečati obseg zasebnega financiranja in zasebne ponudbe tako, da so državljanom javni sistem prikazovali kot neučinkovit. Povsod se je izkazalo, da taka strategija vodi k strmemu povečanju stroškov državljanov za zdravstveno varstvo, ki gredo v dobičke lastnikov, in zmanjšanju kakovosti storitev. Predvsem pa taka strategija ustvarja državljane prvega in drugega reda: take, ki so jim dostopne samo najnujnejše storitve, in tiste, ki so jim z zasebnim plačilom dosegljive vse obstoječe storitve. Kljub vsej demagogiji, ki spremlja propagiranje povečevanja zasebnega financiranja zdravstva, je edini nesporni interes, da se del orjaških sredstev za zdravstveno varstvo pretopi v dobiček zasebnih akterjev v zdravstvu."*

Vir: Spletna stran LDS.

Zelo spretna stališča političnih nasprotnikov, polna kritike in očitkov v duhu političnih soočenj. Nesporno neobhoden del sodobne demokracije, v kateri morajo stanovske organizacije odigrati nepristransko strokovno vlogo. Predvsem zaradi nazorne nezrelosti politikov, novinarjev in "strokovnjakov" pri premagovanju pravil (pogosto beremo kar "tehnologije") parlamentarizma, saj so samo vladanje v tehničnem smislu nekateri kar dobro osvojili in izbrabili. Neodvisna strokovna analiza zanesljivo ne more ene možnosti povsem zavreči, medtem ko drugo kuje v zvezde. Ne glede na to splošno ugotovitev, se lahko spomnimo, da minule politike ministrstva in njegove zdravstvene reforme nismo preveč vzljubili.

Možnosti za prihodnost

V postopku sprejemanja nove zdravstvene zakonodaje lahko pomembno vlogo odigra pripravljenost ministrstva za pogovor s strokovnimi in stanovskimi organizacijami, kar v čim večji meri pričakujemo od nove garniture. Ne glede na dejstvo, da v strokovnih krogih zdravstvena reforma ni bila sprejeta z odobravanjem in da v takšni obliki nova zakonodaja ne bo sprejeta, saj so se razmere znatno spremenile na ministrstvu in v državnem zboru, si ne smemo oddahniti že vnaprej, dokler ne spoznamo delovanja novih državnih uradnikov na področju za zdravje. Ker imamo na ministrski in zbornični strani nove ljudi, se odpira novo obdobje na obeh straneh, še posebej pri uradnih in javnih nastopih. Znano pozitivno delovanje minulih predstavnikov zbornice in kritična stališča do predlagane zdravstvene reforme prejšnjega ministrstva so lahko dobro vodilo novemu usklajevanju pri nadaljevanju politike Zdravniške zbornice Slovenije in prenovi stališč ter načina sporazumevanja na Ministrstvu za zdravje. Želimo si, da bi novi ljudje na ministrstvu iz svojega opozicijskega delovanja ohranili s stanovskimi organizacijami sorodna stališča in v novih razmerah krepili dvostranske razprave o prepotrebni prenovi zdravstvenega sistema v Sloveniji. Zavedati se moramo, da stanovske organizacije niso politične stranke in tako ne morejo delovati kot državotvorne institucije ter predlagati ali sprejemati zakonov, vendar pa lahko s svojimi nepolitičnimi strokovnimi stališči veliko pripomorejo k oblikovanju jasnih smernic. Vsesplošno nacionalno soglasje o najprimernejši obliki prenove zdravstva brez političnega soglasja ni možno, zanesljivo pa je možna jasna preslikava razmer na področju naše dejavnosti, katere zakonitosti ni težko razumeti ne glede na izrazitost pripadnosti določeni politični smeri. Zato sem prepričan, da lahko najboljše rezultate pričakujemo od javnega pogovora med političnimi in nepolitičnimi predstavniki. Huda politična delitev stališč, ki jo lahko zasledimo v zgornjih citatih, že sama po sebi nakazuje spreminjanje zdravstvenega sistema po političnem barometru, kar ne more botrovati trdnemu sistemu. Takšne delitve v političnem prostoru ni možno preseči, saj v njem veljajo vnaprej določena pravila delovanja, kjer opozicija mnenja vladne strani ne more sprejeti za svoje, kajti s tem se izgubi svoj smisel in obratno. Napetost, ki izhaja iz takega dvogovora, se lahko vsaj delno razelektri v obliki sodelovanja enih in drugih z izvenstrankarskimi organizacijami ter oblikovanjem trdnjših in politično manj obremenjenih stališč. Na tem mestu se tako ponovno postavlja vprašanje o morebitnem stanovskem ali nestanovskem izvoru ministra, ki je sicer predvsem politični funkcionar. Zaradi svojevrstnosti področja je sicer razumljivo, da ga zdravniki zmorejo voditi, predvsem zaradi dobrega poznavanja razmer in možnega razvijanja večstranskih stikov z vsemi udeleženi. Od zdravnika ministra lahko pričakujemo vnaprej razumljiva lastna strokovna mnenja, kar lahko omili zgolj politično presojo. Če pa s političnega vidika preučimo njihovo delovanje, se vsiljuje vprašanje o dejanskem razmerju med njihovim političnim in strokovnim ravnanjem. V tradicionalnih parlamentarnih demokracijah že opazimo pojav t. i. "nestrokovnega" vodenja ožje usmerjenih področij, predvsem zaradi zmanjšanja ministrovih vnaprejšnjih strokovnih predsodkov v postopku političnega usklajevanja mnenj. Pri nas pa so ministri bili in bodo ostali zdravniki, člani stanovskih organizacij, ter večinoma večši upravljalci zdravstvenih zavodov. Zaradi tega bi izdelani predlogi civilne družbe in stanovskih organizacij v prihodnosti morali s svojim delovanjem dobiti večjo veljavo, pri čemer bi jih ministrstvo zanesljivo državotvorno preučilo ter predložilo v razpravo državnemu zboru. Ne moremo pričakovati takšne razprave, kjer bi minister za zdravje predloge zakonodajnih sprememb na področju zdravstva ponujal v razpravo zgolj na podlagi nepolitičnih (strokovnih) stališč, vendar pa bi že samo dejstvo, da so zgodnja pripravljala posvetovanja

potekala v najširšem krogu zdravstvene javnosti, lahko pripomoglo k političnemu združevanju mnenj. V nasprotnem primeru bo razprava, četudi jo bodo vodili predstavniki iz zdravniških vrst, ostala predvsem politična in zato bodo njeni izsledki dolgoročno manj trdni. Če ob slednji misli parafraziram "spotakljivost" bivše vladne stranke pri odločanju o morebitnem koalicijskem združevanju s "spravljivimi" zmagovalci na zadnjih volitvah, bi se lahko zgodilo, da bi se zgoraj navedena predvolilna mnenja zdravnikov politikov znašla na isti, to je vladni strani. Ker bi do tega lahko prišlo zaradi političnih potreb obeh strani, kar se na srečo ni zgodilo, čeprav prilagajanje novim razmeram v politiki včasih presega okvire razumljive logike, smo lahko prepričani, da se nekateri med njimi morda sploh ne zavedajo, koliko "naključne" politične zrelosti so pokazali pri tem oboji. V zadnjem času v strokovnih in izvenstrokovnih krogih pogosto srečujemo razprave o omajanem ugledu slovenskega zdravstva, ki jih lahko preseže le nepolitična razprava, ki njuno zahteva

spremembo osnovnih izhodišč današnjega izrazito političnega mišljenja in javnega ravnanja. Razsežnosti takega prehoda si v političnem prostoru še zdaleč ne predstavljamo ustrezno, še manj so jasne in sprejete, zato žal ostajajo zastrte z zakonitostmi mladostnega političnega ravnanja na Slovenskem, kar posledično povečuje nevarnost, da splošnega soglasja o sprejemljivi prenovi zdravstva ne bomo dočakali hitro. Z novimi ljudmi se tako odpirajo nove možnosti, od njihovega ravnanja pa je odvisen ugled slovenskega zdravstva in sprejem vsem "prijazne" zdravstvene zakonodaje. Morda lahko zdravniki s pravo mero "svežega" posluha na ministrstvu za zdravje, ki bo temeljil na opozicijskih izkušnjah vživljanja v politično in strokovno nasprotnost. Lahko uveljavimo drugačno pot do ustvarjalne javne razprave, ki bo podprta z mnenji civilne družbe in stanov, ko se bo ponovno odprlo vprašanje prenove zdravstva v državnem zboru. Priložnost je velika! ■

Pomisleki ob zakonu o sistemu plač

Tomaž Rott

Mnogi vedo, da se pripravlja uvajanje novih plačnih razredov oziroma plačnega sistema državnih uslužbencev na osnovi **Zakona o sistemu plač v javnem sektorju**, vendar ga sploh ne poznajo in se ne zavedajo, kakšne so lahko njegove posledice. Le redki so morda seznanjeni s podrobnostmi še posebno zanimivega "predloga ključnih horizontalnih uskladiitev".

Če bi bil namen tega sistema urejanje neusklajenih razmerij pri izplačevanju plač za enakovredne izobrazbene ravni in drugo, ne glede na kraj zaposlitve ali položaj na delovnem mestu, potem bi bilo potrebno zakon z odprtimi rokami pozdraviti in sprejeti.

Žal je omenjeni zakon precej splošen, podrobnosti, ki so pomembne za uvrstitev posameznika v določen plačni razred, pa niso povsem razumljivo in dovolj natančno opredeljene. Med merili je na prvem mestu "zahtevnost delovnih nalog oziroma pogojev za pridobitev naziva" (!?), šele nato je "zahtevana usposobljenost (zahtevana strokovna izobrazba, potrebna dodatna znanja in izkušnje)", ki jim sledijo "odgovornost in pooblastila, psihofizični in umski napori ter vplivi okolja". Tako oblikovana merila se seveda da zelo izrabljati.

Pri nas se predlogi oziroma končne oblike dokumentov tega razporejanja uslužbencev skrivajo iz nerazumljivih razlogov v ožjem krogu (kako se pri tem upoštevajo kolektivne pogodbe, kot zahteva zakon). Upam, da ni tako skrivanje zaradi strahu, da je novi sistem nedodelan, nenačeljen in nelogičen, vodoravno in navpično razporejanje v plačne razrede pa morda preveč prepuščeno različnim pristranskim razlagam, saj je v zakonu veliko praznine in splošnih določb brez jasnih odgovorov. Čudim se, zakaj je tako malo odziva na nove plačne razrede, saj očitno niso v skladu z nekaterimi opredeljenimi stališči. O izenačevanju nagrajevanja oziroma plačevanja poklicev, ki zahtevajo isto, na primer univerzitetno ali visoko izobrazbo, ni govora.

Če pogledamo predlog vodoravnih uvrstitev, ki zajema 65 plačnih razredov, vidimo, da so v samem vrhu funkcionarji izvršilne (v plačnih razredih od 65. do 52.), zakonodajne (od 65. do 53. razreda) oblasti in funkcionarji v drugih državnih organih (od 65. do 37. razreda). Razumljivo naj bi bilo, da je potrebno te naporene poklice dobro plačati (!).

Tik pod vrhom so funkcionarji sodne oblasti (od 62. do 37. razreda), ravnatelji, direktorji in tajniki (od 62. do 29. razreda), funkcionarji v lokalnih skupnostih (od 59. do 32. razreda).

Če pustim vnevar skrb za te poklice, me zanima ta predvsem zdravstvo in šolstvo.

Najvišje izhodišče zdravstva (od 55. do 26. razreda) **in visokega šolstva** (od 55. do 18. razreda) je **izenačeno** z uradniki v drugih državnih organih (od 55. do 12. razreda), državni in sodni upravi in **upravah lokalnih skupnosti** (od 55. do 6. razreda)!

Že iz navedenega je razvidno, da zdravniki ne bodo izenačeni s sodniki, da raje ne govorim, kje bodo pristali univerzitetni profesorji, posebej v primerjavi z uradniki v upravah lokalnih skupnosti! Očitno je za upravne oziroma funkcionarske poklice dobro poskrbljeno.

Zanimive so neuradne primerjave med zdravniki in visokošolskimi učitelji.

Zdravnik začetnik (nejasno definirano – stažist?, sekundarij?, specializant?) naj bi imel enak dohodek kot asistent na fakulteti. **Zdravnik specialist s 15-letnim stažem** pa naj bi bil **izenačen z univerzitetnim profesorjem**.

Kaj bo to pomenilo za pedagoške poklice, ni potrebno omenjati. Vsak mlad zdravnik bo raje ostal v osnovnem zdravstvu ali na kliniki, cenjen med bolniki, spoštovan med kolegi in drugimi. Le kaj bi v tem primeru vodilo mladega diplomanta k pedagoškemu delu: donkihотовsko lovljenje točk in vseh drugih sproti spreminjajočih in čedalje zahtevnejših, včasih tudi nedosledno uveljavljenih pogojev za (prenove) izvolitve? Znanstveno delo? Verjetno ne, saj ga lahko vsaj deloma opravlja tudi kot nepedagoški delavec na kliniki. Bojim se, da bodo v takem primeru postajala **pedagoška mesta namesto odličnosti mesto negativne selekcije** – tisti, ki ne bi dobili zaželenih mest na kliniki, drugih javnih ali zasebnih zdravstvenih ustanovah, bodo morda izbrali pedagoško pot. Tako, kot se je to dogajalo, sicer redkeje, tudi doslej. Če med plačnimi razmerji za enako izobrazbo res obstajajo taka razmerja, bo to prej ali slej za medicinsko fakulteto pogubno.

Vendar to ni edina težava, ki je povezana z novim zakonom. Omejil

se bom le na **pedagoške delavce na fakulteti**. Ti naj bi bili, ne glede na to, ali so zdravniki, biologi, kemiki itd. plačani **iz sredstev ministrstva za šolstvo** (zdravniki v zdravstvenih ustanovah pa iz sredstev ministrstva za zdravje).

Nekateri asistenti in učitelji na Medicinski fakulteti moramo za svojo usposobljenost opraviti tudi **petletno strokovno specializacijo** (predvsem patologi in sodni medicinci, včasih tudi mikrobiologi), ki jo **zahteva zdravstvena zakonodaja**. Če hočemo opraviti specializacijo, **moramo strokovno delati**, da se seznamimo s potrebnimi sodobnimi načeli, diagnostičnimi, metodološkimi in drugimi vprašanji v strokovnem, raziskovalnem in znanstvenem delu. Šele dobro strokovno in uspešno raziskovalno delo omogočata verodostojno pedagoško delo.

Za strokovno delo je **potrebno pridobiti tudi licenco Zdravniške zbornice**, ki jo moramo obnavljati z **nenehnim teoretičnim in praktičnim izobraževanjem**. Zaradi strokovnega dela smo poleg etičnih zahtev tudi **moralno in kazensko odgovorni**, kot vsak zdravnik v stiku z bolnikom, vsak zdravnik specialist. Tega gotovo ni na inštitutih, ki nimajo specializacije, ne potrebujejo licence zdravniške zbornice in kjer so v večji meri zaposleni nezdravniki.

Žal "novi pedagoški dinar, tolar ali eu(v)ro" iz sredstev ministrstva za šolstvo ne upošteva potrebnih specializacij, ne upošteva tudi za pedagogiko nujnega strokovnega dela (makroskopsko diagnostiko, avtopsijske vaje, splošno in predvsem patologijo organskih sistemov s klinično-patološko korelacijo, programsko raznovrsten seminarski izbirništudij itd., itd., kar tudi zahteva sodobna pedagogika).

Teoretično bi bilo sicer res možno poučevati patologijo brez strokovnega dela, kot bi bilo teoretično lahko tudi vsak zdravnik (ali celo nezdravnik) učil interno medicino, kirurgijo in drugo, saj se vsakdo lahko nauči teorijo iz knjig in revij. Vendar so take domneve neresne.

Strokovno specializacijo, to pomembno in neizbežno posebnost določenih inštitutov na medicinski fakulteti (poleg pedagoških in raziskovalnih obveznosti tudi vsakodnevno strokovno delo) vodstvo univerze ne razume, dovolj utemeljeno ga ne zagovarja vodstvo fakultete (kljub pomembnim finančnim posledicami), in zdi se, kot da ga ne morejo razumeti nekateri sodelavci (še posebno prevladujoči nezdravniški kadri na drugih enotah fakultete. Ob nerazumevanju in še nekaterih drugih njihovih pogledih se večkrat sprašujem, **kaj je osnovna naloga medicinske fakultete** – vzgoja, izobraževanje in oblikovanje uspešnih zdravnikov ali vzgoja raziskovalcev? Trenutni kadrovski položaj v zdravstvu kaže, da nam primanjkuje predvsem prvih.

Kakšne so **možne rešitve za vključitev nujno potrebnega strokovnega dela v pedagoški proces?**

Verjetno strokovno delo v patologiji za pedagoške delavce ne bo postalo zgolj zastojarski popoldanski hobi in še to zgolj v obsegu, ki je nujen za nemoten potek pedagoškega dela (redno obnavljanje mikroskopskih in makroskopskih zbirk – iz biopsijskega in avtopsijskega materiala). Samo zaradi tega osebno ne bi nikoli opravljal strokovne specializacije.

Kaj se bo dogajalo z ostalim strokovnim delom? Ali bo prešlo v roke nepedagoškim delavcem izven fakultetnih ustanov? Vrtičkarsko **drobljenje stroke po nekaterih kliničnih oziroma bolnišničnih oddelkih** se zdi trenutna cenena rešitev. Vendar ti gotovo ne morejo in ne bodo zmogli vedno zagotoviti kakovosti zaradi omejenih gmotnih možnosti. Poleg tega je lahko ozka strokovna usmeritev nevarna za bolnika. To že dokazuje stanje na nekaterih takih oddelkih (kadrovske težave, vprašanje posvetovanj, materialne težave pri nakupu opreme in materiala za sodobne raziskave, nesmotrno podvojevanje, potrojevanje zahtevnih preiskavnih metodologij, s strani uporabnika zahtevani neuresničljivi predpisi in podobno).

Ob nevzpodbudnem (slabo ali neplačnem?) opravljanju strokov-

nega dela se bojim za **z mnogimi leti težko pridobljeno strokovno kakovost**.

Vrhunsko ali vsaj po mednarodnih standardih ustrezno strokovno specialistično delo na področju patologije ni ogroženo le zaradi omenjenega **neupoštevanja in nepriznavanja v sistemu visokega šolstva, drobljenja stroke po kliničnih oddelkih**, ampak v zadnjem času tudi s strani nekaterih klinik **nekritičnega omejevanja preiskav**. In prav tragično je, da to zahtevajo isti ljudje, ki so v letih "sedmih debelih krav" spodbujali in celo zahtevali razvijanje posameznih subspecializacij z zahtevno tehnologijo.

Ob omejevanju strokovnega dela na patologiji, ne verjamem, da so se kliniki pripravljali odreči sodobnim preiskovalnim metodam in sodobnemu zdravljenju. Verjetno bomo morali vsi misliti na **mednarodno poenotenje in preverjanje naših ustanov**, tako Medicinske fakultete z inštituti in njihovimi laboratoriji kot tudi Kliničnega centra z vsemi podenotami, ali pa se bomo skupaj vrnili v kameno dobo.

Tu niti ne bi omenjal, kakšne težave lahko nastanejo tudi pri pridobivanju akademskih nazivov tako na fakulteti kot na klinikah. Še tako zanimive članke, ki so posredno ali neposredno povezani s patologijo, je brez sodobne tehnologije pri obdelavi gradiva že sedaj težko objaviti v kakovostnih revijah.

Ob vsem tem se odpira še kopica drugih vprašanj:

Zakaj in kje je zastalo preverjanje in ustanovitev **kliničnih inštitutov** (za patologijo, za sodno medicino in drugih), kjer bi lahko uskladili pedagoško delo in zdravstveno dejavnost? Komu so služili dobesedno kupi zahtevanih dokumentov?

Kaj bo ob nepriznanem neplačnem ali manj plačnem strokovnem delu z nepedagoškimi delavci? Bodo postali tehnološki višek? Kaj bo z velikimi naložbami v tehnološki park strokovnega dela? Zaradi pomanjkanja sredstev ga ne bo mogoče uporabiti niti v raziskovalne namene.

Kdo bo opravljal nepriznано in neplačano strokovno delo?

Če bodo nekateri plačani iz nepedagoških virov (katerih?), kakšni bodo kadrovski **premiki iz pedagoškega na nepedagoško področje?** Vem, da se bodo v tem primeru nekateri kakovostni pedagoški delavci povsem umaknili iz pedagoškega dela.

Ali bo postalo v statutu fakultete sicer sedaj (po dolgih letih prepričevanj) navedeno strokovno delo odmirajoča ali celo mrtva črka na papirju, ali bomo znova morali spreminjati statut fakultete, da ga bomo "uskladili" z novo plačno politiko?

Verjetno bo potrebno vendarle postaviti stvari na svoje mesto in sprejeti dejstvo, da vsaj na **nekaterih inštitutih Medicinske fakultete poteka vsakodnevna rutinska strokovna zdravstvena dejavnost** in ne le omejena v okviru raziskovalnih projektov.

Z ministrstvu za šolstvo in za zdravje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Kliničnim centrom, univerzo in drugimi bo potrebno določiti posebnost našega dela, ki ni le pedagoško, ampak zajema tudi "zdravstveno" dejavnost, tako kot delo zdravstvenih delavcev kjerkoli v zdravstvenih ustanovah, povezano s specifično usposobljenimi kadri. Tako se naj ne bi dogajalo, da direktorica področja zdravstvene analitike in ekonomike na Zavodu za zdravstveno zavarovanje, univ. dipl. ekon. Sladjana Jelisavčič, napiše, da "Medicinska fakulteta, kljub temu, da je s strani Ministrstva za zdravje pooblaščen izvajalec programa tipa V, ne more skleniti pogodbe z Zavodom in tako pridobivati sredstev za specializacije, ker ni del javne zdravstvene službe." Skratka, ob popolnem nerazumevanju težav in nepoznavanju dejanskega stanja vladata popolna zmeda in neusklajenost.

Mar lahko pričakujemo dodatke za mentorstvo strokovne specializacije iz sredstev za šolstvo? Verjetno ne.

Bomo **mentorstva za specializacijo iz patologije in drugih strok, ki imajo vključeno patologijo** (ki edino nam po logiki ZZZS ne mo-

rejo biti plačana) morali prepustiti obrobni bolnicam, kljub temu da za določena področja gotovo nimajo ne materialnih osnov (ustrezne diagnostike, ustreznega števila biopsij), niti usposobljenih kadrov in še česa. Ali pa bi znova radi afere z na primer usodnimi napačnimi diagnozami histoloških preiskav?

Tudi če sodi študij medicine (predvsem zaradi pojma študij) pod okrilje šolstva, sodi medicina nedvomno tudi pod okrilje zdravstva.

Preko 30 let sem na Inštitutu za patologijo Medicinske fakultete in spremljam nekatera od navedenih vprašanj, vendar se osnovno vprašanje posebnega položaja nekaterih inštitutov MF ni razrešilo. Patologija je "kraljica medicine" in tako gotovo povezana z zdravstvom. Žal jo

imajo nekateri za desetnico, kar med drugim dokazuje tudi navedeni dopis. Celotno med nekaterimi zdravstvenimi delavci, farmacevti in tudi zdravniki, še ostaja mnenje, da opravljamo patologi "zaključna dela" v zdravstvu (pa še ta si sedaj lastijo pogrebniški). Ne zavedajo pa se, da z našo biopsijsko dejavnostjo sodimo kar v "začetna dela".

Pri razreševanju navedenih težav bi morali hkrati sodelovati vsi, ki jih problematika zadeva, da bi vendarle prišli enkrat do usklajenih rešitev.

Ob uvajanju novih plačnih razredov se odpira vrsta novih vprašanj in zaostrujejo stara. Žal le nekaj navedenega ne zajema vsega.

Verjetno ne moremo le stati ob strani in upati: Bo že kako.... ■

OBLETNICE

50. obletnica Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj

Irena Grmek Košnik, Marija Ješe

Letošnji mesec november je bil za zaposlene v Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj še posebej prazničen, saj smo v tem mesecu praznovali 50. obletnico obstoja in delovanja.

Slovesnost smo imeli 25. novembra v dvorani Zavoda. Pozdrave, čestitke ter želje za uspešno nadaljnje delo so nam izrekli državna sekretarka iz Ministrstva za zdravje gospa Jožica Maučec Zakotnik, kranjski župan gospod Mohor Bogataj, direktor Inštituta za varovanje zdravja doc. dr. Andrej Marušič in tudi drugi poslovni partnerji ter kolegi.

Na svečanosti smo predstavili začetke in razvoj zavoda. Zavod, ki danes zaposluje 88 ljudi, ima dolgoletno tradicijo. Njegovi začetki segajo v prva leta po drugi svetovni vojni. Tedaj so v Sloveniji vladale izredne razmere. Povsod je primanjkovalo zdravstvenega osebja, sanitetnega materiala, zdravil. Hkrati so želeli zdravljenje približati in zagotoviti vsem ljudem. Zdravstvena služba ni prevzela le skrbi za bolne, pač pa tudi za

zdrave. Zasebne ordinacije so nadaljevale z delom, hkrati pa prevzele tudi nove naloge do ustanovitve javnih ambulant. Leta 1948 se je začela razvijati javna zdravstvena služba. Iz ambulant in sanitetnih postaj so nastali okrajni zdravstveni centri oziroma zdravstveni domovi. Na Gorenjskem sta bila leta 1953 ustanovljena okrajna zdravstvena domova v Kranju in v Radovljici. V sestavi Zdravstvenega doma Kranj sta bili ustanovljeni Okrajna higienska postaja in zdravstveno-statistična služba.

29. 12. 1954 je bil ustanovljen samostojen Okrajni higienski zavod. Tudi okrajna in občinska inšpekcija sta bili v letih 1957 do 1961 sestavni del Zavoda.

V letih 1960 do 1968 je v Zavodu delovala ambulanta za poklicne bolezni. Služba medicine dela na Gorenjskem je bila pomembna tako na republiški kot zvezni ravni. Pozneje je nova zakonodaja odvzela medicino dela zavodom in jo priključila k zdravstvenim domovom.

Leta 1960 se je Zavod preselil iz Primskovega v del lesene barake



Poslovna zgradba je bila zgrajena leta 1982.



Zavod je posloval v tej zgradbi od leta 1960 do leta 1982.



Direktorica Zavoda mag. Irena Grmek Košnik pozdravlja župana mesta Kranj gospoda Mohorja Bogataja.

ob novem zdravstvenem domu. Na novi lokaciji se je razvil higiensko-bakteriološki laboratorij in sero-bakteriološki laboratorij. Varstvo okolja in ekološke meritve so vse bolj pridobivale na pomenu in se razvile v samostojna poročila.

Zavod za zdravstveno varstvo Kranj je postal strokovno zelo močna ustanova, ki je bila po svoji organizaciji kot tudi po strokovnih izsledkih vzorčni model zavodom za zdravstveno varstvo v Sloveniji. S svojim strokovnim delom je Zavod vplival tudi na zakonodajo na zvezni ravni (priznanje poklicne bolezni mesarjem po okužbi s salmonelami, fotokromatografija, ocena brisov na čistočo itd.). Zlasti pa je bil Zavod poznan po tesnem sodelovanju z ostalimi zdravstvenimi ustanovami in povezavi zdravljenja s preprečevanjem.

Na podlagi ustave iz leta 1974 in zakona o združenem delu iz leta 1976 so se leta 1977 delavci vseh ZD na Gorenjskem, Zobne poliklinike Kranj, obratne ambulate Železarne Jesenice in Zavoda za socialno medicino in higieno Kranj odločili za združitev v DO Osnovno zdravstvo Gorenjske. Leto kasneje so se vsi zdravstveni zavodi Gorenjske združili v Gorenjski zdravstveni center. Takšna organiziranost zdravstva ni bila več mogoča zaradi zakona o zavodih leta 1991, ko je bila odpravljena samoupravna organiziranost zdravstva. Zdravstveni domovi so postali javni zavodi, še vedno združeni v Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj pa je postal samostojen.



Državna sekretarka Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., poleg nje pa Mojca Gruntar Činč, dr. med.

Do leta 1982 je Zavod deloval v baraki, včasih pri 35 °C, pozimi v mrazu, ob stalni nevarnosti požara. Januarja 1982, ko je Zavod vodila Ana Kraker Starman, dr. med., so v Kranju prvi v Sloveniji namensko zgradili objekt za higiensko-epidemiološko dejavnost. Sodobni in prostorni laboratoriji, sejne sobe, velika predavalnica, prostori za epidemiološko ambulantno in DDD dejavnost, razstavniki in pisarne za referente so postali središče preventivnega dela Gorenjske.

Reorganizacije in spremembe imena so delno ovirale delo Zavoda. Okrajni higienski zavod se je leta 1960 preimenoval v Zavod za zdravstveno varstvo za Gorenjsko Kranj, leta 1973 v Zavod za socialno medicino in higieno, 29. decembra 1992 v Zavod za zdravstveno varstvo Kranj. Verjetno se bo ime v prihodnosti še spremenilo, ker je dokaj neprepoznavno in ga ljudje pogosto zamenjujejo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje.

Vodenje Zavoda je po Vladimirju Premrouju, dr. med., najprej prevzel Danilo Gomišek, dr. med., za njim Dušan Hrovat, dr. med., sledila je Sonja Mejak, dr. med., leta 1963 pa. prim. Ana Kraker Starman, dr. med., ki je bila direktorica Zavoda od leta 1963 do 1990. Zavod je nato do leta 2002 vodila Marija Seljak, dr. med.

Naslednji pomembni mejniki v delovanju Zavoda so še pridobitev certifikata ISO 9001/2000 konec leta 2000, bili smo eden prvih zdravstvenih zavodov v Sloveniji, pridobitev akreditacijske listine za izpolnjevanje zahtev standarda SIST EN ISO/IEC 17025 za področje hrupa, kemijskih analiz kmetijskih pridelkov in živilskih proizvodov ter kemijsko analizo vode decembra 2003.

Seveda bi mejnike še lahko naštevali, toda zaposleni smo usmerjeni predvsem v prihodnost.



Zala Košnik igra harfo in je hčerka direktorice Zavoda.



Direktorica Zavoda mag. Irena Grmek Košnik podeljuje Petričeva priznanja, v ozadju je povezovalka programa doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec.



Bivši direktorici ZZV Kranj prim. Ana Kraker Starman in Marija Seljak, dr. med., ter bivši sodelavci ZZV Kranj, ki so prejeli "Petričeva priznanja."

Tudi sedanja dejavnost Zavoda je preventivna, usmerjena v varovanje, krepitev in ohranjanje zdravja vseh prebivalcev Gorenjske.

V njem prebivalci in številne strokovne ustanove, kot so ambulate, bolnišnice, občine, komunalna podjetja, razni živilski in drugi obrati najdejo strokovnjaka in svetovalca za vprašanja o varovanju zdravja.

Zdravje ni pogojeno le z biološkimi dejavniki, temveč nanj vplivajo tudi življenjski slog posameznika ter dejavniki iz naravnega in bivalnega okolja. Naše zdravje je predvsem posledica stotine odločitev, ki jih vsak dan sprejemamo.

Že danes se je zato treba zavedati, da zdravje ni blago, ki ga je mogoče kupiti in ni nekaj, kar nam lahko s povečanjem sredstev za zdravstveno varstvo zagotovi državni zbor.

Zdravje je v prvi vrsti dobrina, odvisna od nas samih. Bolj kot žrtve bolezni smo namreč žrtve lastnega vedenja.

Na to skušamo vplivati z osveščanjem ljudi in vzgojo za zdrav način življenja, s spremljanjem zdravstvenega stanja prebivalcev, s spremljanjem in preprečevanjem širjenja nalezljivih bolezni, z analizami okoljskih dejavnikov ter s predlaganjem ukrepov za njihovo izboljšanje.

Ob tej priložnosti smo šestnajstim nekdanjim in sedanjim zaslužnim sodelavcem podelili Petričeva priznanja za najvidnejše strokovne ter organizacijske dosežke v preteklem obdobju. Priznanje so prejeli:



Lina Keršmanc igra na blokflavto.



Domen in Erik Gregorič igrata na violini.

Tomaž Ahlin, dr. med., Peter Anzelc, uni. dipl. org., Rudolf Balderman, Peter Belhar, dr. vet. med., Alice Kikel, dr. med., Jana Kolman, dr. med., prim. Ana Kraker Starman, dr. med., prof. dr. Anton Perdih, uni. dipl. kem., Apolonija Premrou, mag. farm., Vladimir Premrou, dr. med., Marija Seljak, dr. med., Majda Srebot Repinc, dr. med., Marija Šimenko Vodnjov, dr. med., prof. dr. Peter Tišler, dr. vet. med., Alma Vadjal, dr. med. in prim. mag. Mario Kocjančič, dr. med.

Ob zaključku svečanosti smo prikazali dokumentarni film, ki je imel tudi nekaj šaljivih vložkov in je bil tako pri naših dragih gostih, bivših sodelavcih in sedanjih zaposlenih lepo sprejet. Svečanost je potekala v prijetnem vzdušju, za katerega so poskrbeli tudi mladi glasbeniki z že kar umetniškimi nastopi. Vsi nastopajoči so bili otroci naših sodelavcev.

Prireditve nam je pomagala voditi doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, ki se ji ob tej priložnosti lepo zahvaljujemo. ■



Poleg direktorice Zavoda sedi direktor Inštituta za varovanje zdravja RS doc. dr. Andrej Marušič, dr. med.

Digitalna medicina

Verjeti ali ne verjeti podpisu, to je sedaj vprašanje

Peter Kadunc, Krištof Zevnik

Uvod

Klasičen način sporazumevanja med zdravniki je naporen, počasen in neobvladljiv. Pisna sporočila med osebnim zdravnikom in zdravnikom specialistom potujejo dolgo časa, so nezanesljiva, nečitljiva in pogosto pomanjkljiva. Zaradi prezasedenosti in različnih delovnih urnikov med zdravniki je telefonska komunikacija skoraj nemogoča in prav tako neprimerna. Zato zdravniki in zobozdravniki vse bolj uporabljajo elektronsko komunikacijo.

Pošiljanje izvidov, napotnic, rentgenskih slik, mnenj, delovnih diagnoz, kartotek po elektronski pošti omogoča terapevtu takojšen vpogled v bolnikovo anamnezo, njegov status in terapijo. S tem prihrani izbrani zdravnik čas, ustanova pa zmanjša nepotrebno podvajanje preiskav za potrditev delovne diagnoze.

Pri uporabi elektronske pošte se pojavljajo vprašanja o verodostojnosti in varnosti podatkov. Ta vprašanja so s povečano skrbjo javnosti za varovanje osebnih podatkov še toliko bolj pereča.

Elektronska kriptografija ponuja rešitve, ki lahko ob primerni uporabi zadosti vsem zahtevanim merilom. Kako?

Digitalni podpis je pojem, ki se počasi uveljavlja v našem vsakdanjem delu. To je pravzaprav elektronska različica lastnoročnega podpisa. Enako

kot lastnoročni podpis, ima tudi digitalni podpis lastnosti, ki omogočajo pristnost dokumentov. Na nekaterih področjih digitalni podpis celo prekaša lastnoročnega. Njegove lastnosti, poleg že omenjene, so:

- podpis enoznačno opredeli podpisnika;
- podpisa ni mogoče ponarediti;
- podpisa ni mogoče kopirati;
- podpisa ni mogoče zanikati (podpisnik ne more trditi, da ni podpisal določenega dokumenta)
- podpisanega dokumenta se ne da spremeniti – v tej lastnosti elektronski podpis prekaša pisnega. Vsaka sprememba v podpisanem dokumentu "zlomi pečat" in podpis ni več veljaven.

Za uporabo poznavanje celotnega načela delovanja digitalnih podpisov njihovo ni pomembno, vendar je dobro poznati nekatere osnovne zakonitosti. Z njihovo pojasnitvijo želimo slovenskega zdravnika in zobozdravnika opogumiti pri uporabi digitalnega podpisa.

Za digitalno podpisovanje vsak uporabnik potrebuje svoj **digitalni certifikat**. Certifikat je sestavljen iz:

- podatkov o lastniku certifikata (ime, priimek, elektronski naslov ...)
- podatkov o izdajatelju certifikata (organizacija, ki je certifikat izdala, ter njihovega glavnega certifikata)
- javnega ključa
- zasebnega ključa

Javni in zasebni ključ sta dejavnika, ki omogočata digitalno podpisovanje in enkripcijo dokumentov. Gre za nesočasno šifriranje (asinhrono enkripcijo), kjer zasebni ključ uporabljamo za kodiranje, javnega pa za dekodiranje dokumentov oziroma informacij.

Kako torej sistem deluje?

🔑 Zasebni ključ

Je ključ, ki ga ima samo imetnik certifikata. Gre za naključno tvorjen niz znakov, ki se uporabi v navodilu (algoritmu) za enkripcijo. **Zelo pomembno je, da je zasebni ključ primerno varovan!** Sistem pretvarjanja v prikrito obliko je varen samo toliko, kolikor so varovani zasebni ključi v njem. Zato se za shranjevanje zasebnih ključev vse bolj uporabljajo varni mediji – kartica s čipom je v tem pogledu najbolj varen način.

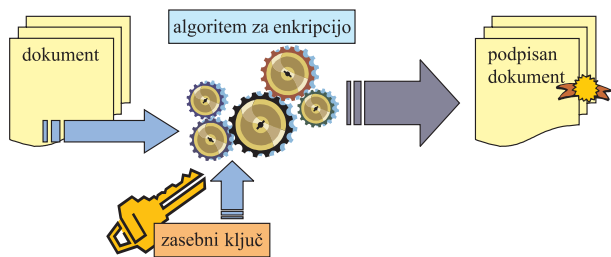
🔑 Javni ključ

Je ključ, ki ga potrebujejo tisti, ki preverjajo podpisane dokumente. Vsak zasebni ključ ima ustrezen javni ključ. Ob preverjanju digitalnega podpisa in dekodiranju elektronsko podpisanih dokumentov se ta ključ uporabi v navodilu za razreševanje (dekodiranje). Tako kot zasebni ključ je tudi ta pravzaprav niz znakov. Varnost pri tem ključu ni tako pomembna, saj z njim ni mogoče podpisati ali kodirati dokumentov. Javni ključi so navadno shranjeni v bankah javnih ključev, ki so dostopne vsem uporabnikom sistema.

Postopek podpisovanja in kodiranja je najlažje predstaviti na primerih:

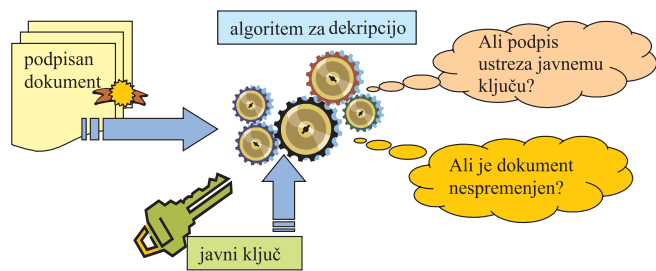


Podpisovanje dokumentov:



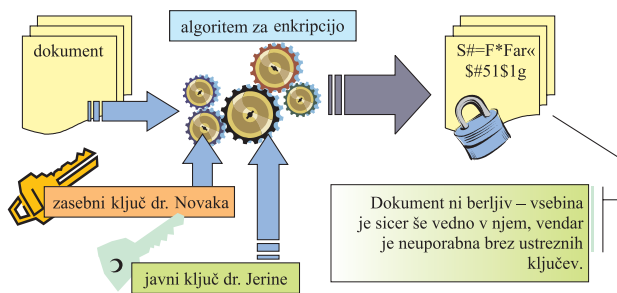
Algoritem za enkripcijo dokument zapečati in podpiše. Vsaka sprememba dokumenta ta pečat uniči, novega pečata pa brez zasebnega ključa ni moč izdelati.

Preverjanje podpisa:



Algoritmi, uporabljeni v podpisovanju, so znani in narejeni tako, da je zasebni ključ edini skriti del celotnega postopka. Ponarejanje podpisov je mogoče le, če ima ponarejevalec ustrezen zasebni ključ. Sicer ponarejanje ni mogoče in zahteva nepojmljivo visoke zmogljivosti računalnika.

Zaklepanje dokumentov:

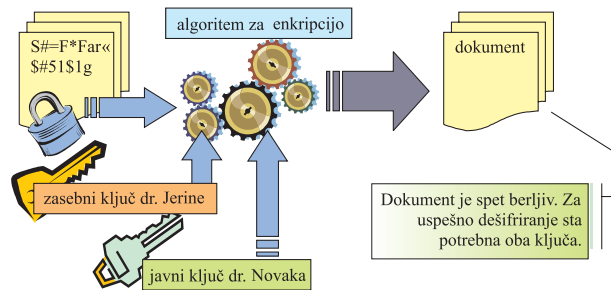


Dr. Novak je dokument zaklenil tako, da ga lahko bere samo dr. Jerina. Vsebina dokumenta je postala neberljiva in je ni mogoče odkleniti brez ustreznih ključev:

Odklepanje dokumentov:

Dokument je mogoče odkleniti samo z ustreznimi ključi. Brez ključev praktično ni mogoče videti vsebine dokumenta. Zaklenjeni dokument je mogoče hkrati tudi podpisati, kar zagotovi njegovo pristnost (preveri,

da je pošiljatelj res tisti, ki je podpisal dokument, in da dokument po zaklepanju ni bil spremenjen).



Podpisane in šifrirane dokumente lahko pošljamo po vseh javnih medijih, ki so na voljo (elektronska pošta, domače strani, zasebna omrežja, prenosni mediji – disketa, USB-pomnilniki ...). Podatki so varni in zaščiteni pred zlorabami.

Certifikatna agencija (CA)

Omenili smo že, da je zasebni ključ temeljni varnostni element nesočasnega šifriranja. Od njega so odvisne veljavnost digitalnega podpisa, varnost in prisotnost dokumentov. Zato je treba poskrbeti, da ima zasebni ključ res samo tista oseba, na katero je naslovljen. Za to poskrbi **certifikatna agencija (CA)**, (podobno vlogo pri overjanju dokumentov imajo notarji).

Naloga CA je podeljevanje certifikatov in preverjanje verodostojnosti oseb, ki jih uporabljajo. Preden CA podeli digitalni certifikat, preveri identiteto prosilca. Ukradene in izgubljene certifikate CA uvrsti na svojo listo neveljavnih certifikatov. CA tudi vzdržuje seznam vseh podeljenih certifikatov s pripadajočimi javnimi ključi.

Uporabniki certifikatov morajo CA zaupati, da certifikate podeljuje samo po teh pravilih. Zato je pomembno, da je CA organizacija, ki pri uporabnikih uživa določeno mero zaupanja. Le tako je uporabnik lahko prepričan, da so digitalni podpisi na dokumentih, ki jih prejema, prístni.

Uporaba

Sistem asinhronne enkripcije je dandanes vgrajen v večino programov za **elektronsko pošto**. Če imamo v računalniku nameščen svoj digitalni certifikat, lahko sporočila podpisujemo in zaklepamo s preprostim pritiskom na gumb. Preverjanje podpisov je samodejno, ob morebitnih neveljavnih podpisih pa nas računalnik opozori. Tudi odklepanje je samodejno, takojšnje in ne zahteva posega uporabnika.

Digitalni certifikati se uporabljajo tudi pri preverjanju dostopa do informacij na **spletnih straneh**. Ob vstopu na spletno stran, ki zahteva preverjanje uporabnikov s certifikati, računalnik uporabnika vpraša, kateri certifikat naj uporabi. Po izbiri certifikata se preverjanje opravi samodejno, podatki pa se na poti med strežnikom in uporabnikovim računalnikom šifrirajo, tako da jih ni mogoče presteči.

Navodilo za šifriranje je vgrajeno v vse novejšie različice operacijskega sistema Windows in tudi v druge operacijske sisteme. Tako lahko isti certifikat uporabljajo **vsi programi, ki zaklepajo in podpisujejo dokumente**. Algoritem je na voljo v obliki programskih knjižnic, ki omogočajo preprosto vključitev v obstoječe programe. ■

Kirurgija kot muzejska umetnost v Chicagu

Zvonka Zupanič Slavec

Pri nekaterih stvareh smo vsi ljudje pod soncem, ne glede na barvo kože, življenjsko filozofijo, debelino denarnice ali veroizpoved, skorajda enaki. Ko se vname slepič Indijancu ali Malajcu ali Bantujcu ali pa Slovencu, vsi potrebujejo kirurško pomoč. Tudi neoskrbljen kompliciran zlom ene izmed okončin bo slej ko prej pripeljal, če ne že do smrtnega izida zaradi krvavitve, pa vsaj do deformacije in zmanjšane funkcionalnosti uda. Če izključimo osnovnejše potrebe bolnika po kirurški oskrbi in zanemarimo mlajše "poganjke kirurškega drevesa", poleg plastične kirurgije ter različnih rekonstruktivnih zvrsti operativnih strok še vedno ostajajo pred nami smeri, ki imajo svoje odmaknjene začetke v pradavnini. Tako na primer urologija že od nekdaj obrezuje dečke in mlade moške, ponekod pa tudi deklice in najstniška dekleta ... Rokam



V predantiseptični dobi kirurgije so bile kljub številnim možnostim okužbe prav tako prisotne nesporne indikacije za nujno operativno pomoč. Podrobnost na sliki prikazuje odstranitev tumorja, velikega za otroško glavo (foto: Z. Zupanič Slavec)



Predstavitvena knjižnica najpomembnejših medicinskih knjig v zgodovini medicine je povezana z dvorano največjastnejših zdravnikov: Hipokrata, Galena, Avicenne ... Med ženskimi liki jih zastopa le odkriteljica radija in polonija, nobelovka Marie Curie Skłodowska (foto: Z. Zupanič Slavec)

kirurga težje dostopni deli telesa v lobanji, prsni in trebušni votlini so bili pozneje vključeni v kirurške posege. Le najhujša bolečina je zdravnike in kirurge davnih časov pripeljala do odpiranja teh skrivnostnih votlin človeškega telesa. Zaradi prostorske omejenosti in zato neznosnih bolečin, so kljub najtežji dostopnosti, ravno lobanjsko votlino odpirali že zelo zgodaj, v zgodovini.

Zelo specializirane vsebine, četudi mednarodne, le redko najdemo pot do muzejske predstavitve. Na svetu zato obstaja le malo specializiranih muzejev kirurške znanosti. Tovrstna umetnost pa je našla pot do ne le strokovne, ampak tudi širše javnosti v veličastni zdravniški palači mogočne čikaške avenije North Lake Shore Drive. Projektno postavljeni muzej hrani dragocene razstavne predmete, opisane v nadaljevanju, in opominja obiskovalce na dolgo in naporno pot razvoja kirurške stroke, ki jo danes mogočno podpira najrazličnejša prefinjena tehnologija, pa vendarle jo prvenstveno razvija ustvarjalni um posameznikov, ki iz rutine ustvarjajo umetnost.

S poti po muzeju

Muzej prikazuje bogato zbirko razstavnih predmetov, slik, ilustracij in skulptur z vsega sveta in predstavlja kirurgijo od primitivnih do modernih časov, od vzhodnih do zahodnih kultur.

Od leta 1952, ko so odprli vrata muzeja, se je v njem nabralo preko **7000 razstavnih predmetov**. Ti nas vodijo skozi zgodovino kirurgije od zgodnjih, navidez okrutnih in pogosto neuspešnih poskusov takšnega načina zdravljenja, do najnovejših revolucionarnih pristopov.

Med najstarejše razstavne predmete spadajo **4000 let stare trepanirane lobanje** z instrumenti za **trepanacijo**, ki so jih našli v starodavnih grobnicah v Peruju. Vrtanje v lobanjo – trepanacija – je ena od najsta-



Pred mogočno muzejsko stavbo v bližini čikaškega jezera mogočni kip kirurga z bolnikom obljublja upanje in pomoč

bno lastno zgodovino!

V muzeju so razstavljeni številni medicinski pripomočki, ki so edinstveni primerki svojega časa: **amputacijski instrumenti, prototipi stetoskopov, različnih mikroskopov ...** V obsežni zbirki **rentgenske opreme** opazujemo postopno izpopolnjevanje slikanja, ki ga je uvedel nobelovec Wilhelm Conrad Röntgen. V njegovem času se še niso zavedali škodljivosti rentgenskih žarkov, zato je sicer revolucionarno odkritje zahtevalo številne človeške žrtve. Na ogled so postavljene ročno izdelane rentgenske cevi in prva poročila o diagnostiki in zdravljenju s to metodo.

Ogledamo si lahko tudi **lekarno**, kakršno so poznali v Ameriki ob prelomu iz 19. v 20. stoletje. Police, polne starinskih posod, stekleničk in škatlic nam približajo vzdušje preteklega časa. Tako spoznavamo Schiffmannove cigarete, ki so jih priporočali za lajšanje bronhialnih težav, in Karnakov želodčni tonik, ki pa naj bi uravnaval prebavo. Na ogled so tudi **zelo stari recepti** in drugi farmacevtski priročniki.

V **muzejski knjižnici** so zbrane številne prve izdaje knjig, arhivsko gradivo, biografije in zapisi o razvoju medicine. Zbirka knjig je dragocena in obsega **nad 5000 enot**. Obiskovalci si jo lahko ogledajo v času uradnih ur, raziskovalci pa se lahko dogovorijo tudi za njihovo **študijsko uporabo**.

Muzej ima urejeno **dvorano nesmrtnih**, kjer se nahajajo kipi šte-

rejših operacij, ki so jih izvajali na ljudeh. Sprva so na tak način "izganjali zle duhove", pozneje pa zdravili različne bolezni, med drugim blaznost, epilepsijo in slepoto. Številni bolniki so trepanacijo preživeli, kar dokazujejo kostni kalusi.

Drugi razstavni predmeti v zbirki prikazujejo drugačne **primitivne poskuse zdravljenja**. Ogledamo si lahko lobanje prednikov, s katerimi so v Novi Gvineji izganjali zle duhove ter živobarvne drobce lobanj, ki so bili namenjeni odpravljanju različnih telesnih bolezni.

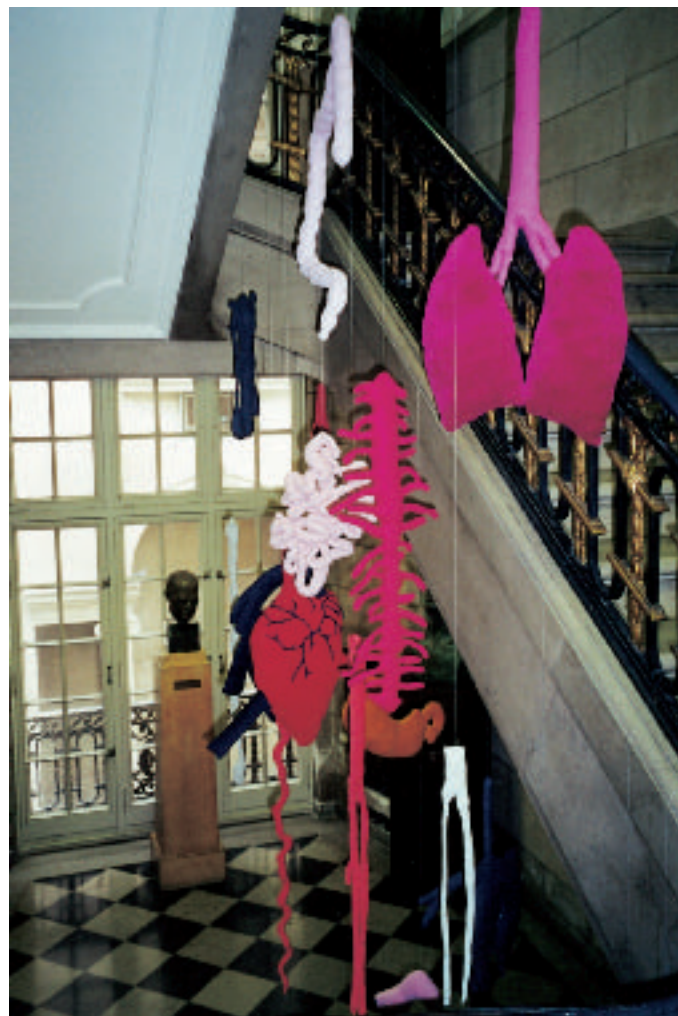
Z opazovanjem **kitajskih, indijskih in japonskih kirurških pripomočkov** in ilustracij lahko sledimo razvoju vzhodnjaške medicine z začetniki kirurgije, ki so pripomogli k postavitvi njenih temeljev.

V 16. stoletju se je z renesanso sprostil odnos do anatomske sekcije. **Vesalius** je porušil tabuje o sekciji in uveljavil spoznanja o anatomiji človeškega telesa. Iz istega obdobja izvira tudi model predavalnice – **theatrum anatomicum** – kakršno so imeli na univerzi v Padovi. Tam so predavanja potekala ob anatomske sekciji. Amerika se pač ne more pohvaliti s podo-

vilnih zgodovinskih osebnosti, ki so zaznamovale razvoj kirurgije in medicine nasploh, tako na primer znamenitega **egipčanskega** zdravnika **Imhotepa**, **grškega Hipokrata**, **rimskega Galena**, **francoskega** pionirja renesančne kirurgije **Paréja** in **belgijskega** anatomu **Vesaliusa**.

Evropejca preseneča skromna kadrovska zasedba muzeja: v eni osebi so združeni prodajalec vstopnic, vodnik po zbirki ter skrbnik za reklamna gradiva in množico drobnih potreb in želja obiskovalcev. Občasno prostovoljci – upokojeni kirurgi – vodijo po posameznih delih muzeja ali po vsej zbirki. Vstopnine pokrivajo le osebni dohodek vodnika, za druge izdatke ni ne kadrov ne sredstev. **Podobno bi lahko tudi slovensko zdravstvo projektno razstavilo svojo obsežno zbirko, nenačrtno zbirano od leta 1934**, ko so se začela predavanja o zgodovini medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. K sodelovanju bi po postavitvi **povabili prostovoljce: upokojene zdravnike, študente splošne in zobne medicine, višje medicinske sestre in druge osebe, ki jih zanima razvoj zdravstva**.

Foto: Zvonka Zupanič Slavec



Ob stopnišču iz blaga izdelani modeli organskih sistemov človeškega telesa nakazujejo, da kirurški muzej predstavlja zdravljenje obolelih organov s kirurškim nožem bolnih (foto: Z. Zupanič Slavec)

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 17. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 4. novembra 2004

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da bi razširili dnevni red in sicer bi pred točko razno dodali naslednje točke:

- Predlog spremembe Pravilnika o zdravniški tarifi;
 - Priprava predloga načrta dela za leto 2005;
 - Predlog, da bi gostili zasedanje UEMO spomladi 2006;
 - Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov;
 - Prošnja za finančno pomoč pri izvedbi "ENTOG – Meeting and Exchange programme", novembra 2004 v Ljubljani.
- Na glasovanje je dal odločitev o predlogu za razširitev dnevnega reda.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 354/17/2004:

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 21. 10. 2004 in poročilo o izvršitvi sklepov;
2. Uresničevanje Dogovora med MZ, ZZS in FIDES z dne 15. 7. 2004;
3. Predlog kandidatov za predsednika odbora za zobozdravstvo in predsednika odbora za zasebno dejavnost;
4. Sestava odbora za osnovno zdravstvo;
5. Merila strokovnega nadzora;
6. Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v obdobju januar – september 2004;
7. Poročilo o srečanju upravnega odbora Evropskega foruma zdravniških združenj;
8. ZD Radlje ob Dravi – kadrovske težave;
9. ZD Radlje ob Dravi – prošnja za pomoč pri pridobivanju delovnega dovoljenja;
10. Zbornica fizioterapevtov Slovenije – prošnja za podporo Zdravniške zbornice Slovenije pri pridobitvi javnih pooblastil;
11. Zagotovitev kakovostnega osnovnega zdravstva z zaposlovanjem zdravnikov iz tujine v občini Dravograd;
12. Predlog spremembe Pravilnika o zdravniški tarifi;
13. Priprava predloga načrta dela za leto 2005;
14. Predlog, da bi gostili zasedanje UEMO spomladi 2006;
15. Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov;
16. Prošnja za finančno pomoč pri izvedbi "ENTOG – Meeting and Exchange programme", novembra 2004 v Ljubljani;
17. Razno.

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 21. 10. 2004 in poročilo o izvršitvi sklepov

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je podal poročilo o izvršitvi sklepov. Sklepi 16. seje izvršilnega odbora so uresničeni. Sklep izvršilnega odbora v zvezi z odobritvijo pomoči članici Zbornice zaradi potresa v Posočju še ni uresničen.

Jani DERNIČ, dr. med., je pojasnil, da je odbor za socialno-ekonomska vprašanja že obravnaval vlogo članice za denarno pomoč zaradi

potresa. Prosilka je bila zaprosena, da dopolni vlogo z ustrezno dokumentacijo. Odbor meni, da se po dopolnjeni vlogi prosilki izplača enkratna denarna pomoč. Pri izplačilu te vrste denarne pomoči se sredstva, v skladu s predpisi Zbornice, ne smejo črpati iz skrbstvenega sklada, zato bo odbor posredoval sklep v potrditev izvršilnemu odboru. Prosilka je obveščena, da lahko pričakuje denarno pomoč s strani Zbornice po dopolnitvi vloge z ustrezno dokumentacijo.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je opozoril na sklep izvršilnega odbora, sprejetega na 16. seji pod točko m) razno: "Sprejemanje zdravnikov iz tujine". Izvršilni odbor naj bi točko obravnaval na eni od naslednjih sej. Poročevalec bo prof. dr. Matija Horvat, dr. med.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor točko obravnava na eni od prihodnjih sej, saj trenutno še ni ustreznih podatkov o pogojih za pridobitev licence v drugih državah članicah EU.

Prisotni niso podali pripomb oziroma dopolnitev na vsebino in obliko zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 21. 10. 2004.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi zapisnik 16. seje izvršilnega odbora z dne 21. 10. 2004 v predlagani obliki ter predlagal, da glasujejo o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 355/17/2004:

Izvršilni odbor potrди zapisnik 16. seje izvršilnega odbora z dne 21. 10. 2004 v predlagani obliki.

K 2. točki dnevnega reda: Uresničevanje Dogovora med MZ, ZZS in Fidesom z dne 15. 7. 2004

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povedal, da je bil dogovor med MZ, ZZS in Fidesom glede obveznega začetka delovnega časa zdravnikov, načinu zagotavljanja počitkov zdravnikov, zagotavljanju neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva ter ureditvi stalne pripravljenosti, podpisan v mesecu juliju 2004. Dogovor je bil objavljen tudi v glasilu Isis. Do danes se dogovor v praksi še ni začel uresničevati. Fides je zato posredoval poziv za posredovanje dogovora direktorjem vseh javnih zdravstvenih zavodov, Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije, Ministrstvu za zdravje in Zbornici. Ministrstvo za zdravje kljub napovedi do sedaj še ni sklicalo sestanka z direktorji javnih zdravstvenih zavodov, na katerem naj bi se dogovorili o uresnitvi dogovora. Priloženi so predlogi obrazcev za pridobivanje soglasij zdravnikov za podaljšano nepretrgano delo, za nadurno delo do 31. 12. 2004, za nadurno delo in za stalno pripravljenost po 1. 1. 2005. Smisel dogovora je v tem, da se delovni čas, ki odstopa od uveljavljenih oblik delovnega časa na ostalih področjih javnega sektorja, jasno opredeli kot izjema in da se takšne oblike delovnega časa uvajajo neprisiljeno. Za takšno razporeditev delovnega časa mora obstajati zanimanje tako s strani delodajalca kot s strani zdravnika. Zaradi nepodpisanega soglasja zdravnik ne sme trpeti nobenih posledic.

Dne 27. oktobra 2004 je bil na to temo organiziran sestanek s predstavniki Fidesa in Zbornice. Zbornica naj bi podprla posredovanje dogovora.

Člani izvršilnega odbora so razpravljali o točki.

Sabina Markoli, dr. dent. med., je vprašala, če se je Zbornica posvetovala z zasebnimi zdravstvenimi zavodi in kje so zajeti zasebni zdravniki, glede na to, da je v dogovoru navedeno, da se Zbornica pogaja na strani delodajalcev v imenu zasebnih zdravstvenih zavodov Slovenije.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je pojasnil, da se Zbornica pogaja v imenu zasebnih zdravnikov in doktorjev dentalne medicine, ne pa v imenu zasebnih zdravstvenih zavodov. Besedilo je potrebno popraviti. Pogajanj se je v preteklosti udeleževal skupaj z generalnim sekretarjem Zbornice. Izvršilni odbor je bil vedno seznanjen s potekom in vsebino pogajanj.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je predlagal, da se na ministrstvo posreduje zahteva za popravek besedila v dogovoru.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 356/17/2004:

Zdravniška zbornica Slovenije na Ministrstvo za zdravje posreduje zahtevo za spremembo besedila v Dogovoru med Ministrstvom za zdravje, Zdravniško zbornico Slovenije in Fidesom z dne 15. 7. 2004, in sicer se besedilo: "Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, v imenu zasebnih zdravstvenih zavodov Slovenije" nadomesti z besedilom: "Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, v imenu zasebnih zdravnikov in doktorjev dentalne medicine".

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor podpre predlog za posredovanje dogovora ter povabil prisotne, naj glasujejo o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 357/17/2004:

Zdravniška zbornica Slovenije podpira predlog za posredovanje dogovora med Ministrstvom za zdravje, Zdravniško zbornico Slovenije in Fidesom z dne 15. 7. 2004.

K 3. točki dnevnega reda: Predlog kandidatov za predsednika odbora za zobozdravstvo in predsednika odbora za zasebno dejavnost

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povedal, da je zaprosil poslance, doktorje dentalne medicine, in poslance, zasebne zdravnike, da naj predlagajo kandidata, ki bo predsedoval odboru za zobozdravstvo in kandidata, ki bo predsedoval odboru za zasebno dejavnost.

Poslanci, doktorji dentalne medicine, so mu predlagali kandidata za predsednika odbora za zobozdravstvo, prof. dr. Nenada Funduka, dr. dent. med. Predsednik podpira predlog, saj je sprva sam nameraval predlagati prof. Funduka za predsednika odbora za zobozdravstvo na zadnji skupščini. Predlagani kandidat se strinja s predlagano funkcijo in je že podpisal soglasje. Na naslednji skupščini ga bo predlagal za predsednika odbora za zobozdravstvo. Kandidat je pripravil predlog za člane odbora. Predlaganih je 14 kandidatov.

Dne 19. 10. 2004 se je udeležil seje regijskega odbora zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov. Člani regijskega odbora so na seji soglasno podprli predlog, da naj bo kandidata za odbor za zasebno dejavnost Tatjana Puc Kous, dr. med. S predlagano kandidatko se je predsednik Zbornice pogovarjal. Podpisala je soglasje. Kandidatka je pripravila predlog za člane odbora. Pri oblikovanju predloga je upoštevala zastopanost regij in stroke. Predlaganih je 14 članov odbora. V prejšnjem mandatu je odbor štel 10 članov. O številu članov odbora se bodo pred skupščino pogovorili še na seji zasebnih zdravnikov. Predlagal ji je, da zaradi povezanosti v odbor vključi kandidata, ki je bil že član odbora v prejšnjem mandatu.

Iz predlagane sestave obeh odborov se vidi, da je število članov zelo naraslo. Predsednik verjame, da bodo z večjim številom članov lažje dosegali sklepčnost. Predlagal je, da naj ponovno premislijo o številu članov posameznega odbora zaradi finančne obremenitve. Usklajevanje in število članov posameznega odbora bo prepustil kandidatom za predsednika teh odborov, potrjevanje sestave odborov pa skupščini.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je povedal, da ima regijski odbor zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov v torek, 9. 11. 2004 sejo. Na seji se lahko pogovorijo glede predlaganega števila članov odbora za zasebno dejavnost. Menil je, da manjše število članov zagotavlja konstruktivno delo odbora. Vseh regij Zbornice ni mogoče pokriti.

Predlagano kandidatko pozna. Ima dobre organizacijske sposobnosti. Pomaga ji lahko pri pripravah. Svetoval ji bo, da premisli glede števila predlaganih članov.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 358/17/2004:

Izvršilni odbor se je seznanil s predlogoma predsednika Zbornice za kandidata za predsednika odbora za zobozdravstvo in za kandidata za predsednika odbora za zasebno dejavnost, in sicer:

- za predsednika odbora za zobozdravstvo za mandat 2004 – 2008 predlaga prof. dr. Nenada Funduka, dr. dent. med.;

- za predsednico odbora za zasebno dejavnost za mandat 2004 – 2008 predlaga Tatjana Puc Kous, dr. med..

K 4. točki dnevnega reda: Sestava odbora za osnovno zdravstvo

Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., je povedala, da so na 1. seji odbora za osnovno zdravstvo predstavniki pediatrov, specialistov šolske medicine in ginekologov izrazili svoje nestrinjanje glede sestave odbora za osnovno zdravstvo. Glede na to, da odbor nima svojega poslovnika (pravilnika) predlagajo, da se ta čimprej pripravi. V poslovníku je potrebno točno opredeliti število članov celotnega odbora in sorazmerno število članov glede na posamezne stroko. Iz vsake stroke predlagajo tri člane.

Odbor sedaj šteje 14 članov. Po predlogu bi odbor štel 17 članov. Predstavniki splošne medicine se strinjajo s sedanjo sestavo. Na odboru se obravnava tri četrtine vseh zadev, ki se nanašajo na splošno medicino ali na vse stroke. Pripombe na število članov odbora iz posamezne stroke so se pričele porajati v lanskem letu, ko je odbor razpravljal o beli knjigi. Bela knjiga je v prvi različici odstranila vse ostale specializacije na področju osnovnega zdravstva razen splošne medicine.

Predlagala je, da se odbor s predstavniki teh strok razširi le v primeru obravnave določene teme, ki je specifična za ginekologe ali pediatrie. S tem bi zagotovili privolitev. Neresno bi bilo sestavo odbora spreminjati sedaj, ker je bila sestava odbora že potrjena na skupščini.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je menil, da je predlog za enakovredno sestavo članov odbora glede na stroke nelogičen, saj je število splošnih zdravnikov bistveno večje od števila pediatrov ali ginekologov. Strinja se, da je predlog predstavnikov pediatrije in ginekologov za sestavo odbora posledica bele knjige. Ali predstavniki splošne medicine podpirajo predlog za ukinitve ginekologov in pediatrov na osnovni ravni?

Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., je pojasnila, da se predstavniki splošne medicine ne zavzemajo za ukinitve ginekologov in pediatrov na osnovnem nivoju, saj je že sedaj v Sloveniji 50 zdravnikov splošne medicine premalo. Udeležila se je delavnice na temo osnovno zdravstvo v Sloveniji. Na delavnici so bili prisotni tudi predstavniki pediatrov, ginekologov in šolskih zdravnikov. Sprejet je bil dogovor, da ni razloga za strah zaradi ukinitve katerekoli stroke, saj ostajajo vsi profili na osnovni ravni kot do sedaj.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je menil, da večje število članov posameznega odbora lahko vodi v neoperativnost odbora. Ključen je razlog, ne število glasov. Zbornica je organ, ki ni in tudi v prihodnje ne bo odločala o sestavi osnovne ravni v zdravstvu. Zbornica poda lahko le svoje mnenje. Potrebno se je pogovarjati na posvetih in s tem doseči soglasje v stroki. V prejšnjem mandatu je imel odbor dva spora zaradi sestave. Kot predsednik Zbornice se je vključil v reševanje sporov.

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., se je strinjala s predlogom prim. Bulc. Odbor naj ima toliko članov, kot jih je potrdila skupščina. Pri razpravi o določni temi bodo k razpravi povabljeni tudi predstavniki določene stroke.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sklepa, kot je naveden spodaj, ter povabil člane, naj glasujejo o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 359/17/2004:

- 1. Izvršilni odbor se strinja, da sestava odbora za osnovno zdravstvo ostane taka, kot je bila potrjena na skupščini Zbornice dne 14. 9. 2004.**
- 2. Izvršilni odbor predlaga, da odbor za osnovno zdravstvo pri obravnavi vprašanj, ki zadevajo posamezno stroko osnovnega zdravstva, povabi dodatne predstavnike te stroke.**
- 3. Izvršilni odbor zadolži predsednico odbora za osnovno zdravstvo prim. asist. Matejo Bulc, dr. med., da po šestih mesecih povabi predstavnike pediatrije, specialiste šolske medicine in ginekologe, da podajo morebitne pripombe k delu odbora za osnovno zdravstvo.**

K 5. točki dnevnega reda: Merila strokovnega nadzora

Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., je predstavila predlog odbora za osnovno zdravstvo za revizijo in dodelavo meril strokovnega nadzora. Odbor opozarja, da nadzor v celotnem osnovnem zdravstvu lahko izvajajo samo nadzorni zdravniki, ki delujejo na osnovni ravni. Delo v ambulantah zdravstvenih domov je drugačno kot delo v bolnišničnih ambulantah.

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., je poudarila, da morajo strokovni nadzor na osnovni ravni izvajati nadzorni zdravniki, ki delajo na osnovni in specialistični ravni. Ne strinja se s predlogom odbora za osnovno zdravstvo, da nadzor opravljajo samo zdravniki ene specialnosti.

Iz predloga tudi niso razvidne konkretne pripombe odbora za osnovno zdravstvo na obstoječa merila strokovnega nadzora.

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., je povedal, da je sestava komisije za strokovni nadzor preudarno določena (predsednik komisije za nadzor na osnovni ravni je zdravnik, ki deluje na osnovni ravni; član komisije pa specialist, ki deluje na specialistični ravni). Predloga odbora za osnovno zdravstvo ne podpira. V komisije za izvedbo nadzorov naj se tako kot do sedaj imenuje strokovnjake iz obeh ravni.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., se je strinjal z mnenjem prof. Kocijančič in prof. Gadžijeva. Sestava komisije je vedno predlagana z razmislekom. Nadzorni zdravnik s specialistične ravni je potreben za merodajno mnenje. Nadzori se izvajajo dobronamerno z namenom svetovanja nadzorovanemu zdravniku.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog sklepa, kot je naveden spodaj ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih osem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo osem članov, PROTI potrditvi

predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 360/17/2004:

- 1. Izvršilni odbor je obravnaval predlog odbora za osnovno zdravstvo za spremembo meril strokovnega nadzora oz. za sestavo komisij, ki izvajajo nadzor na osnovni ravni.**
- 2. Izvršilni odbor je odločil, da se meril za sestavo nadzornih komisij za izvajanje nadzorov na osnovni ravni ne spreminja. Sestava nadzornih komisij se kot do sedaj prepušča odboru za strokovno-medicinska vprašanja.**
- 3. Izvršilni odbor je odločil, da odbor za osnovno zdravstvo, v primeru prejete argumentirane pritožbe na sestavo nadzorne komisije, pritožbo posreduje v reševanje odboru za strokovno-medicinska vprašanja.**

K 6. točki dnevnega reda: Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v obdobju januar – september 2004

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je menil, da je poročilo optimistično, saj je rezultat med prihodki in odhodki trenutno uravnotežen. Prihodki so v obravnavanem obdobju znašali 448.107 tisoč SIT. V primerjavi z načrtovanimi prihodki v navedenem obdobju so prihodki večji za 2,1 odstotka. Celotni odhodki so v obravnavanem obdobju znašali 431.729 tisoč SIT in so manjši za 0,2 odstotka glede na načrtovane odhodke. Začasni presežek prihodkov nad odhodki znaša 16.378 tisoč SIT.

Jožica Osolnik, ekon., je pojasnila, da so bili stroški v tretjem tromesečju bistveno nižji od preostalih mesecev zaradi same narave dela v Zbornici, predvsem na račun potnih stroškov, sejin, reprezentance, pisarniškega materiala in stroškov, povezanih z izdajo ene številke glasila Isis. V stroških ni zajeto okoli 2.000 tisoč SIT zajetih honorarjev v povezavi z moduli, izpiti in podobnim, zaradi nepravčasno oziroma pomanjkljivo dostavljene dokumentacije.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povabil člane k razpravi.

Jani DERNIČ, dr. med., je povedal, da so uspeli zmanjšati stroške glede na vznemirljivo poročilo v prvi polovici leta 2004, kar je razvidno iz predloženega poročila za obdobje prvih devetih mesecev v letu 2004.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v obdobju januar – september 2004, kot je navedeno v prilogi ter povabil člane, naj glasujejo o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 361/17/2004:

Izvršilni odbor potrdi poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v obdobju januar – september 2004, kot je navedeno v prilogi.

K 7. točki dnevnega reda: Poročilo s srečanja upravnega odbora Evropskega foruma zdravniških združenj

Asist. mag. Tomaž Čakš, dr. med., je poročal o srečanju upravnega odbora Evropskega foruma zdravniških združenj, ki je potekalo 4. in 5. septembra 2004 v Berlinu. Zasedanja se je udeležil kot član Upravnega odbora in predsednik Akcijske skupine za tobak (TAG) pri Forumu. Sestanek je bil namenjen predvsem pripravam na letno srečanje EFMA/WHO marca prihodnje leto v Oslu na Norveškem. Obravnavali so tudi nekaj drugih aktualnih tem, med katerimi je izpostavil:

Bolonjski proces – vključevanje v medicinski dodiplomski študij
V razpravah je ta proces posebej izpostavljen, prav tako nedorečenost v zvezi s študijem medicine. V različnih državah je pristop različno sprejet, zato bosta v Oslo povabljeni dekana dveh medicinskih

fakultet, eden kot zagovornik procesa, drugi kot nasprotnik.

Dan brez tobaka, 2005

Vključili naj bi se tudi stanovska društva in zbornice ter se med seboj povezovale in vzpodbujale. O tem bo napisal članek za Isis. Tobak še vedno predstavlja veliko težav. Zaradi aidsa umrejo na sveta trije milijoni, zaradi tobaka pa pet milijonov ljudi. Zdravnik mora osveščati ljudi.

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., je povedala, da danes na seji sliši prvič, da se bo bolonjski proces uvažal tudi na področju medicine. Povedala je, da slovenska vlada za področje medicine tega ni podpisala. V kateri smeri naj bi se uvažal? Smiselno bi bilo v smeri vrednotenja specializacij na drugačen način.

Asist. mag. Tomaž Čakš, dr. med., je pojasnil, da se ta proces razvija v smeri skrajšanja dodiplomskega izobraževanja zdravnikov.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je povedal, da je stališče CPME, da je evropsko zdravništvo proti vključevanju v bolonjski proces. Prav tako je proti Evropska komisija in večina držav članic EU. CPME bo svoje mnenje glede tega procesa sprejel na skupščini.

Stališče evropskega zdravništva je, da se skrajša celotno izobraževanje zdravnikov, vendar ne na račun dodiplomskega študija, temveč na podiplomski ravni (čas trajanja specializacije). Zanimanje za zdravniški poklic v evropskih državah upada ravno zaradi dolgotrajnega izobraževanja. Zbornica je glede na evropske smernice zaradi vstopa v EU podaljšala čas trajanja specializacije na šest let. Obdobje trajanja specializacij bo potrebno v prihodnosti skrajšati.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da se v zvezi z bolonjsko ureditvijo študija na eno od sej izvršilnega odbora povabi predstavnik obeh medicinskih fakultet ter povabil člane, naj glasujejo o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 362/17/2004:

Izvršilni odbor je odločil, da se na eno od naslednjih sej izvršilnega odbora uvrsti tema o bolonjski ureditvi študija (dolžino trajanja in usklajevanja izobraževanja zdravnikov na dodiplomski in podiplomski ravni). Na sejo se povabi predstavnik medicinske fakultete v Ljubljani in Mariboru.

K 8. točki dnevnega reda: ZD Radlje ob Dravi – kadrovska problematika

K 9. točki dnevnega reda: ZD Radlje ob Dravi – prošnja za pomoč pri pridobivanju delovnega dovoljenja

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil dopis direktorja ZD Radlje ob Dravi o kadrovske problematiki. Trenutno so v zavodu zaposleni štirje zdravniki z licenco in štirje zdravniki, ki še pridobivajo licenco. Za ohranjanje obstoječega sistema in vsebino zdravstvene dejavnosti na osnovni ravni je zavod prisiljen izvajati zakonske kršitve. Predlagal je, da svet za izobraževanje zdravnikov pregleda dokumentacijo v dopisu navedenih zdravnikov in oceni ali jim je možno postopek za pridobitev licence skrajšati.

Direktor ZD Radlje ob Dravi zaproša Zbornico tudi za pomoč pri pridobivanju delovnega dovoljenja za zdravnike iz tujine. Delovno dovoljenje se izdaja na podlagi licence. Zbornica ni pristojna za posredovanje pri pridobivanju delovnih dovoljenj. Zbornica je pristojna le za izdajo licence. Če bi Zbornica pristala na izdajanje začasnih licenc, bi bila odgovorna tudi za morebitne nepravilnosti pri delu teh zdravnikov.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je menil, da ti zdravniki že imajo delo-

vno dovoljenje, saj so, kot je razvidno iz dopisa, že zaposleni v ZD, čeprav so še v postopku za pridobitev licence.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je menil, da je to vprašanje širše. Zdravnikov v Sloveniji primanjkuje. Organizacija dežurne službe predstavlja največjo težavo. Svet za izobraževanje zdravnikov bo v prihodnje razpravljal o dejavnem iskanju zdravnikov iz tujine. Usmeritev glede organizacije zdravniške službe na osnovni ravni je bila pred leti povsem drugačna kot danes. Menil je, da bi morali mlade zdravnike, ki po opravljenem strokovnem izpitu vstopijo v sistem specializacije, v prvem letu specializacije usmerjati na območja, kjer primanjkuje zdravnikov. Specializant naj bi v tem času opravil na primer 10 dežurstev na teh območjih in se hkrati seznanil z delom na terenu.

Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je menil, da ZD Radlje ob Dravi krši zakonodajo, ker zaposluje zdravnike brez licence. Podpira predlog prof. Horvata za razporejanje specializantov na območja, kjer zdravnikov primanjkuje. Predloga ni možno uresničiti, saj je trenutna čakalna doba že za vključitev v sekundarijat v Ljubljani pol leta.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je menil, da je iz dopisa direktorja ZD Radlje ob Dravi razvidno sprenevedanje. Predstavniki Zbornice so se v preteklosti udeležili sestanka z županom in direktorjem ZD in jim dali tudi nasvete za reševanje tovrstnih težav:

1. Občina naj razpiše koncesijo za tista delovna mesta, ki jih ZD razpisuje kot prosta delovna mesta;
2. Po trenutni zakonodaji je občina odgovorna za organizacijo osnovnega zdravstva, ne ministrstvo. Ta predlog je bil v preteklosti podprt in sprejet ravno zaradi soglasja direktorjev ZD. Menil je, da bi moralo biti tudi osnovno zdravstvo vodeno s strani ministrstva;
3. Občina naj po vzoru drugih evropskih držav (na primer Švice in Avstrije) iz proračuna zagotovi ustrezna sredstva za subvencije zdravnikov na deficitnih območjih (dvig osebnega dohodka za 60 odstotkov, zagotovitev stanovanja, in tako dalje).

Predlagal je, da se v odgovoru na dopis vključi tudi zgoraj navedene nasvete. Za reševanje tovrstnih težav je pristojno ministrstvo, ne pa Zbornica. V dvanajstih letih se težave niso uredile. Zbornica je pristojna le za zakonito izdajo licence zdravniku.

Asist. Vojko Kanič, dr. med., se je strinjal s predlogom prof. Horvata, vendar je menil, da je to izvedljivo le za specializante, ki se usposabljaajo v Ljubljani.

Prim. Jožef Ferk, dr. med., je povedal, da se pojavljajo velike kadrovske težave tako v bolnišnicah (Slovenj Gradec, Ptuj, Murska Sobota, Topolšica) kot tudi na osnovni ravni. Mnenje vodilnih predstavnikov teh ustanov je, da naj bi bila za to kriva Zbornica zaradi novega načina dodeljevanja in izvajanja specializacij. Ustanove so si pred tem zagotovile specializanta že kot sekundarija. Zaradi tega mora Zbornica na tem področju prisluhniti in proučiti način izvajanja specializacij. Sekundariji in specializanti se v teh bolnišnicah ne zaposlujejo, raje čakajo na prosto mesto v Ljubljani. Nekatere bolnišnice tudi niso pooblašene za izvajanje določenih programov. V prihodnje bo potrebno razporejati sekundarije in specializante v te ustanove in s tem zagotoviti zapolnitev izpada.

Strinja se, da zdravnik ne sme delati brez licence. Postopek za pridobitev licence za zdravnike iz tujine bi bilo v nekaterih primerih potrebno pospešiti.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je povedal, da je stališče sveta za izobraževanje zdravnikov, da specializant najmanj tri mesece kroži izven kraja matične ustanove usposabljanja. V Ljubljani je velika zgoščenost specializantov. Za preusmeritev specializantov izven središča se bo treba obrniti na komisijo za akreditacijo učnih ustanov, ki deluje v okviru ministrstva.

Postopek za pridobitev licence za zdravnika iz tujine načeloma

ne traja dve leti, kot je očitano. Vloge se obravnavajo posamezno. Veliko zdravnikov iz tujine pridobi licenco še v istem letu, ko so zanj zaposlili.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je menil, da mora komisija za akreditacijo učnih ustanov ponovno preveriti merila za podeljevanje pooblastil tem ustanovam. Pravilnik o specializacijah vzpodbuja kroženje specializantov, vendar je le to onemogočeno, ker učne ustanove nimajo ustreznih pooblastil.

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., je menila, da je prav, da Zbornica obravnava vprašanje o pomanjkanju zdravnikov. Strinja se s predlogom za razporejanje sekundarijev in specializantov tudi na obrobje. Potrebno bo razmisliti o vsebinah dodiplomskega študija. Fakulteta naj v času dodiplomskega izobraževanja zdravniku zagotovi več praktičnega znanja. Vsebinsko šestmesečnega pripravništva bi lahko vključili v dodiplomsko izobraževanje oziroma v šest leto študija.

Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je menil, da je bil sekundarijat v nekem obdobju pozitiven, saj je zagotavljal možnost izobraževanja po zaključku fakultete in delovno mesto. Z uvajanjem sekundarijata je prišlo do izgube ena do dveh generacij zdravnikov. Z obvezno specializacijo iz splošne medicine v letu 2007 sekundarijat ne bo več potreben, saj bo zdravnik po šestih mesecih pripravništva vstopil v sistem specializacije. Pripravništvo je potrebno obdržati. Sistem dela na fakulteti ne bi zagotovil takega znanja, kot ga pridobi pripravnik na terenu predvsem na področju urgentne medicine.

Rok Šušterčič, dr. dent. med., je opozoril, da je potrebno pri kroženju sekundarijev oziroma specializantov upoštevati tudi delovnopravno zakonodajo. Kolektivna pogodba za zaposlitev pri enem delodajalcu zahteva določene omejitve glede zaposlitve pri drugem delodajalcu.

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., je poudarila, da razpravljajo le o tem, kako bi lahko skrajšali študij medicine, ga naredili bolj praktičnega, ne pa o nekem pošiljanju sekundarijev oziroma specializantov kamorkoli.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je pojasnil, da je bil sekundarijat v Sloveniji uveden v skladu z evropskimi smernicami. Sekundarijat bo zamrl sam po sebi z obvezno specializacijo iz splošne medicine. Kadrovskega primanjkljaja v regiji ni mogoče reševati z odločbami ob dejstvu, da v Sloveniji manjka 200 – 300 zdravnikov. Nov način razpisovanja specializacij je privedel do tega, da specializant ne predstavlja stroška za ustanovo, v kateri se usposablja. Če zavod potrebuje specializanta, naj za motiviranje specializanta nekaj naredi.

Igor Praznik, dr. med., je povedal, da je Zbornica v zadnjih osmih letih obiskala regije in jim svetovala, kako reševati problematiko na področju osnovnega zdravstva. Menil je, da bi morale občine in ministrstvo bolj dejavno reševati to vprašanje. Ministrstvo je izdalo le navodila za podeljevanje koncesij na osnovni ravni. Trenutno je na osnovni ravni 50 skupin zdravnikov splošne medicine manj in s tem večje število opredeljenih bolnikov na posameznega zdravnika (iz 1.700 opredeljenih na 1.800 opredeljenih bolnikov). Potrebno bo intenzivnejše medresorsko sodelovanje.

Pri reševanju nujnega vprašanja pomanjkanja zdravnikov bo potrebno izkoristiti vključitev Slovenije v EU, glede na bližino in tradicijo pa v okviru možnosti pomagati tudi kandidatom iz bivših republik Jugoslavije.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da Zbornica posreduje odgovor na dopis ZD Radlje ob Dravi glede na današnjo razpravo. Svet za izobraževanje zdravnikov naj ugotovi, ali je za zdravnike, ki so navedeni v dopisu možno postopek za pridobitev licence pospešiti ali ne. V prihodnosti naj Zbornica, v sestavi članov izvršilnega odbora, organizira konferenco na temo reševanja vprašanja pomanjkanja zdravnikov v okviru razporejanja sekundarijev in specializantov.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog sklepa ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 363/17/2004:

1. Izvršilni odbor je obravnaval dopisa direktorja ZD Radlje ob Dravi v zvezi s kadrovskimi težavami in pridobivanjem delovnih dovoljenj. V zvezi s tem je odločil:

Zbornica posreduje odgovor na dopis ZD Radlje ob Dravi glede na današnjo razpravo.

Svet za izobraževanje zdravnikov ugotovi, ali je za v dopisu navedene zdravnike možno postopek za pridobitev licence pospešiti ali ne.

2. Zbornica, v sestavi članov izvršilnega odbora, organizira v letu 2005 konferenco o reševanju vprašanja pomanjkanja zdravnikov v okviru razporejanja sekundarijev in specializantov.

K 10. točki dnevnega reda: Zbornica fizioterapevtov Slovenije – prošnja za podporo Zdravniške zbornice Slovenije pri pridobitvi javnih pooblastil

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil prošnjo Zbornice fizioterapevtov Slovenije za podporo Zdravniške zbornice Slovenije pri pridobitvi javnih pooblastil.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sklepa v zvezi z podporo Zbornici fizioterapevtov pri pridobitvi javnih pooblastil, kot je navedeno v gradivu ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Sprejet je bil sklep št. 364/17/2004:

Na podlagi prošnje Zbornice fizioterapevtov Slovenije za podporo pri pridobitvi javnih pooblastil, izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije daje, tako kot dosedaj, vso podporo, ki jo je moč uresničiti na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je dal možnost pridobitve javnih pooblastil za zbornice oziroma druge organizacije, ki zastopajo fizioterapevte, medicinske sestre in druge zdravstvene poklice.

K 11. točki dnevnega reda: Zagotovitev kakovostnega osnovnega zdravstva z zaposlovanjem zdravnikov iz tujine v občini Dravograd

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je pojasnil, da dopis predstavlja enako vprašanje, kot se je obravnavalo na današnji seji pod točko 8 in 9 dnevnega reda, zato razprava ni potrebna. Predlagal je, da se dopis posreduje pravni službi Zbornice. Pravna služba prouči predlog občine Dravograd za spremembo Zakona o zaposlovanju tujcev v zvezi z zaposlovanjem zdravnikov.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog mag. Frasa ter povabil člane, naj glasujejo o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 365/17/2004:

Izvršilni odbor dopis št. 031-01/2004 z dne 18. 10. 2004 občine Dravograd posreduje pravni službi Zbornice.

Pravna služba prouči predlog občine Dravograd za spremembo Zakona o zaposlovanju tujcev v zvezi z zaposlovanjem zdravnikov.

K 12. točki dnevnega reda: Predlog spremembe Pravilnika o zdravniški tarifi

Jani Dernič, dr. med., je predstavil predlog za spremembo Pravilnika o zdravniški tarifi. Predlog je bil narejen na podlagi pobude Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve za določitev enotne tarife za izpolnitev obrazca "Obrazec ZZ 1 – Bolniški list za zdraviliško in klimatsko zdravljenje". Navedeni obrazec izpolni osebni zdravnik. Ker so se v praksi po navedbah navedenega ministrstva pojavljale zelo različne cene te storitve in ker je število upravičencev veliko, je Zbornico navedeno ministrstvo pozvalo k določitvi enotne (najnižje) cene.

Glede na to, da ta storitev ne sodi med tiste, ki bi jih krilo obvezno zdravstveno zavarovanje in tako zdravniku povzroči dodatno delo in stroške, se predlaga, da se v Pravilniku o zdravniški tarifi to delo zdravnika na novo ovrednoti s 50 točkami, kar bi ob sedanji vrednosti točke znašalo 6.750 SIT bruto.

Odbor za socialno-ekonomsko vprašanja je na svoji 1. seji omenjeno spremembo pravilnika sprejel in odločil, da se predlog posreduje v sprejem izvršilnemu odboru.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog odbora za socialno-ekonomska vprašanja, kot je naveden v prilogi ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 366/17/2004:

Izvršilni odbor sprejme predlog osnutka pravilnika o spremembi in dopolnitvi Pravilnika o zdravniški tarifi (Uradni list RS, št. 54/95, 55/96, 57/98, 78/99, 39/00, 8/01, 43/02, 21/03, 60/04 in 63/04), kot je naveden v prilogi.

Predlog se predloži v obravnavo skupščinskemu svetu, nato pa v sprejem skupščini Zbornice. Skupščini se predlaga obravnavati po hitrem postopku.

K 13. točki dnevnega reda: Priprava predloga plana dela za leto 2005

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je pozval člane izvršilnega odbora, da pripravijo in do 30. 11. 2004 posredujejo načrte dela odborov. Strokovna služba Zbornice bo na podlagi načrtov dela odborov, izvršilnega odbora, regijskih odborov ter Zborničnih komisij pripravila predlog finančnega plana za leto 2005.

Gradivo z navodilom za izpolnjevanje priloženih obrazcev bo posredovano predsednikom navedenih organov Zbornice.

K 14. točki dnevnega reda: Predlog za gostitev konference UEMO spomladi 2006

Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., je predstavila predlog odbora za osnovno zdravstvo, da Zbornica gosti konferenco UEMO spomladi leta 2006. Člani odbora so menili, da bi bila to dobra predstavitev nove članice EU in slovenske medicine.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je menil, da izvršilni odbor lahko odloča o predlogu za gostitev le na podlagi predračuna stroškov organizacije konference.

Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., je pojasnila, da Zbornica nudi le tehnično pomoč pri organizaciji. Večjih finančnih stroškov gostitev konference za Zbornico ne predstavlja. Za vlogo kandidature za gostovanje konference je potrebna potrditev izvršilnega odbora Zbornice.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog odbora za osnovno zdravstvo za gostitev konference

UEMO ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 367/17/2004:

Izvršilni odbor potrdi predlog odbora za osnovno zdravstvo da Zdravniška zbornica Slovenije gosti konferenco UEMO spomladi leta 2006.

K 15. točki dnevnega reda: Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je predstavil predlog sveta za izobraževanje zdravnikov za spremembo Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, in sicer:

1. glede dela specializanta pri različnih učnih ustanovah oziroma pooblaščenih izvajalcih;
2. glede posledic v primeru nezačetka specializacije na datum, določen v sklepu o specializaciji;
3. glede ureditve trajne prekinitve specializacije zaradi začasne prekinitve, ki traja nepretrgoma pet ali več let.

Prva sprememba je predlagana z namenom, da specializanti v času svojega usposabljanja spoznajo tudi druge zdravstvene ustanove in da njihovo usposabljanje ni strogo omejeno le na eno učno ustanovo. Specializanti bi opravljali delo v času minimalnega trajanja treh mesecev pri tistih specializacijah, kjer je omenjeno kroženje mogoče.

Druga in tretja sprememba sta tehnične narave.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je opozoril na nepravilen zapis besedila v obrazložitvi za prvi predlog. V prvem stavku naj se besedilo: "...in da njihovo usposabljanje ni strogo omejeno na učno ustanovo, kjer opravljajo program specializacije" nadomesti z besedilom: "in da njihovo usposabljanje ni strogo omejeno le na eno učno ustanovo", ker tu ne gre za matično ustanovo.

Prim. Jožef Ferk, dr. med., je postavil vprašanje, ali izvršilni odbor lahko da pobudo komisiji za akreditacijo učnih ustanov, da razširi izvajanje programov specializacij na določene bolnišnice oziroma za ponovno ovrednotenje teh programov.

Jani Dernič, dr. med., je povedal, da sta dve bolnišnici že posredovali pobudo. Eden od članov komisije je povedal, da bo potrebno ponovno vrednotenje števila in deležev programov.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sveta za izobraževanje zdravnikov s popravkom besedila, kot se vidi iz razprave ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 368/17/2004:

Izvršilni odbor sprejme predlog pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03 in 51/04), s popravkom besedila v obrazložitvi prvega predloga in sicer:

V prvem stavku se besedilo: "...in da njihovo usposabljanje ni strogo omejeno na učno ustanovo, kjer opravljajo program specializacije" nadomesti z besedilom "in da njihovo usposabljanje ni strogo omejeno le na eno učno ustanovo".

Predlog se posreduje v obravnavo skupščinskemu svetu, nato pa v sprejem skupščini Zbornice. Skupščini se predlaga obravnavati po hitrem postopku.

K 16. točki dnevnega reda: Prošnja za finančno pomoč pri izvedbi "ENTOG – Meeting and Exchange programme", novembra 2004 v Ljubljani

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil v skladu s sklepom izvršilnega odbora št. 348/16/2004 dopolnjeno prošnjo Sekcije specializantov ginekologije in porodništva za finančno pomoč.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je predlagal, da odbora za bolnišnično zdravstvo poda mnenje glede odobritve finančne pomoči za izvedbo navedenega srečanja. V okviru tega srečanja bo potekal tudi sestanek EBCOG-a, ki se ga bodo udeležili ugledni predstavniki iz vseh evropskih držav.

Prim. Jožef Ferk, dr. med., je menil, da Zbornica ne more finančno podpreti tovrstnih srečanj.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., predlagal, da izvršilni odbor ne odobri prošnje Sekcije specializantov ginekologije in porodništva za finančno pomoč ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 369/17/2004:

Izvršilni odbor ne odobri prošnje Sekcije specializantov ginekologije in porodništva za finančno pomoč pri izvedbi "ENTOG – Meeting and Exchange programme", novembra 2004 v Ljubljani.

K 17. točki dnevnega reda: Razno

a) Informacija odbora za osnovno zdravstvo o podpori projekta "Računalnik v osnovnem zdravstvu"

Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., je povedala, da je odbor za osnovno zdravstvo obravnaval projekt "Računalnik v osnovnem zdravstvu", ki sta ga pripravila Rade Iljaž, dr. med., in Katedra za družinsko medicino. Odbor je na svoji 1. seji ta projekt podprl. Izvršilnemu odboru odbor predlaga, da podpre projekt.

Prisotni so predlagali, da se predlog za podporo projekta dopolni, saj iz priloge ni razvidno, v kakšni obliki naj bi ga izvršilni odbor podprl.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog za dopolnitev predloga o podpori projekta "Računalnik v osnovnem zdravstvu" ter predlagal glasovanje o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 372/17/2004:

Izvršilni odbor je odločil, da odbor za osnovno zdravstvo dopolni predlog za podporo projekta "Računalnik v osnovnem zdravstvu" in opredeli obliko podpore.

b) Etika in prostovoljstvo – vabilo na forum

Izvršilni odbor točke ni obravnaval.

Asist. Mag. Marko Bitenc, dr. med., je poročal, da je bila vsem srednjeevropskim zbornicam posredovana pobuda nemške zbornice za sestanek s poslanci Evropskega parlamenta zaradi evropske smernice o delovnem času. O tem se bo pogovarjal na sestanku s slovenskim poslancem v Evropskem parlamentu, Mihom Brejcem. ■

Zapisala: Darja Klančar

46. redna seja skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Pred iztekom volilnega leta se je dokončno konstituiral tudi izvršilni odbor Zbornice. Poslanci so na 46. seji skupščine 13. decembra 2004 potrdili vodstvo in sestavo odborov za zobozdravstvo in zasebno dejavnost, zadnjih dveh, ki sta še delovala v stari sestavi.

Sejo zakonodajnega telesa Zbornice sta učinkovito vodila predsednik, asist. Vojko Kanič, dr. med., in podpredsednica Sabina Markoli, dr. dent. med., ob pomoči generalnega sekretarja Zbornice, Braneta Dobnikarja, univ. dipl. prav. Zbrane je po opravljenih uvodnih formalnostih najprej pozdravil predsednik Zbornice, prof. dr. Vladislav Pegan. Izrazil je upanje, da se bo v novem letu nadaljevalo začeto plodno sodelovanje zakonodajne in izvršilne veje stanovske organizacije v dobro vseh njenih članov. Najpomembnejše poudarke iz svojega govora je strnil v pisni obliki tudi za uvodnik tokratne številke. Ker je seja skupščine potekala v prostorih poslovno-informacijskega centra Lek, se je poslanec ob začetku pridružil tudi predsednik uprave g. Metod Dragonja. Pozdravil je vse navzoče ter povedal, da poskuša farmacevtska družba Lek d. d. tudi kot nova članica skupine Sandoz, ohraniti svoje družbeno odgovorno delovanje v vseh okoljih, v katerih je delovala in deluje, še posebno pozornost namenja Sloveniji. Na kratko je orisal položaj Lek-a na posameznih tržiščih ter poudaril opredeljenost, da bodo še

vedno ohranjali tudi oddelek za raziskave in razvoj, čeprav so največji poudarek v preteklosti namenjali generičnim zdravilom. Prav generična zdravila pa so omogočila tudi zmanjšanje izgube Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Vsem je zaželel prijetne praznike, vse dobro v novem letu, tako na stanovskem kot osebnem področju.



Prof. dr. Vladislav Pegan, g. Metod Dragonja, asist. Vojko Kanič in Sabina Markoli, dr. dent. med. (z leve)

Volitve in imenovanja

Seja se je nadaljevala s potrditvijo zapisnika prejšnje seje, nato so prišle na vrsto volitve in imenovanja.

Za namestnika tožilca Zbornice je bil na predlog tožilca prof. dr. Jožeta Balaziča imenovan asist. Sašo Kavčič, Prim. Brane Mežnar se je najprej zahvalil za podporo, ki jo je prejel pri svojem imenovanju za predsednika razsodišča I. stopnje, nato je kot mandatar predstavil svoje kandidate. Namesto opravičeno odsotnega predsednika razsodišča II. stopnje, je kandidate na člane predstavil predsednik skupščine. Predsednika odbora za zobozdravstvo in zasebno dejavnost je predlagal predsednik Zbornice, sama sta nato predstavila še člane svojih odborov. Prim. Jožef Ferik, dr. med., predsednik odbora za bolnišnično zdravstvo, je glede na zadnjo sejo skupščine omenil problem kandidatke, ki je kandidirala za dva odbora. Povedal je, da se je kolegica odločila za sodelovanje v OPE, zato jo je potrebno razrešiti v OBZ. Namesto nje je predlagal Mateja Kravosa, dr. med., iz Ptujsko-ormoške regije. Dodatno sta bila dopolnjena dva odbora: v odbor za socialno-ekonomska vprašanja je bil dodatno izvoljen mag. Dragotin Ahlin, dr. med., in v odbor za strokovno-medicinska vprašanja prim. dr. Irena Hedvika Brovet Zupančič, dr. med. Zaradi poteka razprave na skupščini je bil umaknjen predlog, da bi novega člana dobil odbor za osnovno zdravstvo. Predsednica, prim. Mateja Bulc, se bo o morebitni dodatni širitvi že tako številčnega odbora ponovno posvetovala s sedanjimi člani odbora.

Specializacije

Druga točka dnevnega reda je obsegala predlog pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij. V rednem delu priprav na sejo skupščine so bile obravnavane spremembe 6., 36. in 39. člena ter sprememba priloge 1A. Šesti člen bi bil dopolnjen z odstavkom, ki določa, da mora vsak specializant v času trajanja izobraževanja delati v najmanj dveh različnih organizacijah, v vsaki najmanj po tri mesece skupaj, lahko tudi v tujini. Spremembe 36. člena bi kandidate, ki jim je bila odobrena specializacija, pa je niso začeli v roku, ki jim je bil določen, obvezal, da Zbornico obvestijo o razlogih za to, da niso začeli specializirati. V primeru upravičenih razlogov bi se kandidatu podaljšal rok za začetek, v primeru neupravičenih odstopov bi priložnost dobili drugi kandidati. Spremembe 39. člena bi natančneje določale postopke pri prekinitvi specializacij. Priloga 1A bi prinašala le spremembo pri kirurških specializacijah v delu, ki se nanaša na opravljanje kolokvija po skupnem deblu. Člani komisij za kolokvije naj bi bili po novem določeni iz seznama glavnih mentorjev za posamezna področja kirurških specialnosti. Predlagatelj, prof. dr. Matija Horvat, je tik pred sejo skupščine prejel pripombe sindikata Fides, ki so se nanašale predvsem na delovno-pravno urejanje položaja specializantov. Menil je, da bi zato predlagane spremembe umaknil z dnevnega reda. Po preučitvi predlogov Fidesa bi na naslednjo sejo skupščine ponovno uvrstili razpravo o spremembah pravilnika o specializacijah. Kljub temu so bila v kratki razpravi izražena mnenja, da je trajanje specializacije predolgo, da so s tem naši zdravniki zastopavljeni v primerjavi z evropskimi, izražen je bil tudi pomislek, da se bo z morebitno uveljavitvijo določila o obveznem delu v vsaj dveh ustanovah pojavil problem dodatnih stroškov za specializante (bivanje, vožnja). Prof. Horvat je pojasnil, da so dolžine specializacij usklajene v evropskih, zato tukaj zdravništvo ne more iskati rezerve v letih do samostojnega opravljanja poklica. Kakšno leto bo v prihodnosti možno pridobiti z novim kurikulumom dodiplomskega študija in novim sistemom sekundarijata. Pojasnil je tudi, da so povračila prevoznih in podobnih stroškov urejena z drugimi zakonskimi akti. Jani Dernič, dr. med., predsednik odbora za ekonomsko-socialna vprašanja, je pojasnil, da je bilo z aneksom k splošnemu dogovoru za leto 2004 to urejeno.

Zdravniška tarifa

Na predlog odbora za ekonomsko-socialna vprašanja so bile sprejete spremembe pravilnika o zdravniških tarifah. Dodani sta bili novi tarifi št. II. a in št. VI. a. Prva se nanaša na delo zdravnikov za potrebe komercialnih zavarovalnic, druga na izpolnjevanje obrazca za zdraviliško in klimatsko zdravljenje.

Skrbstveni sklad

Spremembe pravilnika o skrbstvenem skladu se nanašajo na način določanja in vodenja sredstev sklada ter na način ugotavljanja upravičencev do sredstev iz sklada. Sprejeta so bila tudi določila o oblikovanju skrbstvenega sklada iz članarine, ter sklep o dokazovanju brezposelnosti za namen oprostitve plačila članarine.

Število članov odbora za strokovno-medicinska vprašanja

Burna razprava se je razvnela ob predlogu za spremembo pravilnika o delu odbora za strokovno-medicinska vprašanja, ki se je nanašalo zgolj na število članov odbora. Osnutek je določal, da se beseda "največ" 10 članov nadomesti z besedo "najmanj" 10 članov. Sprememba je najprej sprožila proceduralni pomislek, saj so poslanci že glasovali o novem članu, čeprav v času razprave o spremembi pravilnika še niso bili znani rezultati, ker je volilna komisija še zasedala. Ali je torej pravilno, da se najprej glasuje o novem članu, šele nato pa o spremembi pravilnika, ki bi novega člana sploh omogočala? Drugi pomislek se je nanašal na izpustitev zgornje meje članov odbora, torej bi se odbor lahko širil v nedogled. Podana so bila številna mnenja in izvedenih kar nekaj glasovanj. Na koncu je obveljalo, da je za zdravništvo bolje, da se usmeri na reševanje pomembnih vprašanj stanju, ne pa na prerekanje o nepomembnih proceduralnih zapletih. Dejstvo je, da bi odbor bolje deloval z dodatno članico, ki so ji poslanci večinsko izrekli zaupnico. V imenu odsotne predsednice odbora je prof. Pegan, kot predsednik Zbornice, podal nov predlog, da se besedilo v pravilniku spremeni v "največ 11 članov". Predlog je bil sprejet z večino glasov.

Seznanitev s stroški za izbirne komisije

Prof. dr. Vladislav Pegan je poslance seznanil s sklepom izvršilnega odbora, da stroški za regijske predstavnike v komisijah za izbor kandidatov za specializante bremenijo sredstva regij. V razpravi so bila izražena različna mnenja. Predstavniki regije zasebniki so opozorili, da so njihovi potni stroški višji, ker kot regija delujejo na območju vse države. Izraženo je bilo tudi mnenje, da nekatere regije svojih sredstev ne porabijo ter bi morale morda okrepiti delovanje.

Vprašanja, predlogi, pobude

V zadnji točki dnevnega reda je prof. Pegan najprej predstavil pobudo predstavnikov mariborskega regijskega odbora o predlaganem nakupu oz. pomoči pri nakupu novih prostorov, ki bi bili skupni trem regijam in trem zdravniškim organizacijam. Podan je bil približen izračun in kvadratura (okoli 200 kvadratnih metrov do četrte gradbene faze za okoli 45 milijonov tolarjev). Člani izvršilnega odbora so se predhodno načeloma strinjali, da bi Zbornica rezervirana sredstva pričela uporabljati tudi za vlaganje v lastne nepremičnine. Predlog je bil podan v razmislek in obravnavo tudi poslancem Zbornice. Po predstavljenih stališčih s strani posameznih razpravljalcev, je obveljalo stališče, da bo Zbornica del sredstev iz rezervacij v prihodnje namenila tudi ureditvi prostorov za delo regij. V ta namen bo Zbornica oblikovala komisijo, ki bo določila enotna izhodišča in načela za vlaganje v nepremičnine ter spremljala projekte.

Pobude, ki so bile podane v nadaljevanju, so se nanašale na problematiko specializacij, pritiskov na zdravnika s strani medijev, slabe informatizacije zdravnikov, normativov za delo zdravnikov, poročanja o realiziranih sklepih predhodne skupščine, objavljanja celotnih zapisnikov sej skupščin v reviji Isis. O pobudah bo razpravljal izvršilni odbor, ki bo pripravil tudi predloge za obravnavo na skupščini.

Razsodišče I. stopnje



Predsednik: Prim. mag. Brane Mežnar, dr. med., specialist interne medicine, Zdravstveni dom Celje

Člani:

1. Prof. dr. Miro Denišlič, dr. med., specialist nevropsihiatrije, Nevrit d. o. o., Ljubljana
2. Prof. dr. Rastko Golouh, dr. med., višji svetnik, specialist patološke anatomije, Onkološki inštitut Ljubljana
3. Alenka Kafol Šušteršič, dr. med., specialistka interne medicine, Kafol d. o. o., Ljubljana
4. Doc. dr. Margareta Kocmur, dr. med., specialistka psihiatrije, Psihiatrična klinika Ljubljana
5. Breda Srakar Poženel, dr. med., specialistka medicine dela, prometa in športa, Ljubljanska regija – osnovno zdravstvo

Od v začetku 82-ih prisotnih poslancev jih je do konca seje zdržalo precej manj, kar je otežilo delo skupščine, zato ni bila odveč pripomba podpredsednice skupščine Sabine Markoli, dr. dent. med., da so poslanci predsedujočemu dolžni sporočiti svoj odhod med sejo. S svojim delom so poslanci odgovorni neposredno kolegicam in kolegom.

Besedilo in foto: Elizabeta Bobnar Najžer

Razsodišče II. stopnje



Predsednik: prof. dr. Marjan Jereb, dr. med., specialist rentgenologije, Ljubljanska regija – bolnišnično zdravstvo

Člani:

1. Doc. dr. Igor Bartenjev, dr. med., specialist dermatovenerologije, Dermatologija Bartenjev in družbeniki d. n. o., Ljubljana
2. Asist. mag. Janez Eržen, dr. med., specialist splošne kirurgije, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana
3. Prof. dr. Boris Klun, dr. med., višji svetnik, specialist nevrokirurgije, Ljubljanska regija – bolnišnično zdravstvo
4. Prim. prof. dr. Marko Kolenc, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, obalno-kraška regija
5. Prof. dr. Martin Tonin, dr. med., svetnik, specialist splošne kirurgije, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana

Odbor za zobozdravstvo



Predsednik: Prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med., specialist stomatološke protetike, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana

Člani:

1. Miroslava Borko Prelog, dr. dent. med., Zasebna zobna ambulanta Gornja Radgona
2. Gordan Čok, dr. dent. med., Zasebna zobna ambulanta Portorož
3. Bojan Horvat, dr. dent. med., specialist zobne in čeljustne ortopedije, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
4. Doc. dr. Franek Klemenc, dr. dent. med., specialist zobnih in ustnih bolezni, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana

5. Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med., Zobozdravstvena ordinacija Ljubljana
6. Doc. dr. Milan Petelin, dr. dent. med., specialist zobnih in ustnih bolezni in parodontologije, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana
7. Gorazd Sajko, dr. dent. med., Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
8. Alenka Šenk Erpič, dr. dent. med., Zdravstveni dom Novo mesto
9. Rok Šuštrečič, dr. dent. med., Dentart d. o. o., Ljubljana
10. Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med., Zasebna zobna ambulanta, Škofja Loka
11. Breda Tržan Grodzanov, dr. dent. med., Zdravstveni dom Ljubljana Enota ZD Šiška
12. Domen Vidmar, dr. dent. med., Vidmar & CO., zobozdravstvo, k. d., Ljubljana
13. Gregor Završnik, dr. dent. med., specialist stomatološke protetike, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Odbor za zasebno dejavnost



Predsednica: Tatjana Puc Kous, dr. med., specialistka interne medicine, Zasebna internistična gastroenterološka ambulanta, Radenci

Člani:

1. Doc. dr. Igor Bartenjev, dr. med., specialist dermatovenerologije, Dermatologija Bartenjev in družbeniki d. n. o., Ljubljana
2. Prim. Herbert Bernhardt, dr. med., specialist interne medicine, Kardiološka ambulanta, Nova Gorica
3. Miroslava Cajnkar Kac, dr. med., specialistka šolske medicine, MC Kac d. o. o., Slovenj Gradec
4. Aristotel Čakar, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, Aristotel d. o. o., Krško
5. Andrej Dernikovič, dr. med., Zasebna ordinacija splošne medicine, Izola
6. Alenka Forte, dr. med., specialistka interne medicine, Zasebna internistična ordinacija, Hrastnik
7. Marija Ilijaš Koželj, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, MIK, specialistična ambulanta za ginekologijo in porodništvo, Vrhnika
8. Marjan Irman, dr. med., specialist oftalmologije, Irman d. o. o., Žalec
9. Janja Pirc, dr. med., specialistka splošne medicine, Ambulanta splošne medicine, Horjul
10. Pavel Podlesnik, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa ter specialist splošne medicine, P & TH d. o. o., Radovljica
11. Nikola Potočnik, dr. dent. med., Zasebna zobna ambulanta, Žalec
12. Igor Praznik, dr. med., specialist splošne medicine, Zasebna zdravniška ordinacija, Vojnik
13. Marija Rafot Berlot, dr. med., specialistka splošne medicine, Vita Nostra – zasebna ambulanta za splošno in družinsko medicino, Oplotnica

PRIJAVNICA

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



☐ **prijavljam se za udeležbo**
(ustrezno obkrožite oziroma dopišite)

☐ **prosim, pošljite informacije**

☐ **drugo** _____

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

☐ **da**

☐ **ne**

davčna številka: _____

IZPOLNITI V PRIMERU, KO UDELEŽENEC NI PLAČNIK; PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

☐ **da**

☐ **ne**

davčna številka: _____

IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Želim sodelovati:

☐ kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

☐ kot udeleženec

☐ na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

☐ da

☐ ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

☐ s položnico

☐ ob registraciji

datum

podpis

JANUAR 2005

TEMA

VSEBINA

14. ob 9.30

št. kandidatov

MARIBOR
velika predavalnica na
16. etaži kirurške
stolpnice, SB Maribor

**DIAGNOSTIČNE IN TERAPEVTSKE MOŽNOSTI
HISTEROSKOPIJE**

podroben program Isis • 1/2005

ni omejeno

posvet z mednarodno udeležbo za ginekologe

14. – 15. ob 15.00

LJUBLJANA
1. predavalnica
Kliničnega centra

**SEMINAR ZA KANDIDATE ZA ZASEBNO
ZDRAVNIŠKO SLUŽBO**

podroben program Isis • 12/2004

100

seminar

15. ob 9.00

LJUBLJANA,
Športna dvorana Konex

ŠPORTNO SREČANJE

podroben program Isis • 12/2004

ni omejeno

srečanje za vse zdravnike in zobozdravnike

21. – 22. ob 9.00

OTOČEC
hotel Šport

**21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE
DRUŽINSKE MEDICINE: DRUŽINSKA MEDICINA
NA STIČIŠČU KULTUR**

podroben program Isis • 12/2004

35

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

21. – 22. ob 14.00

LJUBLJANA
Inštitut RS za
rehabilitacijo

**OPERATIVNI POSEGI NA SPODNJIH UDIH PRI
OTROCIH S CEREBRALNO PARALIZO**

podroben program Isis • 1/2005

strokovno srečanje

26. ob 10.00

LJUBLJANA
Zdravniška zbornica
Slovenije

**NOVINARSKA KONFERENCA – PREDSTAVITEV
KNJIGE "GERENTOLOŠKA TRAVMATOLOGIJA"**

novinarska konferenca

27. – 28. ob 15.30

KRANJSKA GORA

27. IATROSSKI

podroben program Isis • 1/2005

posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov

28.

CELJE SB Celje

**2. DELAVNICA INTENZIVNE MEDICINE –
OCENA SRČNE FUNKCIJE IN CIRKULACIJE
PRI KRITIČNO BOLNIH**

podroben program Isis • 1/2005

21

strokovno srečanje

28. – 29. ob 9.00

PORTOROŽ
Kongresni center Hotel
Bernardin

**3. KONGRES SLOVENSKEGA DRUŠTVA
ZA OSTEointegracijo**

podroben program Isis • 1/2005

ni omejeno

posvet za zobozdravnike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

SB Maribor – KO za ginekologijo in perinatologijo in Medicinska fakulteta Maribor, asist. mag. Branka Žegura

asist. mag. Branka Žegura, E: branka.zegura@guest.arnes.si, ga. Andreja Šlag, T: 02 321 21 78, F: 02 331 23 93, E: gin.perinat@sb-mb.si

Zdravniška zbornica Slovenije

ga. Darja Klančar, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123, F: 01 30 72 109, E: darja.klancar@zss-mcs.si

35.000,00 SIT

Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, Matjaž Koželj, dr. med.

Matjaž Koželj, dr. med., T: 01 522 22 10, E: matjaz.kozelj@kclj.si

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, vodje: asist. Davorina Petek, Nadja Križanič, dr. med., Nevenka Šečer Dolenc, dr. med., asist. Andrej Kravos, Alenka Simonič, dr. med.

ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si

kotizacije ni

Inštitut RS za rehabilitacijo, Ortopedska klinika - KC Ljubljana

ga. Vesna Grabljevec, Tajništvo klinike, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 81 00, E: vesna.grabljevec@mail.ir-rs.si, ga. Irena Cotman, Ortopedska klinika, KC Ljubljana, Zaloška 9, 1525 Ljubljana, E: irena.cotman@kclj.si

25.000,00 SIT (DDV ni vključen)

Medicinska fakulteta – Katedra za kirurgijo, prof. dr. Vladimir Smrkolj

ga. Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije, T: 01 30 72 152

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

Oddelek za intenzivno interno medicino – SB Celje, Slovensko združenje za intenzivno medicino

doc. dr. Matej Podbregar, oddelek za intenzivno interno medicino, SB Celje, Oblakova 5, 3000 Celje, T: 03 423 34 15, F: 03 423 34 15, E: matej.podbregar@guest.arnes.si

12.000,00 SIT

7

Slovensko društvo za osteointegracijo, Boris Simončič, dr. dent. med.

Boris Simončič, dr. dent. med., Slovensko društvo za Osteointegracijo, Zaloška 159, 1110 Ljubljana, T: 01 540 02 00, E: boris@simoncic.com

40.000,00 SIT
TRR: 02140-0253493978

7

FEBRUAR 2005

TEMA

VSEBINA

10. – 12.

št. kandidatov

KRANJSKA GORA
hotel Lek

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

20

učna delavnica za zdravnike splošne prakse, vabljeni tudi specialisti
drugih strok, specializanti, sekundariji

11. ob 8.30

LJUBLJANA
Inštitut RS za
rehabilitacijo

**POVRŠINSKO PROTIBOLEČINSKO
ELEKTRIČNO DRAŽENJE – T E N S**

50

tečaj z učno delavnico in posvetovanjem za vse zdravnike,
medicinske sestre, fizioterapevte, delovne terapevte, inženirje
otropske tehnike, psihologe, socialne delavce in druge,
ki jih tematika zanima

11. ob 9.50

CELJE
Narodni dom

**CEDENS – XI. DAN CELJSKEGA
ZOBOZDRAVSTVA**

strokovno srečanje

podroben program Isis • 12/2004

11. – 12. ob 8.00

LJUBLJANA
Katedra za družinsko
medicino

**21. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE
DRUŽINSKE MEDICINE: BOGASTVO
RAZLIČNOSTI – DRUŽINSKA MEDICINA
NA STIČIŠČU KULTUR**

strokovno izobraževanje za sekundarije, mlade zdravnike,
specializante, nove specializante družinske medicine in
mentorje družinske medicine

11. – 12. ob 9.00

LJUBLJANA
1. predavalnica KC
Ljubljana

40. KIRURŠKI DNEVI

ni omejeno

podiplomsko izobraževanje za zdravnike splošne in družinske
medicine, specializantom kirurgije ter sekundarijem

podroben program Isis • 1/2005

MAREC 2005

4. – 5. ob 12.00

LJUBLJANA
1. predavalnica
Kliničnega centra

**XIX. PODIPLOMSKA ŠOLA –
SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2**

30

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

podroben program Isis • 1/2005

11. – 12. ob 9.15

LJUBLJANA
1. predavalnica
Kliničnega centra

**INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2005 –
NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI,
OKUŽBE PRI TRANSPLANTIRANCIH**

ni omejeno

posvet za vse zdravnike

podroben program Isis • 1/2005

17. – 19.

LJUBLJANA
1. predavalnica
Kliničnega centra

**PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: BOLEZNI
LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA**

ni omejeno

podiplomska šola z učno delavnico za splošne zdravnike,
specializante interniste in interniste

podroben program Isis • 1/2005

18. – 19.

MARIBOR Aula magna
Univerza v Mariboru,
Slomškov trg 15

14. POSVETOVANJE MEDICINA IN PRAVO

strokovno srečanje

podroben program Isis • 1/2005

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	v postopku
Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Duška Meh	ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 437 65 89, E: ela.loparic@mail.ir-rs.si	30.000,00 SIT TRR: 01100-6030278088	***
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje	Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, ga. Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, T: 03 543 43 51, F: 03 544 13 56	20.000,00 SIT TRR: 06000-0052407750	5
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Katedra za družinsko medicino MF, Zavod za razvoj družinske medicine, doc. dr. Janko Kersnik, vodje: prof. dr. Igor Švab, asist. mag. Maja Petek Šter, asist. Ksenija Tušek Bunc, Tadeja Čerin, dr. med., Tamara Stefan Fras, dr. med., asist. Dean Klančič	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***
KC Ljubljana – SPS Kirurška klinika, prof. dr. Stane Repše	ga. Saša Rus, KC Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO za abdominalno kirurgijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si	40.000,00 SIT (DDV je vključen) TRR: 01100-6030277894, sklic na št. 2993033	v postopku
KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni – KC Ljubljana, prim. Franc Mrevlje	prim. Franc Mrevlje, KC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO EDPB, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 28 37, 522 27 38, E: franc.mrevlje@kclj.si	kotizacije ni	v postopku
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja KC, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo	ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	19.000,00 SIT (DDV je vključen)	8
Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič	ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08	30.000,00 SIT TRR: 02222-0019518588, sklic na št. 21900	***
Zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Medicinsko fakulteto in Pravno fakulteto	prim. Jelka Reberšek Gorišek, ga. Majda Petek, SB Maribor, Oddelek za nalezljive boleti in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 26 57, 321 26 31, F: 02 331 23 93, E: j.gorisek@sb-mb.si	***	***

MAREC 2005

TEMA

VSEBINA

18. – 19. ob 9.00

št. kandidatov

LJUBLJANA
Cankarjev dom

8. SCHROTTTOVI DNEVI: NOVOSTI V ZDRAVLJENJU

250

strokovno srečanje

podroben program Isis • 12/2004

18. – 19. ob 8.30

LJUBLJANA
predavalnica v 4. nad., Inštitut RS za rehabilitacijo

16. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: POŠKODBE GLAVE – VPLIV CELOSTNE NEVROREHABILITACIJSKE OBRAVNAVE NA FUNKCIJSKI IZID

ni omejeno

strokovno srečanje za specialiste in specializante fizioterapije, kirurgije, nevrologije, ortopedije, travmatologije, interne medicine, splošne/ družinske medicine in vse druge zdravstvene delavce

18. – 19.

BLED
13. AŽMANOVI DNEVI

ni omejeno

strokovno srečanje za vse, ki jih zanima gorska, višinska, urgentna medicina

31.3. – 2.4.

KRANJSKA GORA
hotel Lek

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

20

učna delavnica za zdravnike splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji

APRIL 2005

1. – 2. ob 16.00

LJUBLJANA
Medicinska fakulteta

XXII. ORTOPEDSKI DNEVI – BOLEZNI IN POŠKODBE RAMENSKEGA SKLEPA

posvet za vse zdravnike

15. – 16. ob 8.00

MARIBOR
Kongresni center Habakuk

15. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU Z MEDNARODNO UDELEŽBO

posvet za pediatre, šolske zdravnike, družinske in splošne zdravnike

15. – 16. ob 9.00

BLED
Festivalna dvorana

11. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLENI IN ENDODONTIJE

do 500

posvet za zobozdravnike in sestre

podroben program Isis • 1/2005

16. ob 9.00

LJUBLJANA
velika predavalnica Medicinske fakultete

TEŽKA ASTMA, IMUNOTERAPIJA

100

strokovni sestanek

17. ob 13.00

MURSKA SOBOTA
Mestni park

V. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK

ni omejeno

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

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Tonka Poplas Susič	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: www.drmed.org in www.drmed-mb.org	40.000,00 SIT TRR: 02045-0253583120	***
Inštitut RS za rehabilitacijo, prim. mag. Viktorija Košorok	ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@mail.ir-rs.si	38.000,00 SIT TRR: 01100-6030278088	***
Podkomisija za medicino pri GRS Slovenije	Peter Najdenov, dr. med., GSM: 041 749 049	***	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	v postopku
Ortopedska klinika – KC Ljubljana	ga. Irena Cotman, Ortopedska klinika, KC Ljubljana, Zaloška 9, 1000 Ljubljana, T: 01 522 41 74, F: 01 522 24 74	35.000,00 SIT poslovni račun: 02014-0089455595	***
KO za pediatrijo – SB Maribor, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Združenje za pediatrijo, prof. dr. Alojz Gregorič	ga. Tatjana Mauko, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 4, 2000 Maribor, T: 02 228 63 56, ga. Jelka Rojko, SB Maribor, KO za pediatrijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 21 10	40.000,00 SIT TRR: 04515-0000124280 , sklic na št. 1031	***
Center za zobne bolezni – Stomatološka klinika, doc. dr. Franek Klemenc	ga. Marjana Bajt, Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, T: 04 578 03 50	35.800,00 SIT (DDV je vključen)	v postopku
Alergološka sekcija SZD	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	kotizacije ni	***
Zdravniško društvo Pomurja, Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, asist. mag. Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., SB Murska Sobota, dr. Vrtnjakova 6, 9000 Murska Sobota, mag. Alojz Horvat, dr. med., Leon Lans, dr. med., ZD Murska Sobota, http://www.sb-ms.si	1.000,00 SIT člani Medicusa, 2.000,00 SIT ostali	***

MAJ 2005

TEMA

VSEBINA

18. – 21.

št. kandidatov

BLED
hotel Golf17TH EUROPEAN FEDERATION OF
AUTONOMIC SOCIETIES CONGRESS

kongres za nevrologe, interniste, urologe in splošne zdravnike

19. – 21.

PORTOROŽ
hotel SlovenijaIV. KONFERENCA SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV
IZ SVETA IN SLOVENIJE

posvet

26. – 28.

KRANJSKA GORA
hotel LekOSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME
– POUK BOLNIKA Z ASTMO – VODENJE
BOLNIKA S KOPB

20

učna delavnica za zdravnike splošne prakse, vabljeni
tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji

27. – 28. ob 9.00

PORTOROŽ
Hoteli MorjeVI. NOVAKOVI DNEVNI – NEVROLOŠKE
BOLEZNI IN NOSEČNOST

ni omejeno

strokovni sestanek za ginekologe, neonatologe, nevrologe

28. ob 10.00

BRDO PRI KRANJUXI. MEDICINSKI DUATLON IN III. POLETNI
MEDICINSKI TEK (10 KM) TER MEDNARODNI
STROKOVNI SIMPOZIJ

ni omejeno

udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti,
izven konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji

JUNIJ 2005

10. – 11. ob 10.00

LAŠKO
Kulturni center Laško18. ONKOLOŠKI VIKEND: PALIATIVNA
OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM

150

strokovno srečanje za vse zdravnike in medicinske sestre

[podroben program Isis • 1/2005](#)

SEPTEMBER 2005

16. – 17.

MARIBORIV. KONGRES ŠOLSKE IN VISOKOŠOLSKE
MEDICINE SLOVENIJE

kongres z mednarodno udeležbo

27. – 30.

EGIPT,
Kairo6TH INTERNATIONAL SCIENTIFIC MEETING

strokovno srečanje

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje nevrologov Slovenije, SPS Nevrološka klinika – KO za nevrologijo	ga. Anka Žekš, T: 01 522 32 11, F: 01 522 22 08, E: anka.zeks@kclj.si, W: http://www.efas.over.net	***	***
Svetovni slovenski kongres, spec. akad. st. Andrej Bručan, predsednik odbora za pripravo srečanj slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije	ga. Jana Čop, Svetovni slovenski kongres, Cankarjeva 1/IV, 1000 Ljubljana, T: 01 242 85 50, F: 242 85 58, E: ssk.up@siol.net	***	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	v postopku
Združenje za perinatalno medicino SZD, Združenje nevrologov SZD, Splošna bolnišnica Izola, prim. dr. Vasilij Cerar	ga. Martina Pečlin, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, KC Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1525 Ljubljana, T: 01 439 75 90, F: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	55.000,00 SIT (z DDV) za specialiste, 30.000,00 SIT (z DDV) za specializante TRR: 02222-0019518588 , sklic na št. 2210	***
Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, KC, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 52 29 219, F: 01 52 29 358, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si , domača stran: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, doc. dr. Branko Zakotnik	ga. Nives Turk, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 94 95, F: 587 91 22, F: 01 587 94 95, E: nturk@onko-i.si	28.000,00 SIT (DDV je vključen)	***
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino	mag. Leon Radolli, E: leon.radolli@zd-mb.si , asist. mag. Mojca Juričič, E: mojca.juricic@mf.uni-lj.si , Marisa Višnjevec Tuljak, dr. med., T: 05 663 50 35	***	***
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	dr. Anwar El Mofti St. Apt. 61 Nasr City, Cairo, Egypt, T: 00 202 405 35 75, 404 66 72, F: 00 202 402 06 09, E: pioneerrev@hotmail.com , W: www.rcog2005.com	***	***

OKTOBER 2005

TEMA

VSEBINA

5. – 8., LJUBLJANA

št. kandidatov

37TH INTERNATIONAL DANUBE SYMPOSIUM FOR NEUROLOGICAL SCIENCES AND CONTINUING EDUCATION – A COMBINED EVENT WITH THE 21ST DR. JANEZ FAGANEL MEMORIAL LECTURE

strokovno srečanje za nevrologe, psihiatre, interniste, pediatrije, fiziatre in splošne zdravnike

6. – 8.

BLED
hotel Golf

4. KONGRES ANESTEZIOLOGOV SLOVENIJE

kongres z mednarodno udeležbo. Teme: novosti v poučevanju ter opremi v anesteziji in intenzivni medicini, vprašanja pri izbiri anestezije in zdravljenja pooperativne bolečine, novosti pri oživiljanju in nujnih posegih, šokovna stanja

6. – 8.

MARIBOR
Kongresni center
Habakuk,
Pohorska ul. 59

AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE

250 do 300

2. strokovni seminar z mednarodno udeležbo za zdravnike in specializante družinske medicine, urgentne medicine, specializante internističnih in kirurških strok ter zdravstvenim tehnikom v NMP, intenzivnih enotah in družinski medicini

11. – 15.

**GOLNIK IN BRDO
PRI KRANJU**
Bolnišnica Golnik,
Hotel Brdo

GOLNIŠKI SIMPOZIJ – UČNE DELAVNICE TORAKALNE RADIOLOGIJE, BRONHOLOGIJE, PLJUČNE FUNKCIJE IN CITOPATOLOGIJE

30 v vsaki
delavnici,
predavanje –
ni omejeno

mednarodno strokovno srečanje za specialiste, specializante pulmologije in medicinske sestre

12. – 15.

DUBROVNIK
Hrvaška

HEALTHY YOUTH – AN INVESTMENT IN FUTURE – 13. KONGRES EUSUHM (EUROPEAN UNION OF SCHOOL AND UNIVERSITY HEALTH MEDICINE)

strokovno srečanje

13. – 15. ob 9.00

BLED
Festivalna dvorana Bled

APPROPRIATE USE OF ANTIMICROBIALS

ni omejeno

posvet za zdravnike

Ponovno pregledujemo sadove posejanega,
čeprav je jesen že pozabljena.

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje nevrologov Slovenije, SPS Nevrološka klinika – KO za nevrologijo, KO Inštitut za klinično nevrofiziologijo	ga. Anka Žekš, T: 01 522 32 11, F: 01 522 22 08, E: anka.zeks@kclj.si in g. Tone Žakelj, T: 01 522 15 09, E: tone.zaklej@kclj.si	***	***
Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, prim. Nada Kodrič	informacije: mag. Mateja Lopuh, GSM: 031 886 344, mag. Jasmina Markovič Božič, GSM: 031 626 577, prijave: SZAIM, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, E: szaim@mf.uni-lj.si	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, katedra za družinsko medicino MF Maribor, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor – Center za nujno medicinsko pomoč, doc. dr. Štefek Grmec	doc. dr. Štefek Grmec, Organizacijski odbor srečanja "Akutna stanja", Center za NMP, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 321 12 34, GSM: 051 358 440, E: grmec- mis@siol.net, g. Darko Čander, GSM: 041 735 442 ali 041 708 575	***	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 25 69 111, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	***	***
European Union for School and University Health Medicine	asist. mag. Mojca Juričič, E: mojca.juricic@mf.uni-lj.si, W: www.horook.com/13congress%2Deusuhm/test/	200 EUR (do 15. 7. 2005), nato 250 EUR	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, doc. dr. Bojana Beović	informacije: doc. dr. Bojana Beović, dr. med., T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, prijave: Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled	300 EUR	***

Želimo Vam,
da bo setev za leto 2005 kakovostna,
ter vam vsem prinesla zelene plodove.

Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

OBRAZEC

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

fax: 01/30 72 159

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v _____ številki Izide.

Za objavo podatkov v Koledarju strokovnih prireditev pošiljamo naslednje podatke:

Datum prireditve

Pričetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število slušateljev

(če je določeno)

(neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, 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

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja

PROGRAMI

DIAGNOSTIČNE IN TERAPEVTSKE MOŽNOSTI HISTEROSKOPIJE Posvet z mednarodno udeležbo

organizatorja •
SB Maribor - KO za ginekologijo in perinatologijo in
Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

**MARIBOR, velika predavalnica v 16.
nadstropju kirurške stolpnice, Splošna
bolnišnica Maribor**
14. januar 2005

PROGRAM:

Petek, 14. januarja 2005

8.30 – 12.00 Prijava

Prva sekcija

Voditelj: Y. Van Belle, M. Reljič

9.30 – 9.45 Pozdravni nagovor

9.45 – 10.15 Y. Van Belle: Modern
hysteroscopy - possibilities, limits
and challenges.

10.15 – 10.30 B. Žegura: Our experience in
outpatient hysteroscopy.

10.30 – 11.00 M. H. Emanuel: Long-term results
of hysteroscopic myomectomy, a
10-year survey of risk-factors for
recurrence.

11.00 – 11.30 M. H. Emanuel: Hysteroscopic
morcellation, a new technique
how to remove endometrial
polyps and submucous myomas.

11.30 – 11.45 X. Liebold: Transcervical
resection in saline.

11.45 – 12.00 Razprava

12.00 – 12.30 Odmor

Druga sekcija

Voditelj: M. H. Emanuel, M. Ribič Pucelj

12.30 – 13.00 M. Ribič Pucelj: Which uterine
anomaly should be treated?

13.00 – 13.30 T. Tomažević: Does small uterine
septum really behave benignly?

13.30 – 14.00 M. Reljič: Reproductive outcome
before and after hysteroscopic
metroplasty in women with
septate uterus.

14.00 – 14.15 Razprava

14.30 Svečani zaključek posveta s
kosilom in kulturnim programom
v hotelu Habakuk

Organizacijski odbor:

asist. mag. Branka Žegura, doc. dr. Milan Reljič,
prim. Gregor Pivec,

Strokovni odbor: doc. dr. Iztok Takač, prof. dr.
Elko Borko, doc. dr. Martina Ribič Pucelj, prof.
dr. Tomaž Tomažević, prim. prof. dr. Ivan Kranjc

Informacije in prijave: asist. mag. Branka
Žegura, E: branka.zegura@guest.arnes.si,
ga. Andreja Šlag, tajnica, T: 02 321 21 78,
F: 02 331 23 93, E: gin.perinat@sb-mb.si

OPERATIVNI POSEGI NA SPODNJIH UDIH PRI OTROCIH S CEREBRALNO PARALIZO

organizatorja •
Inštitut RS za rehabilitacijo in Ortopedska klinika
Ljubljana

**LJUBLJANA, v predavalnici v IV. nadstropju,
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo**
21. – 22. januar 2005



1954-2004
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo

PROGRAM:

Petek, 21. januarja 2005

13.00 – 14.00 Prijava

14.00 – 14.15 Uvodne besede, F. Pečak

14.15 – 14.35 Biomehanika hoje in posebnosti
pri otrocih s CP, V. Antolič, K.
Schara

14.35 – 14.55 Zapleti na skeletu pri otrocih s
cerebralno paralizo, M. Gorenšek

14.55 – 15.15 Spastičnost pri otrocih
– značilnosti in terapevtska
izhodišča, M. Gregorič

15.15 – 15.35 Kineziološka analiza hoje pri
otrocih s cerebralno paralizo, A.
Pražnikar

15.35 – 15.50 Razprava

15.50 – 16.15 Odmor

16.15 – 16.35 Konzervativni ukrepi za
preprečevanje zapletov na
spodnjih udih pri otrocih s
cerebralno paralizo, K. Groleger,
H. Damjan, I. Vrečar, Z. Pihlar

16.35 – 16.55 Indikacije za korektivne
operativne posege na spodnjih
udih pri otrocih s CP, A. Demšar,
L. Plaskan

16.55 – 17.05 Pediatrična pred- in pooperativna
obravnavna otroka s CP, N.
Berdan, D. Šervicelj

17.05 – 17.15 Anestezija pri otroku s
cerebralno paralizo, N. Kodrič

17.15 – 17.45 Razprava

Sobota, 22. januarja 2005

9.00 – 10.45 Operativno zdravljenje
subluksiranega in luksiranega
kolka pri otrocih s cerebralno
paralizo, A. Leet

10.45 – 11.05 Izkušnje z operativnim
zdravljenjem kolcev pri otrocih
s CP na Ortopedski kliniki KC
Ljubljana, K. Schara, B. Baebler

11.05 – 11.20 Paliativni operativni posegi na
kolku pri otrocih s CP, J. Breclj

11.20 – 11.40 Razprava

11.40 – 12.00 Odmor

12.00 – 12.20 Operativno zdravljenje kontraktur
v kolenu in deformacij stopal
pri otroku s CP, B. Baebler, K.
Schara

12.20 – 12.40 Rehabilitacijski program pri
otrocih s cerebralno paralizo po
operativnih posegih na spodnjih
udih, H. Damjan, I. Vrečar, Z.
Pihlar

12.40 – 12.55 Tridesetletne izkušnje s
korektivnimi operativnimi posegi
na spodnjih udih pri otrocih s CP
v SB Celje, L. Plaskan, A. Demšar

12.55 – 13.10 Izkušnje z operativnimi posegi na
spodnjih udih pri otrocih s CP v
SB Maribor, A. Pehnec

13.10 – 13.30 Razprava

13.30 – 14.00 Predstavitve kliničnih primerov,
A. Leet, K. Schara, H. Damjan

Zaključek

Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom
(fiziatrom, ortopedom, pediatrom, razvojnim
pediatrom, nevrologom, fizioterapevtom
(nevrofizioterapevtom) in vsem, ki jih zanima
področje zdravljenja in rehabilitacije otrok s
cerebralno paralizo.

Kotizacijo v višini 30.000 SIT (DDV vključen)
nakažite na TRR Inštituta za rehabilitacijo št.:
01100-6030278088, 3 dni pred pričetkom
seminarja. Kotizacija vključuje potrdilo o
udeležbi, prigrizke in napitke med odmori.
Ob registraciji predložite potrdilo o plačilu
kotizacije. V 8 dneh po končanem seminarju
vam bomo po pošti poslali račun.

Prijave sprejemamo najkasneje do 15. januarja
2005 na naslovu: Tajništvo Klinike FMR,
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo,
Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 47 58 253,
F: 01 43 72 070, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si

Informacije:

Tajništvo Klinike FMR, T: 01 47 58 253,
E: vesna.grabljevec@mail.ir-rs.si ali
ga. Irena Cotman, Ortopedska klinika,
KC Ljubljana, E: irena.cotman@kclj.si

27. IATROSSKI Posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran

organizator •
Organizacijski odbor Iatrosski

KRANJSKA GORA

27. – 28. januar 2005

PROGRAM:

Četrtek, 27. januarja 2005

15.30 Tek (ob hotelu Kompas)

Kategorija za moške in ženske

A – do vključno 35 let starosti

B – do 50 let

C – nad 50 let

Ženske tečejo 3, moški 5 km

19.00 Gostilna Martin – pivnica,
Kranjska Gora

Otvoritev 27. Iatrosski, razglasitev rezultatov tekov, zakuska

Petek, 28. januarja 2005

11.00 Veleslalom – smučišče Kranjska Gora
– sedežnica Podles

Kategorija za ženske in moške

A – rojeni 1974 in mlajši

B – 1973 – 1964

C – 1963 – 1954

D – 1953 – 1944

E – 1943 – 1934

F – 1933 in starejši

12.00 Drugi tek za najboljših 5 iz vsake
kategorije

15.00 Hotel Lek – koktajl

16.00 Posvetovanje športne medicine

Slavnostna razglasitev rezultatov

Večerja

Organizacijski odbor Iatrosski: Franci Koglot,
dr. med., Nova Gorica, spec. akad. st. Andrej
Bručan, dr. med., Ljubljana, prim. Anton Lah,
Jesenice, Tatjana Pintar, dr. med., Ljubljana

Kotizacija:

- tek 3.500,00 SIT
- VSL 10.000,00 SIT
- skupaj tek in VSL 12.000,00 SIT

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

Prijave skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji
pošljite do 28. 1. 2005 na naslov: Franci Koglot,
dr. med., Bolnišnica Šempeter pri Gorici, 5290
Šempeter pri Gorici.

Kasnejših prijav ne sprejemamo. V prijavi
navedite: spol, letnico rojstva, delovno mesto,
ustanovo oziroma društvo za katero nastopate.
Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani
moški in dve ženski ali tri najbolje točkovane
ženske in dva moška. Udeleženci tekmujejo
na svojo odgovornost. Posebna priznanja
za kombinacijo VSL+TEK. Tekmovanje
šteje za izbiro uradne slovenske zdravniške
reprezentance za nastop na svetovnem
prvenstvu.

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

2. DELAVNICA INTENZIVNE MEDICINE

Ocena srčne funkcije in cirkulacije pri kritično bolnih

organizator •
Oddelek za intenzivno interno medicino, SB
Celje v sodelovanju s Slovenskim združenjem za
intenzivno medicino
CELJE,
Splošna bolnišnica Celje
28. januar 2005

PROGRAM:

Petek, 28. januarja 2005

8.30 – 9.00 Prijava

9.00 – 9.30 Pozdrav udeležencem ter uvod
(Gorazd Voga, Presker, Radko
Komadina, predsednik SZIM)

Predavanje:

9.30 – 11.30

- Fiziološke in patofiziološke osnove
(Matej Podbregar)

- Klinična ocena (Roman Parežnik)
- Biokemični označevalci pri srčni in
cirkulacijski odpovedi (Matej Podbregar)
- Pomen ultrazvoka za oceno srčne funkcije
in cirkulacije (Bojan Krivec)
- Manj invazivne metode (ezofagealni dopler,
PICCO, LiDCO, NICO (Giorgo della Roca,
Videm, Italija))

Odmor

12.00 – 14.00

- Invazivni hemodinamski nadzor
(Gorazd Voga)
- Ocena desnostranske srčne odpovedi in
novosti pri pljučni emboliji
(Matej Podbregar)
- Pomen merjenja RVEDV in REF za oceno
srčne funkcije
(Giorgo della Rocca, Videm, Italija)
- Izbira najbolj ustrezne metode
(Gorazd Voga)

Odmor

Praktični prikaz:

15.00 – 18.00

- Ultrazvok (Bojan Krivec)
- PICCO (Rafael Skale, Barbara Hudournik)
- SG kateter z REDV (Roman Parežnik, Lucija
Gabršček)

18.30 Skupna večerja

Kotizacija: 12.000,00 SIT. Ob prijavi navedite
ime in priimek udeleženca, naslov, davčno
številko plačnika. Za plačilo bomo poslali račun.

Informacije: doc. dr. Matej Podbregar,
Oddelek za intenzivno interno medicino,
Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5,
3000 Celje, T: 03 423 34 15, F: 03 423 34 15,
E: matej.podbregar@guest.arnes.si

Rok za prijavo: 5. januar 2005

3. KONGRES SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA OSTEointegracijo

organizator •
Slovensko društvo za osteointegracijo

PORTOROŽ,
Kongresni center Hotela Bernardin
28. – 29. januar 2005

PROGRAM:

Petek, 28. januarja 2005

- | | |
|-------|--|
| 9.00 | Svečano odprtje – Kulturni program |
| 9.20 | Ihan Hren N.: Naše izkušnje z vsadki v brezzobo čeljust |
| 9.40 | Kuhar M.: Snemna protetika, sidrana na vsadkih |
| 10.00 | Odmor |
| 10.30 | Kansky A. A.: Oskrba delne brezzobe čeljusti z vsadki |
| 11.20 | Sotošek B.: Avgmentacija trdih in mehkih ustnih tkiv |
| 11.40 | Razprava |
| 12.30 | Kosilo v restavraciji hotela Bernardin |
| 14.00 | Quyrinen M.: Periimplantitis – ali zares obstaja? |
| 15.30 | Gorjanc M.: Dvig sinusnega dna: standardna ali izjemna implantološka obravnava? |
| 15.50 | Marion L.: Procera – protetični sistem za oskrbo vsadkov |
| 16.20 | Rode M.: Ocena kakovosti različnih implantatnih sistemov |
| 16.40 | Odmor |
| 17.00 | Mlinar A.: Strokovno izrazoslovje pri delu z vsadki |
| 17.20 | Favero G. A.: Anatomske omejitve in metode tkivne razširitve, potrebne pri vsadkih |
| 18.45 | Razprava |
| 20.00 | Slavnostna večerja |

Sobota, 29. januarja 2005

- | | |
|------|---|
| 9.00 | Antenucci F.: Protetične rešitve na vsadkih |
|------|---|

- | | |
|-------|--|
| 10.15 | Odmor |
| 10.45 | Iudica L.: CAD-CAM sistem pri izdelavi na vsadkih sidranih konstrukcij |
| 11.45 | Simončič B.: Obeti za uspešno estetsko rehabilitacijo z vsadki |
| 12.00 | Zaključek 2. kongresa SDO |

Kotizacija:
40.000,00 SIT, nakažite jo na
TRR: 02140-0253493978

Informacije:
Boris Simončič, dr. dent. med., Slovensko društvo za osteointegracijo, Zaloška 159, 1110 Ljubljana, T: 01 540 02 00, E: boris@simoncic.com

40. KIRURŠKI DNEVI

organizator •
KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana

LJUBLJANA,
1. predavalnica Kliničnega centra
11. – 12. februar 2005

PROGRAM:

Petek, 11. februarja 2005

- | | |
|------|-----------------------------|
| 8.00 | Prihod udeležencev, prijava |
| 9.00 | Odprtje 40. kirurških dni |

Žilna kirurgija – voditelj B. Geršak

- | | |
|-------|--|
| 9.30 | M. Kozak: Racionalna diagnostika perifernih žilnih bolezni |
| 9.45 | B. Geršak: Indikacije za kirurško zdravljenje perifernih arterijskih bolezni |
| 10.00 | A. Breclj: Indikacije za kirurško |

- | | |
|-------|---|
| | zdravljenje varic |
| 10.15 | I. Knežević: Spremljanje bolnika po kirurškem posegu na perifernem ožilju |
| 10.30 | Razprava |

- | | |
|-------|-------|
| 10.45 | Odmor |
|-------|-------|

Urologija – voditelj C. Oblak

- | | |
|-------|--|
| 11.15 | M. Žumer Pregelj: Racionalna diagnostika krvosečnosti |
| 11.30 | B. Sedmak: Stopenjsko zdravljenje uroloških vnetij |
| 11.45 | I. Sterle: Indikacije za kirurško zdravljenje raka prostate |
| 12.00 | M. Mihelič: Spremljanje urološkega bolnika po posegih na prostati in mehurju |
| 12.15 | Razprava |
| 12.30 | Odmor |

Abdominalna kirurgija – voditelj A. Pleskovič

- | | |
|-------|--|
| 13.00 | M. Sever: Prepoznavanje kil in racionalna napotitev |
| 13.15 | A. Glavič: Sodobna načela hernioplastike |
| 13.30 | P. Košorok: Spremljanje bolnika po hernioplastiki v dnevni bolnišnici |
| 13.45 | A. Pleskovič: Oskrba bolnikov po težkih abdominalnih operacijah po odpustu iz bolnišnice |
| 14.00 | Razprava |
| 14.15 | Kosilo – prigrizek |

- | | |
|---------------|--|
| 15.30 – 16.30 | Video prikazi izbranih operacij s komentarji: apendektomija, hernioplastika, laparoskopska holecistektomija, hemikolektomija |
|---------------|--|

Travmatologija – voditelj V. Senekovič

- | | |
|-------|---|
| 16.30 | S. Herman: Indikacije za travmatološko obravnavo pri poškodbah okostja |
| 16.45 | M. Vesel, M. Dobravec, S. Al Mawed: Sodobna načela oskrbe poškodb hrbtenice |
| 17.00 | F. Štefanič: Novi pristopi pri zdravljenju zlomov proksimalnega dela nadlaktnice pri starostnikih |
| 17.15 | T. Malovrh, M. Vesel, A. Lah, F. Štefanič: Spremljanje travmatoloških bolnikov po odpustu iz bolnišnice |
| 17.30 | Razprava |
| 17.45 | Zaključek prvega dne |
| 20.00 | Svečana večerja |

Sobota, 12. februarja 2005**Plastična kirurgija – voditelj Z. M. Arnež**

- 8.30 T. Janežič: Kirurgija sprememb na koži
- 8.45 Z. M. Arnež: Rekonstrukcija dojke po radikalni mastektomiji
- 9.00 U. Ahčan: Lasersko zdravljenje kožnih sprememb
- 9.15 Razprava
- 9.30 Odmor

Torakalna, maksilofacialna in nevrokirurgija – voditelj J. Eržen

- 10.00 J. Eržen, J. Jerman, T. Štupnik: Videotorakoskopski posegi v prsni votlini
- 10.15 M. Bitenc, M. Sok, M. Srpčič: Laparoskopski posegi na KO za torakalno kirurgijo
- 10.30 D. Dovšak, A. A. Kansky: Sodobna načela zdravljenja raka ustne votline
- 10.45 A. Vesnaver: Novosti pri zdravljenju poškodb obraza
- 11.00 M. Koršič: Endoskopski posegi v nevrokirurgiji
- 11.15 Razprava
- 11.30 Prigrizek

Anesteziologija in terapija bolečine – voditelj D. Vlahovič

- 12.00 D. Vlahovič: Novosti pri anesteziološki obravnavi bolnikov pri nujnih operacijah
- 12.15 D. Diallo Renko: Novosti pri anesteziološki obravnavi bolnikov pri ambulantnih operacijah
- 12.30 G. Požlep: Novosti pri zdravljenju pooperativne bolečine
- 12.45 Razprava
- 13.00 Zaključek 40. kirurških dnevov

Ciljni udeleženci:

Zdravniki splošne in družinske medicine, specializanti kirurgije ter sekundariji

Kotizacija:

40.000 SIT (vključen DDV).
Številka podračuna: 01100-6030277894,
sklic: 2993033 (ime in priimek udeleženca)

Prijave in informacije:

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

21. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: BOGASTVO RAZLIČNOSTI – DRUŽINSKA MEDICINA NA STIČIŠČU KULTUR

organizatorji •

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD,
Katedra za družinsko medicino MF in Zavod za razvoj družinske medicine

LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58

11. – 12. februar 2005

**PROGRAM:****Petek, 11. februarja 2005**

- 7.45 – 8.00 Prijava
- 8.00 – 8.30 Pozdrav in predstavitev udeležencev
- 8.30 – 9.00 Tadeja Čerin: Definicija medicinske antropologije, razlike med bolniki in zdravniki, načini sporazumevanja ob upoštevanju kulturnih značilnosti bolnikov
- 9.00 – 10.30 Tadeja Čerin, Ksenija Tušek Bunc, Tamara Fras, Marija Petek: Izkušnje iz prakse. Nevihta možganov, predstavitev težav pri praktičnem delu, obravnava domačih nalog, nekaj primerov – delo v skupinah
- 10.30 – 11.00 Odmor
- 11.00 – 11.30 Tamara Fras: Vpliv kulture na doživljanje bolezni, bolezenske znake in odnos do bolezni – bolnikova plat medalje
- 11.30 – 13.00 Tadeja Čerin, Ksenija Tušek Bunc, Tamara Fras, Marija Petek Šter: Težave, ki se pojavljajo pri delu z bolniki različnih kultur – učenje sporazumevanja in strategij, igra vlog – delo v skupinah
- 13.00 – 14.30 Kosilo
- 14.30 – 15.00 Ksenija Tušek Bunc: Upoštevanje kulturnih značilnosti in k bolniku usmerjena oskrba
- 15.00 – 16.30 Tadeja Čerin, Ksenija Tušek Bunc, Tamara Fras, Marija Petek

Šter: Skupina izbere eno temo: narodna pripadnost, spol, kultura, spolna usmeritev, vrednote, telesne omejitve bolnika, VIP in znanci kot bolniki ... – delo v skupinah

16.30 – 17.00 Odmor

17.00 – 17.30 Kratka predstavitev dnevnega dela v skupinah

18.00 Družabno srečanje

Sobota, 12. februarja 2005

9.00 – 10.00 Tomaž Kocjan, Vlasta Vodopivec Jamšek: Novosti pri zdravljenju osteoporoze

Osteoporoza v ambulantni družinskega zdravnika

10.00 – 10.30 Marija Petek Šter: Sporazumevanje s tuje govorečim bolnikom

10.30 – 11.00 Odmor

11.00 – 11.30 Dean Klančič: Možnosti razreševanja sporov

11.30 – 13.00 Tadeja Čerin, Ksenija Tušek Bunc, Tamara Fras, Marija Petek Šter: Prepoznavanje in razreševanje sporov in težavnega sporazumevanja, igra vlog – delo v skupinah

13.00 – 14.30 Kosilo

14.30 – 16.00 Tadeja Čerin, Ksenija Tušek Bunc, Tamara Fras, Marija Petek Šter: Izdelava priporočil za obravnavo bolnika z upoštevanjem njegove kulturne pripadnosti – delo v skupinah

16.00 – 17.00 Predstavitev dela v skupinah

17.00 – 17.30 Zaključek delavnice 2005

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

Vodja delavnice: prof. dr. Igor Švab, dr. med.
Vodje skupin: asist. mag. Marija Petek Šter, asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., Tadeja Čerin, dr. med., Tamara Fras, dr. med.
Lokalni organizator: asist. Dean Klančič, dr. med.

Namena:

- okrepiti zavedanje, da različnost obstaja v našem okolju in v nas samih
- okrepiti zavedanje, da različnost obstaja tudi v družinski medicini

Cilji:
Udeleženci se bodo naučili:

- Osnove medicinske antropologije
- Upoštevanje vpliv in značilnosti kulturne pripadnosti bolnika
- Pridobiti informacije o različnih kulturah svojih bolnikov
- Različne načine sporazumevanja z bolniki za premagovanje razlik
- Upoštevanje različne vrednote in odnos do bolezni ter zdravljenja
- Prepoznati svoje lastne vrednote, prepričanja in predsodke
- Značilnosti sporazumevanja s tuje govorečim bolnikom

Srečanje so omogočili:
Aventis Pharma d.o.o.,
član skupine Sanofi Aventis

Navodilo: preberite svetovano literaturo na spletni strani <http://www.drmed.org/novica.php?id=369>, <http://www.drmed.org/novica.php?id=312>, <http://www.drmed.org/novica.php?id=332>, <http://www.drmed.org/novica.php?id=346>, <http://www.drmed.org/novica.php?id=431> in zbornik Družinska medicina na stičišču kultur <http://www.drmed.org/novica.php?id=107> ali <http://www.drmed-mb.org/zborniki/zbornikdm/zbornikdm.htm>. Pripravite vsaj en prikaz primera težav zaradi različnih kulturnih pogledov na obravnavo ali reševanje zdravstvenih težav vaših bolnikov iz svojega dosedanjega dela v obliki poročila, analize primera ali posnetega videa.

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.

Rok za prijave: 27. januar 2005.

XIX. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

organizator •
Klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni

LJUBLJANA,
1. predavalnica Kliničnega centra Ljubljana
4. – 5. marec 2005

PROGRAM:

Petek, 4. marca 2005

11.30 – 12.00 Prijava udeležencev
12.00 Uvodne besede
Anketa

Sklop I (Voditeljica: Maja Ravnik Oblak)

12.40 – 13.00 M. Ravnik Oblak: Klasifikacija, etiopatogeneza, diagnostika
13.00 – 13.20 A. Janež: Vzgoja in izobraževanje sladkornih bolnikov
13.20 – 13.40 M. Medvešek: Prehrana bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2
13.40 – 14.00 M. Vrtovec: Telesna dejavnost
14.00 – 14.30 Odmor

Sklop II (Voditelj: Franc Mrevlje)

14.30 – 15.00 F. Mrevlje: Zdravljenje s peroralnimi antidiabetiki
15.00 – 15.20 F. Mrevlje: Zdravljenje z inzulinom
15.20 – 16.00 P. Senčar Božič: Predstavitev repaglinida in inzulinskih pripravkov
16.00 – 16.20 M. Tomažič Rode: Samonadzor
16.20 – 16.40 Odmor

Sklop III (Voditelj: Marjeta Tomažič Rode)

16.40 – 17.10 J. Zaletež: Kronični zapleti sladkorne bolezni tipa 2
17.10 – 17.30 J. Zaletež: Arterijska hipertenzija pri sladkornem bolniku
17.30 – 17.50 V. Urbančič Rovar: Diabetična noga
17.50 – 18.15 M. Medvešek: Dislipidemija pri sladkornem bolniku
18.15 – 18.40 M. Medvešek: Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah
18.40 – 19.00 M. Ravnik Oblak: Psihosocialni vidiki
19.30 Skupna večerja

Sobota, 5. marca 2005

Delavnice (skupine A, B, C – razpored dobijo poslušalci ob prihodu)

8.00 – 9.00 Svetovanje prehrane
(M. Bohnec – A, M. Hočevar – B, M. Tomažin Šporar – C)
9.00 – 10.00 Samonadzor

(M. Bohnec – A, M. Hočevar – B, M. Tomažin Šporar – C)
10.00 – 11.00 Peroralna terapija, 1. del (F. Mrevlje – A, M. Vrtovec – B, M. Ravnik Oblak – C)
11.00 – 11.20 Odmor
11.20 – 12.20 Peroralna terapija, 2. del (F. Mrevlje – A, M. Tomažič – B, M. Ravnik Oblak – C)
12.20 – 13.20 Zdravljenje z inzulinom (F. Mrevlje – A, M. Vrtovec – B, V. Urbančič – C)
13.20 – 14.20 Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah (V. Urbančič – A, M. Medvešek – B, M. Tomažič – C)
14.20 – 15.00 Odmor
15.00 – 15.30 Diabetična noga, prikaz primerov (V. Urbančič)
15.30 – 15.50 Obravnava sladkornega bolnika v ambulantni splošne medicine (M. Tomažič)
15.50 – 16.30 Anketa (preizkus pridobljenega znanja, ocena šole)
16.30 Zaključek

Kotizacije ni.

Informacije: prim. Franc Mrevlje, KC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO EDPB, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 28 37, 522 27 38, E: franc.mrevlje@kcjlj.si

14. POSVETOVANJE MEDICINA IN PRAVO

organizatorji •
Zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Medicinsko fakulteto in Pravno fakulteto Univerze v Mariboru
MARIBOR, Aula magna, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15
18. – 19. marec 2005

TEME:

1. Duševno zdravje (nova zakonodaja in nova spoznanja)
2. Nujna medicinska pomoč (pravni in etični okvirji)

Informacije:
prim. Jelka Reberšek Gorišek,
ga. Majda Petek, SB Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor,
T: 02 321 26 57, 321 26 31, F: 02 331 23 93,
E: j.gorisek@sb-mb.si

BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA VI. PODDIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

organizatorja •
SZD Slovensko nefrološko društvo in KO za nefrologijo - SPS Interna klinika, KC Ljubljana

LJUBLJANA,
1. predavalnica Kliničnega centra
17. – 19. marec 2005

PROGRAM:

Četrtek, 17. marca 2005

8.00 – 9.00 Prijava udeležencev
9.00 – 9.05 S. Kaplan Pavlovčič: Uvod

Preiskavne metode v nefrologiji

Voditelj: S. Kaplan Pavlovčič

9.05 – 9.35 J. Lindič: Ocenjevanje ledvičnega delovanja in laboratorijska analiza seča

9.35 – 10.00 D. Černe: Napake pri laboratorijskem vrednotenju izvidov

10.00 – 10.25 J. Buturovič Ponikvar: Slikovni prikazi v nefrologiji

10.25 – 10.45 Razprava

10.45 – 11.00 Odmor

11.00 – 11.30 A. Vizjak: Serološke preiskave v nefrologiji

11.30 – 11.55 M. Malovrh: Ledvična biopsija

11.55 – 12.25 D. Ferluga: Patološka analiza ledvične biopsije

12.25 – 12.45 Razprava

12.45 – 14.00 Odmor za kosilo

Najpogostejše motnje v elektrolitnem in vodnem ravnotežju

Voditelj: R. Kveder

14.00 – 14.30 D. Kovač: Motnje v presnovi natrija in vode

14.30 – 15.00 J. Kovač: Motnje v presnovi kalija

15.00 – 15.30 J. Pakaj: Edemi in klinična uporaba diuretikov

15.30 – 16.00 K. Cerik: Motnje elektrolitov pri zdravljenju srčnega popuščanja

16.00 – 16.15 Razprava

16.15 – 16.30 Odmor

Primarni glomerulonefritisi in intersticijske bolezni ledvic

Voditelj: D. Kovač

16.30 – 17.10 R. Kveder: Klinični sindromi

glomerulnih bolezni
17.10 – 17.40 M. Arnol: Intersticijski nefritis
17.40 – 18.05 A. Urbančič: Cistična bolezen ledvic
18.05 – 18.30 V. Premru: Obstruktivna nefropatija
18.30 – 18.55 B. Knap, A. Bren: Ledvični kamni
18.55 – 19.10 Razprava

Petek, 18. marca 2005

Kronična ledvična bolezen

Voditelj: M. Malovrh

9.00 – 9.25 S. Kaplan Pavlovčič: Dejavniki tveganja in preventiva kronične ledvične bolezni

9.25 – 9.50 R. Kveder: Sodobne smernice neimunološkega zdravljenja kronične ledvične bolezni

9.50 – 10.15 D. Kovač: Sodobne smernice imunološkega zdravljenja kronične ledvične bolezni

10.15 – 10.40 J. Varl: Zdravljenje slabokrvnosti pri kronični ledvični bolezni

10.40 – 10.50 Razprava

10.50 – 11.10 Odmor

11.10 – 11.30 M. Benedik: Uremična bolezen kosti

11.30 – 12.00 B. Knap: Srce in ledvice

12.00 – 12.25 M. Benedik: Odmerjanje zdravil pri kronični ledvični bolezni

12.25 – 12.50 A. Marn Pernat: Vpliv zdravil na zdravljenje arterijske hipertenzije

12.50 – 13.00 Razprava

13.00 – 14.30 Odmor za kosilo

Akutna in končna ledvična odpoved

Voditelj: R. Ponikvar

14.30 – 15.00 R. Ponikvar: Akutna ledvična odpoved

15.00 – 15.30 J. Buturovič Ponikvar: Nadomestno zdravljenje s hemodializo

15.30 – 16.00 A. Guček: Nadomestno zdravljenje s peritonealno dializo

16.00 – 16.30 D. Kovač: Presaditev ledvice

16.30 – 16.45 Razprava

16.45 – 17.00 Odmor

Sistemske bolezni in ledvica

Voditelj: J. Lindič

17.00 – 17.25 J. Lindič: Diabetična nefropatija

17.25 – 18.05 A. Aleš: Sistemski vaskulitisi

18.05 – 18.30 B. Vujkovic: Fabryeva bolezen in druge bolezni pomanjkanja encimov

18.30 – 18.45 Razprava

Sobota, 19. marca 2005

9.00 – 16.30 Delavnice

Razdelitev udeležencev v tri skupine

- S. Kaplan Pavlovčič: Ledvice in srčno-žilni sistem
- R. Kveder: Kronične ledvične bolezni
- M. Malovrh: Vodenje bolnika s kronično ledvično boleznijo
- J. Lindič: Okužbe sečil
- D. Kovač: Zdravila in ledvice

Zaključek šole

Podiplomska šola je namenjena specializantom interne medicine, zdravnikom družinske medicine, specialistom, sekundarijem in vsem zdravnikom, ki želijo pridobiti ali osvežiti znanje o sodobnem, praktičnem pristopu k bolniku z najpogostejšimi vprašanji o bolezni ledvic in arterijski hipertenziji v povezavi z ledvično boleznijo. Šola je dobra osnova za preverjanje znanja pred opravljanjem usposabljanja iz nefrologije v okviru specializacije iz interne medicine in za kolokvij po opravljenem usposabljanju.

Organizacijski in strokovni odbor: prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, predsednica, prof. prim. dr. Marko Malovrh, strokovni vodja, doc. dr. Damjan Kovač, tajnik, dr. Jelka Lindič, blagajničarka

Kotizacija znaša 30.000 SIT, v kotizacijo je vključen DDV. Kotizacija vključuje udeležbo na strokovnem programu in delavnicah, knjigo, delovno kosilo, kavo med odmori in plačilo potrdila Zdravniške zbornice.

Prijavite se pisno ali preko faksa do 10. marca 2005 z enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih, objavljenih v Izidi. Na podlagi prijave bomo izstavili račun. Prijave pošljite na naslov: ga. Danica Berlec, Klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo, Hospitalni oddelek, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08

Dodatne informacije:

prof. prim. dr. Marko Malovrh, T: 01 522 24 60, F: 01 522 24 60, E: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, T: 01 522 24 08, F: 01 522 24 08; E: stasa.kaplan@kclj.si

11. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE

organizator •
Center za zobne bolezni – Stomatološka klinika
Ljubljana

BLED,
Festivalna dvorana
15. – 16. april 2005

PROGRAM:

Petek, 15. aprila 2005

- 8.00 – 9.00 Prihod udeležencev
9.00 – 9.10 Odprtje in pozdravne besede
9.10 – 9.20 Podelitev Brenčič-Logarjeve nagrade
9.20 – 9.40 Uspešnost endodontskega zdravljenja, Rok Jurič, Ljubljana
9.40 – 10.00 Zgodnji odziv pulpe ob preparaciji in jedkanju, Lidija Nemeth, Ljubljana
10.00 – 10.20 Dvoletna raziskava adhezivnih plomb cervikalnih lezij, Mirela Rode, Ljubljana
10.20 – 10.40 Abrazivnost in belilni učinek zobnih past, Matjaž Rode, Ljubljana
10.40 – 11.00 Odmor
- 11.00 – 11.40 Dentalna adhezija; mitovi i činjenice, Igor Šutič, Zagreb, Hrvaška (3M, ESPE-Prodent plačati)
11.40 – 12.20 Dveletne izkušnje s cementiranjem kompozitnih zatičev, Dragan Beloica, Schaan, Liechtenstein (Ivoclar, plačati)
12.20 – 12.40 Razprava
12.40 – 14.30 Odmor za kosilo
- 14.30 – 15.10 Recent developments in restorative dentistry, Andreas Gruetzner, Ulm, Nemčija (Prodent, Dentsplay, De Tray, plačati)
15.10 – 15.50 The use of Endorez in daily practice, Elisabeta Cotti, Palermo, Italija (Prodent, Ultradent, zastoni)
15.50 – 16.30 Gutta-flow, in vitro studies and clinical outcome, Matthias Roggendorf, Erlangen, Nemčija (Coltene, Prodent plačati)
16.30 – 17.00 Odmor
17.00 – 17.40 Pulp capping, etching and pulp

response, Cornelis H. Pameijer, Connecticut, ZDA
17.40 – 18.30 Razprava
20.30 Skupna večerja predavateljev

Sobota, 16. aprila 2005

- 9.00 – 9.20 Anatomija v endodontiji, Iztok Štampfelj, Ljubljana
9.20 – 9.40 MB 2, Igor Potočnik, Ljubljana
9.40 – 10.00 Dostopna kaviteta, Aleš Fidler, Ljubljana
10.00 – 10.20 Ponovno endodontsko zdravljenje, Nataša Jevnikar, Ljubljana
10.20 – 11.00 Odmor
- 11.00 – 11.20 Kaj nam še lahko pove "apex lokator", Janja Jan, Ljubljana
11.20 – 11.40 Kdaj in kako napotiti bolnika v endodontsko obdelavo, Franek Klemenc, Ljubljana
11.40 – 12.40 Razprava
12.40 Zaključek seminarja

Kotizacija: 35.800,00 SIT (DDV je vključen).

Informacije: ga. Marjana Bajt, Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, T: 04 578 03 50

18. ONKOLOŠKI VIKEND

organizatorji •
Kancerološko združenje SZD,
Onkološki inštitut Ljubljana in
Zveza slovenskih društev za boj proti raku
LAŠKO,
Kulturni center Laško
10. – 11. junij 2005

TEMA:

- Paliativna oskrba bolnikov z rakom

Kotizacija:
28.000,00 SIT (DDV je vključen).

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

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2005 Novosti v infektologiji Okužbe pri transplantirancih

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

LJUBLJANA,
1. predavalnica Kliničnega centra
11. – 12. marec 2005

PROGRAM:

Petek, 11. marca 2005

- 9.15 – 9.45 Novosti v infektologiji 2005 (F. Strle)
9.45 – 10.10 Novosti na področju zdravljenja virusnih okužb (J. Tomažič, M. Matičič)
10.10 – 10.35 Grožnja bakterijske odpornosti proti antibiotikom se širi preko zidov slovenskih bolnišnic (T. Lejko Zupanc, I. Grmek Košnik)
10.35 – 11.05 Odmor
- 11.05 – 11.20 Nova protibakterijska zdravila (B. Beović)
11.20 – 11.45 Sodobni pristop k bolniku po vrnitvi iz tropskih krajev v Slovenijo (M. Logar)
11.45 – 12.10 Novosti v pediatrični infektologiji (M. Arnež)
12.10 – 14.00 Kosilo
- 14.00 – 14.15 Program presajanja kostnega mozga v Sloveniji (J. Pretnar, J. Jazbec)
14.15 – 14.30 Program presajanja čvrstih organov v Sloveniji (D. Avsec Letonja in sod.)
14.30 – 14.55 Imunske spremembe pri bolnikih po presaditvi organov ali tkiv (V. Kotnik)
14.55 – 15.20 Pristop k bolniku z vročino po transplantaciji (J. Tomažič)
15.20 – 15.40 Pristop k bolniku s pljučno prizadetostjo po transplantaciji (S. Lotrič Furlan, M. Turel)
15.40 – 16.00 Odmor
- 16.00 – 16.20 Hepatitis pri bolnikih po transplantaciji (M. Matičič)
16.20 – 16.40 Obravnava bolnika z okužbo po presaditvi pri izbranem zdravniku (N. Kopčavar Guček)
16.40 – 17.00 Virološka diagnostika pri bolnikih po presaditvah (M. Poljak)

DELOVNA MESTA

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

objavlja prosto delovno mesto

specialista/specialistke s področja interne medicine

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje se sklepa za nedoločen čas s štiri mesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih izkušenj pošljite v osmih dneh po objavi na naslov:

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva 23 - 25, 2250 Ptuj.

Kandidate bomo obvestili o izbiri v 30 dneh po sprejeti odločitvi.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi

takoj zaposli

dva zdravnika splošne medicine

Pogoji:

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

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

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

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

objavlja prosto delovno mesto

dveh zdravnikov/zdravnic splošne/ družinske medicine

za nedoločen čas s polnim delovnim časom, za delo v splošni ambulanti in ambulantni NMP. Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

- zdravnik/zdravnica s končano medicinsko fakulteto in opravljenim strokovnim izpitom ali zdravnik/zdravnica sekundarij s končano medicinsko fakulteto in opravljenim sekundarijatom ali zdravnik/zdravnica, specialist splošne medicine s končano specializacijo iz splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece.

Kandidati/kandidatke naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica.

O izbiri bomo kandidate/kandidatke obvestili v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

Zdravstveni dom Ormož

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika/zdravnice splošne medicine po končanem sekundarijatu oziroma zdravnika specialista/zdravnice specialistke s temeljno specializacijo

Pogoji:

- VII. ali VIII. stopnja strokovne izobrazbe – medicinska fakulteta, splošna smer,
- končan sekundarijat ali specializacija,
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 2 leti delovnih izkušenj,
- vozniški izpit B-kategorije,
- dobro znanje slovenskega jezika,
- osnovno znanje računalništva – urejevalnik besedil.

Delovno mesto je prosto po dogovoru.

Z izbranim kandidatom/kandidatko bomo sklenili delovno razmerje za polni delovni čas in s trajanjem zaposlitve za določen čas 12 mesecev (začasno nadomeščanje zaradi porodniškega dopusta) s štirimesečnim poskusnim delom.

Pisne vloge z življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj ter z ustreznimi dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v roku 8 dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Ormož, Ul. dr. Hrovata 4, 2270 Ormož.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

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

Pogoji:

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

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov:

Zdravstveni dom dr. Julija Polca, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista ali zdravnika po končanem sekundarijatu

v splošni ambulanti Zdravstvenega doma Ribnica za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija iz splošne medicine oziroma družinske medicine ali zaključen sekundarijat,
- 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 od objave.

Zdravstveni dom Domžale

objavlja prosti delovni mesti

dveh zdravnikov

za delo v šolskem dispanzerju ter ambulantni splošne medicine in nujne medicinske pomoči. Obe delovni mesti s polnim delovnim časom, za določen čas – 1 leto, z možnostjo kasnejše zaposlitve za nedoločen čas.

Pogoji:

- končan študij na medicinski fakulteti – smer medicina,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo 4 mesece,
- usposobljenost za delo urgentne medicine.

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

Osnovno zdravstvo Gorenjske OE Zdravstveni dom Tržič

objavlja prosto delovno mesto **zdravnika specialista splošne ali družinske medicine (m/ž) ali zdravnika z opravljenim sekundarijatom in licenčnim izpitom (m/ž)**. Prijavijo se lahko tudi kandidati, ki zaključujejo sekundarijat. Razpis velja do zasedbe delovnega mesta.

Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine ali zdravnik po opravljenem sekundarijatu ali ki zaključuje sekundarijat (m/ž),
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Ponujamo zanimivo delo v prijetnem kolektivu, delo v ambulantni splošne/družinske medicine s stalno populacijo in občasno v ambulantni nujne medicinske pomoči, dobre možnosti za strokovno izpopolnjevanje.

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

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo na naslov: OZG OE Zdravstveni dom Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič.

Javni zavod Bolnišnica Topolšica

vabi k sodelovanju

predstojnika internega oddelka

Pogoji:

- specializacija iz interne medicine,
- zaželen akademski naziv mag., dr. znanosti,
- strokovne, organizacijske in vodstvene sposobnosti izkazane z dosedanjim delom,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika;

predstojnika pljučnega oddelka

Pogoji:

- specializacija iz interne medicine,
- zaželen podiplomski študij iz pulmologije,
- zaželen akademski naziv mag., dr. znanosti,
- strokovne, organizacijske in vodstvene sposobnosti, izkazane z dosedanjim delom,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika;

zdravnika specialista interne medicine

Pogoji:

- specializacija iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Vsem, ki želijo postati člani mlade in ambiciozne ekipe ter intenzivno vlagati v lasten strokovni razvoj in jim je izziv tudi raziskovalno delo, je povabilo pisano na kožo.

Prijave z dokazili pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica.

vključno vabi k sodelovanju

dva zdravnika sekundarija ali specializanta

da obvezno kroženje po programu specializacije iz segmenta splošne internistike, kardiologije, gastroenterologije, pulmologije, diabetologije in intenzivne medicine opravi v Bolnišnici Topolšica.

Nudimo delo v mladem kolektivu in zanimivem idiličnem okolju, regresirano prehrano in stanovanje ter dodatne ugodnosti.

Prijave pošljite na naslov: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica.

**Javni zdravstveni zavod
Splošna bolnišnica Jesenice**

sodi med srednje velike bolnišnice v slovenskem prostoru. Opravljamo zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, imamo vizijo in zastavljen cilj: postati najboljša regijska bolnišnica v Sloveniji. Če ste

specialist anesteziolog,

iščete novo službo ali spremembo in verjamete, da je tudi v manjši bolnišnici mogoče kakovostno delati in strokovno napredovati, potem vam nudimo zaposlitev na oddelku, ki pokriva splošno in abdominalno kirurgijo, travmatologijo, ortopedijo, ginekologijo s porodništvom in porodno analgezijo, pediatrijo, ambulantno anestezijo, terapijo bolečine in intenzivno terapijo.

Verjamemo, da je v naši ustanovi anesteziologija sodobna in privlačna ter, da na omenjenih področjih ponujamo poglobljen strokovni pristop z možnostjo strokovnega razvoja.

Pogoji:

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

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

Z veseljem pričakujemo vaš odgovor. Vse podrobnejše informacije lahko dobite na naslovu: anesteziologija@sb-je.si.

Vaše ponudbe pričakujemo v petnajstih dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Jesenice, C. m. Tita 112, 4270 Jesenice.

Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika

v Zdravstveni postaji Loški Potok za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta stomatološke smeri,
- opravljen strokovni izpit,
- 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 od objave.

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, p. o.

objavlja prosta delovna mesta

- 1. zdravnice/zdravnika specialiste/ specialista anesteziologije z reanimatologijo**
- 2. zdravnice/zdravnika specialiste/ specialista ginekologije in porodništva**
- 3. zdravnice/zdravnika specialiste/ specialista interne medicine (dve delovni mesti)**
- 4. zdravnice/zdravnika specialiste/ specialista radiologije**

Delovno razmerje se bo sklenilo za nedoločen čas.

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

Pogoji pod točko 1:

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

Pogoji pod točko 2:

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

Pogoji pod točko 3:

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

Pogoji pod točko 4:

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

Kandidatki/kandidatu lahko nudimo stanovanje v Trbovljah.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje. O izbiri bomo kandidatke/kandidate obvestili v zakonskem roku.

Splošna bolnišnica Celje

objavlja prosta delovna mesta

- 1. tri zdravnike specialiste interne medicine za delo na področju endokrinologije z diabetologijo, nefrologijo z dializo**
- 2. enega zdravnika specialista infektologije ali interne medicine za delo na področju infektologije.**

Pogoji pod točko 1:

- diploma medicinske fakultete,
- specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Pogoji pod točko 2:

- diploma medicinske fakultete,
- specialistični izpit iz infektologije ali interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje za vsa področja dela bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom. Izbranim kandidatom ali kandidatkam nudimo možnost strokovnega in osebnostnega razvoja, stimulativen zaslužek in po potrebi službeno stanovanje.

Pisne ponudbe z navedenimi dokazili pošljite na naslov: Kadrovske-spolna služba, Splošna bolnišnica Celje, Oblakova ul. 5, 3000 Celje, do 15 dni po objavi.

Javni zavod Zdravstveni dom Trebnje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine

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

Pogoji:

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

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

Splošna bolnišnica Novo mesto

objavlja prosti delovni mesti za nedoločen čas s polnim delovnim časom
zdravnika/zdravnico specialista/ specialistko nevrologije in zdravnika/zdravnico specialista/ specialistko pediatrije

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika in enega od svetovnih jezikov,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo 4 mesece.

Kandidati/kandidatke naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Novo mesto, Šmihelska c. 1, 8000 Novo mesto.

Psihiatrična bolnišnica Ormož

objavlja prosto delovno mesto

doktorja medicine specialista psihiatra

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit in specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije iz psihiatrije,
- 4-mesečno poskusno delo,
- 4 leta delovnih izkušenj,
- znanje slovenskega jezika.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo 15 dni po objavi na naslov: Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož.

OGLASI

Z marcem 2005

najamem zobodravstveno ordinacijo

na področju JV dela Ljubljane, Škofljice, Grosuplja ali Ivančne Gorice.

Tel.: 01-517-41-20

PRISOTNOST POSLANCEV NA PRVIH TREH SEJAH SKUPŠČINE ZBORNICE V MANDATU

Priimek in ime	44. seja (21.6.2004)	45. seja (14.9.2004)	46. seja (13.12.2004)
ALBREHT Tit	✓	✓	✗
ANDOLJŠEK Matej	✓	✓	✓
BANKO Tomaž	✓	✓	✓
BATTELINO Tadej	✓	✗	✓
BERCE Vojko	✓	✓	✗
BERGER Blaž	✓	✓	✗
BILBAN JAKOPIN Cvetka	✓	✓	✗
BITENC Marko	✓	✓	✓
BOBIČ Živo	✓	✗	✓
BRATINA Dunja	✓	✓	✗
BRECELJ Erik	✓	✓	✗
BRINŠEK Branko	✓	✓	✓
BURJA Polona Darja	✓	✓	✗
ČAKŠ Tomaž	✓	✓	✓
ČATER Robert	✓	✓	✓
ČERNE Eva	✓	✗	✓
ČOK Gordan	✓	✓	✗
ČOKOLIČ Miro	✓	✓	✓
FAJMUT Ana	✓	✓	✓
FLORJANČIČ Vesna	✓	✓	✓
GABRIEL Igor	✓	✓	✓
GOLUH Zdenka	✓	✓	✗
HOJSKI Aljaž	✓	✓	✓
HORVAT Andrej	✓	✓	✗
HREN BOŽIČ Marjeta	✓	✗	✓
ILIJAS KOŽELJ Marija	✓	✓	✓
ILJIČ BRECELJ Vlasta	✓	✗	✓
JANKOVIČ Velimir	✓	✓	✓
JAZBEC Ladislav	✓	✓	✗
JENKO BURGAR Marija	✓	✓	✓
JEREB KOSI Mojca	✓	✓	✓
JEVŠEK Primož	✓	✓	✗
JEŽOVNIK Mateja Kaja	✓	✓	✓
JOVOVIČ Batrič	✓	✓	✓
JUG Blanka	✓	✓	✓
KANIČ Vojko	✓	✓	✓
KLEMENC Franek	✗	✓	✓
KOCIJAN Marko	✓	✓	✓
KOLANDER BIZJAK Ljubica	✓	✓	✓
KOVAČIČ Primož	✓	✓	✓
KOŽELJ Matjaž	✓	✓	✓
KRAJAČIČ Boris	✓	✓	✗
KRČEVSKI ŠKVARČ Nevenka	✓	✓	✓
KROFLIČ Božidar	✓	✓	✓
LAKTIČ Miroslav	✓	✓	✓
LUCI Miroslav	✓	✓	✗
MAHNE Stanislav	✓	✓	✓
MARKOLI Sabina	✓	✓	✓
MESARIČ Jože	✓	✓	✓
MILOHNOJA BERČIČ Maja	✓	✗	✓
MOŽINA Martin	✓	✓	✓
MOŽINA Andrej	✓	✓	✓
MRŠEK Janez	✓	✓	✓
MUBI Smiljan	✓	✓	✓
MUGOŠA Dragoslav	✗	✓	✓
MUHR Rupert	✓	✓	✓
NOVAK Franc	✗	✓	✓
PAVLIN KLEMENC Maja	✓	✓	✓
PEČNIK Andreja	✓	✓	✓
PERDIJA Željko	✓	✓	✗
PILETIČ Milivoj	✓	✓	✓
PINTER Žarko	✓	✓	✓
PODLESNIK Pavel	✓	✓	✓
POHERC Nataša	✗	✓	✓
POTOČNIK Nikola	✓	✓	✓
PRIMAN Tea	✓	✓	✓
PUHARIČ Nada	✓	✓	✓
RAHNE POTOKAR Urška	✓	✓	✓
REGVAT ROBIDA Milena	✓	✗	✓
RIHAR Klemen	✓	✓	✓
ROTAR Mateja	✓	✗	✓
RUSTJA Bojan	✓	✓	✓
SALOBIR GAJŠEK Uršula	✓	✓	✓
SAVNIK ISKRA Mojca	✓	✓	✓
SEKULIČ Tamara	✓	✓	✓
SENEKOVIČ Vladimir	✓	✓	✗
SIMONIČ Alenka	✓	✓	✓
STARE Lidija	✓	✓	✓
STIRN KRANJČ Branka	✓	✓	✗
STOK Edita	✓	✓	✗
ŠAVRIN Rajmond	✓	✓	✓
ŠENK ERPIČ Alenka	✗	✓	✓
ŠIFRER Franc	✓	✓	✓
ŠIKOVEC Andrej	✓	✓	✗
ŠKALIČ Nikolaj	✓	✓	✗
ŠKOF Franc	✗	✗	✓
ŠTEBLAJ Anton	✗	✓	✓
ŠTOR Zdravko	✓	✗	✓
ŠUŠTERČIČ Rok	✓	✓	✗
ŠUTA Franc	✓	✓	✗
TERČELJ ZORMAN Marjeta	✗	✓	✗
TERLEVIČ DABIČ Diana	✓	✓	✓
TOMAŽIČ Janez	✓	✗	✓
TRŽAN GROZDANOV Breda	✓	✓	✓
TURK Karl	✓	✓	✓
TURK Zmago	✓	✓	✓
TURK ŠVERKO Andrea	✓	✓	✗
VELIKANJE Franjo	✓	✓	✓
VIDRIH Aleksandra	✓	✓	✓
VLAHOVIČ Dušan	✓	✗	✗
VRBIČ Vito	✓	✓	✓
ZALETET Marjan	✓	✓	✗
ZAVRŠNIK Gregor	✓	✓	✓
ZAVRŠNIK Jernej	✗	✓	✓
ZEMPLJAK Mirjam	✓	✓	✓
ŽGAJNAR GORENJAK Jelka	✓	✗	✓
ŽIBRAT Bojan	✓	✓	✓
ŽIDANIK Anton Feliks	✓	✓	✗
ŽURAN Ivan	✓	✓	✓

Jesensko srečanje UEMO

Mateja Bulc, Nena Kopčavar Guček

V Hilton Budapest West End hotelu, v sami srčiki poslovnega dela Budimpešte, smo se delegati Evropskega združenja splošnih/družinskih zdravnikov (UEMO) srečali na jesenskem zasedanju, od 29. do 30. oktobra 2004.

Podpredsedniki in vodje delovnih skupin smo se sestali že dan prej, pripravili dnevni red ter se pogovorili o morebitnih pričakovanih zapletih in težavah ter nadaljnjih usmeritvah organizacije.

Dnevni red:

Petek, 29. 10. 2004, generalna skupščina/delo v skupinah

9.00 – 9.05 Odprtje (dr. Christina Fabian, predsednica)

9.05 – 9.15 Pozdravni nagovor madžarskega ministra za zdravstvo, socialo in družino

9.15 – 9.20 Pozdrav prof. dr. Lászla Romic-sa, predsednika Madžarskega združenja zdravnikov splošne medicine (MOTESZ) in prof. dr. Kálmána Magyarja, podpredsednika MOTESZ

9.20 – 9.25 Predstavitev madžarskega zdravstva in osnovnih podatkov državne zdravstvene statistike (dr. Sándor Balogh, direktor madžarskega Inštituta za osnovno zdravstvo)

9.25 – 9.30 Predstavitev sistema in izvajalcev zdravstvenega varstva (prof. dr. Ferenc Hajnal, MOTESZ, predstojnik Oddelka za družinsko medicino na Univerzi v Szegedu)

9.30 – 9.40 Predstavitev odgovorov na vprašalnik o plačah zdravnikov na Nizozemskem (Niek van 't Grunewald)

9.40 – 9.50 Novost v Nemčiji - specialist splošne interne medicine (dr. Ulrich Weigeldt)

9.50 – 10.00 Predstavitev norveškega sistema osnovnega zdravstvenega varstva (dr. Eirik Bø Larsen)

10.00 – 10.20 Razprava

10.45 – 12.15 delo v skupinah

• Medicinska informatika

• Preventiva

• Specializacija splošne/družinske medicine (SM/DM)

Delovna skupina, ki jo vodiva skupaj z nemškim kolegom Volkerjem von Damerauom, se je ukvarjala z naslednjimi temami:

a) zapisnik prejšnje seje, izpolnitev nalog

b) CPME je sprejela našo deklaracijo UEMO o specializacijah (UEMO Declaration on ST)

c) Lobiranje in druge dejavnosti za vključitev SM/DM pod oddelek (Title) III. smernice Evropskega parlamenta, med specialiste

Poročali smo o srečanju pred mesecem dni v Bruslju, na katerem smo sodelovali predsednica dr. Fabian, dr. Chisholm (VB) in jaz na eni ter gospa Brumter Coret (Evropska komisija) na drugi strani. Enourni sestanek, na katerem je bilo čutiti, kot da govorimo drug mimo drugega, se je končal z ugotovitvijo, da morajo uvrstitve splošne/družinske medicine med ostale specialnosti pod "Naslov III" zahtevati poslanci držav članic v evropskem parlamentu in ne člani strokovne organizacije.

Delovna skupina je s pomočjo vprašalnika, ki so ga prejele vse delegacije pred tremi meseci, pripravila pregled stanja v državah UEMO, upoštevajoč priznavanje specialnosti SM/DM v deželi članici in obveznost specializacije za opravljanje dela v SM/DM.

Odločili smo se, da pripravimo tematsko

poročilo z razlago, zakaj je nujno, da je evropska SM/DM uvrščena pod naslov III – specialist in da temu poročilu dodamo tudi mnenje WONCE, objavljeno pod naslovom Definicija splošne medicine (tretja, skrajšana različica), ter da okrepimo lobiranje v domovini in pri svojih poslancih v evropskem parlamentu, za kar bo UEMO pripravil enoten dokument.

Ker se študij medicine od države do države močno razlikuje, bomo pripravili še dodatni vprašalnik o natančnih vsebinah in trajanju celotnega medicinskega študija (do- in podiplomskega) in ga sprva poslali le pilotski skupini (Nizozemska, Nemčija, Velika Britanija in Danska).

13.45 – 15.15 nadaljevanje dela v skupinah

• delovna sila v SM/DM in prihodnost

• stalno strokovno izpopolnjevanje

Delovno skupino vodi kolega Henry Finnegan z Irske, sama sem postala zapisnikarica. Ukvarjali smo se z naslednjimi vprašanji:

a) uvod

b) pregled zapisnika zadnje seje (UEMO 2004/026)

	Država	Specializacija obvezna	Specialnost priznana
1	Nizozemska	+	+
2	Nemčija	+	+
3	Finska	+	+
4	Avstrija	+	+
5	Slovenija	+	+
6	Švedska	+	+
7	Danska	+	+
8	Belgija	+	+
9	Irska	-	+
10	Madžarska	+	+
11	Španija	-	+
12	Švica	-	+
13	Velika Britanija	-	-
14	Islandija	+	+
15	Hrvaška	-	+
16	Luksemburg	+	+
17	Malta	-	-
18	Portugalska	+	+
19	Litva	-	+
20	Turčija	-	-
		12 od 20	27 od 20

Tabela 1: Specializacija iz SM/DM v državah UEMO

- c) razprava o dokumentu o stalnem strokovnem izpopolnjevanju iz leta 1996
Dogovorili smo se, da bomo ponovno pregledali besedilo in se na naslednjem sestanku odločili, ali je izjava še ustrezna ali bo treba pripraviti novo.
- d) Merila za izbiro izvajalcev in ponudnikov stalnega strokovnega izpopolnjevanja (UEMO 2003/164)
- e) Priprava dokumenta UEMO o osebnem načrtu izobraževanja (Personal Learning Plans) za zdravnike DM/SM.
- f) Obnavljanje licence
- g) Priporočilo za pričetek živahnejše strokovne/študijske izmenjave zdravnikov SM/DM
- h) Posodabljanje dostopa na spletno stran UEMO in povezave.

15.30 – 16.30 Srečanje vodij delegacij

Delovni sestanek in priprava na generalno skupščino naslednjega dne.

Zvečer so nas gostitelji peljali z avtobusom na ogled čarde in nam postregli s tipično večerjo ob spremljavi ciganskih gosli.

Sobota, 30. 10. 2004 – generalna skupščina

9.15 – 12.30 Generalna skupščina

- 1. Potrditev zapisnika spomladanskega srečanja v Reykjaviku (UEMO 2004/041)

Poročilo predsednice (UEMO 2004/048, annex 2004/048a)

- 2. Finance
 - finančno poročilo blagajnika (sprejeto)
 - izjava nadzorne komisije (zgledno poslovanje)
 - deleži in prispevki članic (ključ), po izstopu Italije se delež posamezne države samodejno poveča
 - predlog povečanja članarine (UEMO 2004/032) ni uspel
- 3. CPME in pridružene organizacije
 - pregled dokumentov sorodnih organizacij (UEMO 2004/043)
 - skupne dejavnosti
 - pisarna v Bruslju (UEMO 2004/049)
- 4. Glasilo The UEMO European General Practice Update – novosti, predlogi, prihodnost; imenovanje uredniškega odbora (Ian Banks, Roger Chapman, Mateja Bulc).
- 5. Poročila delovnih skupin, predlogi in zamisli za naše odločanje v prihodnje

Delovne skupine:

Specializacija: Volker von der Damerau/Mateja Bulc (vodji), Roger Chapman (zapisnikar)

Stalno strokovno izpopolnjevanje/dograjevanje (CME/CP): Henry Finnegan (vodja), Mateja Bulc (zapisnikar)

Medicinska informatika: Lyam Lynch (vodja), Steinun Jonsdottir (zapisnikar)

Preventiva: Eric Bo Larsen (vodja), Iona

Heath (zapisnikar)

Delovna sila v SM/DM in prihodnost: Hilde Roels (vodja), Agnes Rücker (zapisnikar)
(Enake možnosti : Isabel Caixeiro (vodja), Linda Hamilton (zapisnikar) se tokrat niso sestali)

- 6. Državna poročila dežel članic
 - 7. Pozdravi in prispevki gostov, delegatov drugih evropskih organizacij: CPME, PWG, UEMS, EANA, WONCA Europe
Predsednica je prebrala pozdravno pismo novoizvoljenega predsednika evropske WONCE, prof. dr. Igorja Švaba.
 - 8. Vpliv farmacevtske industrije na organizacije bolnikov, poročilo Ione Heath (UEMO 2004/053)
 - 9. Izvolitev novega podpredsednika (UEMO 2004/056-056a)
Matejo Bulc je na mestu podpredsednice nadomestil Avstrijec, Reinhard Brettentaler. Drugih kandidatov ni bilo, izvoljen je bil soglasno. Mateja Bulc se je zahvalila za izkazano zaupanje in dobro sodelovanje.
 - 10. Prihodnja srečanja: London, Velika Britanija, 3. – 4. 6. 2005, Istanbul, Turčija, 14. – 15. 10. 2005, Ljubljana, Slovenija, 9. – 10. 6. 2006, Uppsala, Švedska, 13. – 14. 10. 2006.
 - 12. Predstavitel Londona, naslednjega gostitelja srečanja
 - 13. Razno
 - 15. Zaključek
- Dodatne informacije lahko najdete na spletni strani: <http://www.uemo.org/> ■

Šola mamografske diagnostike

Faris Mujezinović

Skupaj s kolegico Damijano Bosili sva se udeležila četrte mednarodne šole mamografske diagnostike z naslovom - Netipljive lezije v dojkah, ki je bila v Hotelu Union v Ljubljani od 18. do 20. novembra 2004. Srečanje sta organizirala oddelek za radiologijo Onkološkega inštituta v Ljubljani in katedra za onkologijo in radiologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani pod pokroviteljstvom ministrstva za zdravje.

Krog predavanj je prvi dan šole začela prof. Maja Žakelj s temo - Epidemiologija raka dojk. V Sloveniji je leta 2001 za rakom dojk na novo zbolelo 964 žensk. Za 2002 in v naslednjih letih lahko pričakujemo, da se ta številka lahko dvigne nad 1.000 na leto.

Če preučimo dejavnike, ki vplivajo na zmanjševanje umrljivosti zaradi raka dojk in njihov delež, ugotovimo, da je v 20 odstotkih na zmanjšano umrljivost vplivalo presejanje, na preostali delež pa bolj uspešna terapija. Starost ostaja najbolj pomemben dejavnik tveganja za nastanek raka dojk. Pomembne so tudi težnje, kot so zmanjšanje številčnosti družine, odločanje za rojevanje v poznejših letih življenja, alkohol in debelost.

Drugo predavanje z naslovom Presejanje za raka dojk je imela Kristjana Hertl, dr. med. Poudarila je, da učinkovito presejanje pripomore v ciljni skupini žensk od 50 do 69 let starosti k zmanjševanju umrljivosti. Rak je napredujoča bolezen in za napoved so pomembni dejavniki prizadetost bezgavk,

velikost tumorja, diferenciacija in histološka zgradba rakave spremembe. Uspeh presejanja je odvisen od izbire starostne skupine, odstotka udeležbe opazovane ciljne skupine, časovnega presledka med ponovnimi pregledi, števila projekcij, dvojnega odčitavanja, nadzora kakovosti tehnične opreme, in ovrednotenja kazalcev kakovosti.

V predavanju Stanje presejanja v Sloveniji se je mag. Irena Kirar Fazarinc dotaknila vprašanja ocenjevanja uspešnosti presejanja po posameznih središčih v Sloveniji ter predstavila vse pogoje, ki morajo biti izpolnjeni, da bi lahko podali nepristransko in natančno oceno svojega dela.

O upravičenosti presejalnega programa za zgodnje odkrivanje raka dojk se je spraševal

fizik doc. dr. Damijan Škrk. Glede na zaščito pred ionizirajočimi sevanji je takšen program upravičen, če je pričakovana skupna korist večja od tveganja oziroma škode za zdravje.

Zelo zanimivo in nazorno predavanje je imel mag. Urban Zdešar, ki nam je s pomočjo podobnosti s pranjem in likanjem srajc približal vprašanje nadzora kakovosti. Sledili sta še predavanji o tehnologiji mamografij in MRI dojke. Po razpravi in odmoru smo nadaljevali z delavnico o načinu sporočanja slabe novice.

Drugi dan šole je začela Maja Mušič Marolt, dr. med., s predstavitvijo rentgenske in ultrazvočne anatomije dojke.

Nadaljevala je Miljeva Renner, dr. med., ki je predstavila rentgensko razvrstitev lezij dojke. Z razvrstitvijo napovemo stopnjo verjetnosti, da gre za malignom in obenem predlagamo nadaljnji postopek. Predavanje se je nadaljevalo z ultrazvočno razvrstitvijo sprememb. Našteti so sumljivi znaki z največjo pozitivno napovedno vrednostjo za malignom pri solidnih lezijah na dojkah. To so spikula, hiperehogeni obroč, angularni robovi, akustična senca, mikrolobulacija, navpična usmerjenost, večji mlečni vod, hipoehogeni in heterogeni struktura.

Dr. Tomaž Vargazon je z diagnostičnim algoritmom tipljivih lezij v dojki poudaril, da je za diagnostiko tipljivih lezij zadolžen kliničnik, medtem ko mora diagnostiko netipljivih lezij opraviti radiolog. Slednji želi postaviti diagnozo brez operativnega posega. Pri ultrazvočni preiskavi lahko tipljivo spremembo opredelimo kot tumor ali cisto. Ultrazvok še posebej uporabljamo pri gostih dojkah ali pri mlajših ženskah. Po ultrazvočni preiskavi sledi aspiracija ali biopsija sumljivega tkiva in citohistološki izvid.

Dr. Snježana Frković Grazio je predstavila prednosti in slabosti igelne biopsije dojke, kakšen je čas od odvzema vzorca do izvida. Interpretacija histološkega izvida je odvisna od celotne slike, ki jo patolog dobi o stanju bolnice.

Maja Podkrajšek, dr. med., je sistematično razložila potek ultrazvočne preiskave pazduhe in postavila merila za delitev pazdušnih bezgavk na normalne in bolezensko spremenjene.

Intervencijske metode v dojkah je predstavil dr. Tomaž Vargazon. Z intervencijskimi metodami želi radiolog priti do dokončne diagnoze brez kirurškega posega. Predstavljena je bila tankoigelnna in debeloigelnna biopsija. Naštete so bile indikacije za debeloigelno biopsijo, ki se vse bolj uporablja, saj pri tankoigelnni biopsiji pogosto ne dobimo dovolj ustreznega materiala za postavitev nedvoumne diagnoze. Slabost tankoigelne biopsije je veliko število neuspešnih punkcij pri benignih procesih (do 24 odstot-

kov), pri malignih je ta odstotek znatno nižji (4 odstotke). Stereotaktični način uvajanja igle uporabljamo za tankoiglene biopsije, debeloigelnne punkcije za odvzem stebričkov tkiva in za predoperativne lokalizacije tumorjev z markacijsko žico ali radioizotopom. Ultrazvočno vodena biopsija je cenejša, preprostejša in za preiskovanko manj škodljiva od sterotaksije, ker ni sevanja. Netipljivo lezijo lahko s predoperativnim posegom označimo z markirno žico ali z radioizotopom (ROLL). Duktografija je kontrastna preiskava laktifernih duktusov – mlečnih izvodil dojke in jo naredimo pri preiskovankah, ki imajo spontani izcedek iz bradavice. Končna vizija intervencijskih posegov je intervencijska perkutana lumpektomija, ki bi lahko bila diagnostične in hkrati terapevtske narave.

Sledila je citodiagnostika netipljivih lezij v dojkah, ki jo je predstavila dr. Ana Pogačnik. Raziskava, ki so jo opravili na Onkološkem inštitutu, je želela ugotoviti zanesljivost ultrazvočne ali rentgensko vodene aspiracijske biopsije s tanko iglo za diagnostiko netipljivih lezij v dojki na podlagi citohistološke korelacije. Pri benignih lezijah so postavili pravilno negativno diagnozo v 48,7 odstotkih, napačno sumljivo v 15,9 odstotkih, napačno pozitivno diagnozo v 0,8 odstotkih in v 34,5 odstotkih primerov niso dobili dovolj materiala za diagnozo. Občutljivost metode je bila 91-odstotna, specifičnost 98-odstotna, napovedna vrednost pozitivne diagnoze 97,6-odstotna in napovedna vrednost negativne diagnoze 94,8-odstotna.

Inženir Zvonko Krajnc je opisal postopek pozicioniranja in način nadzora kakovosti mamografskih slik. Za uspešnost pred pozicioniranjem je pomembna priprava bolnice in aparata ter tehničnih pripomočkov.

Napovedni dejavniki smrtnosti pri raku dojke sta razširjenost bolezní in biološke lastnosti tumorja. Kot je povedala prof. Tanja Čufer, potrebujemo napovedne dejavnike odgovora na zdravljenje. Pri tem se pojavlja pojem prilagojenega zdravljenja pri vsaki bolnici, sicer obstaja nevarnost prekomernega zdravljenja (overtreatment). Biološke lastnosti tumorja so proliferativna dejavnost, ki je določena z deležem celic v S-fazi celičnega ciklusa, vdor tumorskih celic v ožilje v njegovi okolici ter vsebnost serinske proteaze uPA in njenega inhibitorja PAI-1 v tkivu tumorja. Dopolnilno hormonsko zdravljenje s tamoksifonom zmanjša verjetnost ponovitve bolezní v petih letih za 47 odstotkov, dopolnilna kemoterapija pa za 35 odstotkov. Verjetnost smrti zaradi raka dojke se v petih letih z dopolnilnim hormonskim zdravljenjem zmanjša za 26 odstotkov, z dopolnilno kemoterapijo pa za 15 odstotkov.

Dobrobit hormonskega zdravljenja je vezana na bolnice s prisotnimi hormonskimi receptori v prvotnem tumorju. Popolna dobrobit sistemkega zdravljenja pa je odvisna od tveganja ponovitve bolezní. Evropske smernice za uvedbo dopolnilnega sistemkega zdravljenja, ki se obnavljajo vsako drugo leto na srečanju v St. Gallenu, trenutno priporočajo dopolnilno sistemsko zdravljenje vsem bolnicam, pri katerih je tveganje ponovitve bolezní glede na klasične klinične patološke dejavnike večje od 10 odstotkov. Verjetnost ponovitve bolezní je po izsledkih kanadske MSSK raziskave pri tumorjih večjih od 1 cm po desetih letih opazovanja kar 25 odstotkov. Pri tumorjih, manjših od dva cm gradus nima neodvisnega napovednega pomena tako za ponovitev bolezní kot za preživetje. V primeru, da je bolezen odkrita zelo zgodaj in je tumor manjši od enega cm, se bolezen ponovi pri desetih od sto bolnic. Kako prepoznati teh deset bolnic, jih ločiti od ostalih devetdeset in ustrežneje zdraviti, je eden od glavnih izzivov na področju raziskav raka dojke danes.

Dr. Janez Žgajnar je predstavil zgodovino sodobnega kirurškega zdravljenja raka dojke. Zaradi bolj biološkega pogleda na rak dojke, se je uveljavila manj radikalna kirurgija, ne da bi s tem ogrožali preživetje bolnic. Pogoji so ugodno razmerje med velikostjo tumorja in dojke, unifokalnost tumorja in zmožnost obsevanja dojke. Nova metoda lokalizacije z radioizotopom (ROLL) nima pomanjkljivosti lokalizacije z žico, kot so težavno uvajanje, žica se lahko premakne, pri nenatčno umeščeni žici lege ni moč popraviti, zahtevna operacija. Prednosti ROLL-a so enostavnejša lokalizacija, boljša centriranost lezije v odstranjenem tkivu, manjša teža vzorca, enostavnejša in hitrejša operacija ter boljši kozmetični učinek. Dr. Janez Žgajnar je predstavil tudi poseg biopsije prve bezgavke. S tem posegom smo nadležali tiste bolnice, ki nimajo zasevkov v pazdušnih bezgavkah in jim s tem posegom prihranimo posledice odstranitve pazdušnih bezgavk.

Sledila je predstavitev raziskave bolečine pri mamografiji. Prikazani so bili potek in ugotovitve obsežne ankete za analizo dejavnikov, ki vplivajo na pojav bolečine pri mamografiji. Po razpravi in odmoru za kosilo smo nadaljevali s predavanjem Marije Vegelj Pirc, dr. med., ki je obravnavala strah pred negotovostjo z vidika psihologa.

Dr. William McCloskey je pokazal vlogo klondronata pri preprečevanju zasevkov na kosteh pri raku dojke. Barbara Videgar Kralj, dr. med., je predstavila novejšje nuklearnomedicinske postopke pri netipljivih lezijah v dojki. B. Martins in A. Hejny sta nazorno predstavila digitalno mamografijo. Dr. S. Sardo je primerjal

kakovost analogne in digitalne mamografske slike. Sledila sta razprava in odmor.

Kristijana Hertl, dr. med. in Miljeva Rener, dr. med. sta v učni delavnici obravnavali primere bolnic z rakom dojk.

V soboto, 20. novembra 2004, smo začeli z učno delavnico pod vodstvom dr. C. F. Weismanna iz Salzburga. Predstavljen je bil način delovanja 3D-ultrazvoka in na primerih pokazan njegov pomen pri punkciji sumljivih sprememb na dojki. Praktična predstavitev se je

po kratkem odmoru nadaljevala s predavanjem Mamografija in ultrazvočna (UZ) preiskava dojke – prednosti in pomanjkljivosti ter 3D/4D UZ preiskava dojke.

Dr. Roberta Chersevani je orisala prednosti digitalne mamografije. Dve predavanji o novih UZ – tehnologijah v diferencialni diagnostiki netipljivih lezij v dojkah in o izkušnjah z vakuumsko biopsijo sprememb v dojkah sta zaključili četrto mednarodno šolo mamografske diagnostike.

Šola je bila zelo dobro organizirana. Predstavlja učinkovito sistematizacijo znanja in veščin na področju diagnostike in zdravljenja raka dojk. Zbornik srečanja omogoča, da se zanimivim temam posvečamo tudi po opravljeni šoli. Na razpolago je tudi DVD, na katerem bodo posneta vsa predavanja in predstavitev predavateljev in kakor so organizatorji obljubili, bo v kratkem poslan udeležencem šole na njihov domači naslov. ■

Srečanje slovenskih pediatrov na Dolenjskem

Tatjana Pavlin

Po sedemnajstih letih smo se slovenski pediatri ponovno dobili na Dolenjskem na rednem jesenskem srečanju. Že v zgodnjem megle-nem jutru smo se v velikem številu zbrali v avli novomeške porodnišnice, kjer nas je prijazno sprejel strokovni direktor bolnišnice Josip Smodej. Po ogledu porodnišnice, otroškega oddelka in ambulantnih prostorov smo odšli še v zdravstveni dom, kjer nas je

zdravniki po posameznih regijah oziroma večjih bolnišnicah, ki bodo skrbeli za pravilno obravnavo takih otrok. Damjan Eržen iz Klinike za pljučne bolezni Golnik je predstavil vlogo Registra tuberkuloze pri zagotavljanju



graščak, ki nam je predstavil zgodovino gradu, vendar pa zaradi velikega števila udeležencev prijetnega dne nismo mogli zaključiti na gradu. To seveda ni pokvarilo dobrega razpoloženja in razšli smo se v želji po skorajšnjem snidenju na naslednjem strokovnem sestanku Združenja za pediatrijo.

Srečanje je omogočila Krka d. d. ■



sprejel direktor Emil Balažič. Ogledali smo si prenovljene prostore šolskega in predšolskega dispanzerja ter razvojno ambulanto. Nato smo se z avtobusi odpeljali na Otočec, kjer se je začel strokovni del programa. Glavna tema je bila opustitev neizbirnega besežiranja po rojstvu v prihodnjem letu. Vasilija Maček iz Pediatrične klinike v Ljubljani je opisala klinično sliko pri otroku s tuberkulozo, nato je Andreja Borinc Beden, tudi iz Pediatrične klinike, predstavila postopek obravnave otroka ob stiku s tuberkuloznim bolnikom. Imenovani so bili tudi

ustrezne obravnave bolnikov s tuberkulozo in pregledovanju ter zdravljenju latentne okužbe. Mateja Štrlek iz otroškega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto je podala nekaj epidemioloških podatkov za Dolenjsko, Snežana Cvjetičanin, iz istega oddelka, pa je predstavila zdravljenje dečka z izvenpljučno tuberkulozo.

Po delovnem kosilu smo nadaljevali družabni del srečanja. Med predavanji se je naredil čudovit sončen in topel jesenski dan, zato se je Otočec pokazal v enem svojih najlepših oblačil. Za krajši čas smo ga zapustili, saj smo se z avtobusi odpravili v bližnje Pleterje, kjer smo si ogledali kartuzijanski samostan ter bližnjo turistično kmetijo. Ob vrnitvi na grad Otočec nas je že čakal



Frialoc enofazna tehnika dentalne implantacije

Matjaž Rode

V zadnjih 25 letih se je implantologija usmerjala predvsem v izbiro najboljših materialov, v proučevanje stika vsadek – kost in procesa zraščanja – oseointegracije, v proučevanje vpliva površine in oblike vsadka na končni uspeh, v oblikovanje vedno novih instrumentov in tehnik vsaditve in primerjanje uspešnosti različnih implantatnih sistemov.

Danes že vemo, da je dentalna implantologija znanstveno utemeljena in v praksi preverjena veja stomatologije, ki omogoča povsem nove možnosti stomatoprotetične rehabilitacije pri bolnikih, ki so deloma ali celo popolnoma brez zob.

Ena od zahtev, ki jamči dolgotrajen uspeh, je čas mirovanja in neobremenitve vsadka, ki traja nekaj mesecev po vsaditvi implantata v kost. Prav to nekajmesečno čakanje je za marsikaterega bolnika mučno in veliko se jih prav zaradi tega ne odloči za implantacijo.

Proizvajalci zato že dolgo časa razmišljajo o tehnikah in oblikah zobnih vsadkov, ki bi vsaj ob nekaterih znakih omogočili takojšnje obremenitve implantatov. Vedno več je objavljenih raziskav, ki prikazujejo dobre rezultate takojšnje obremenitve vsadkov, ki so oblikovani na poseben način, pri bolnikih, ki so nosilci zgornje in spodnje popolne proteze.

Vsaditev poteka po natančno pripravljenem načrtu. Po rentgenskem in kliničnem pregledu,

analizi modelov in izdelavi načrta implantacije operater bolniku v lokalni anesteziji v interkaninski predel spodnje čeljusti implantira najmanj 4 vsadke, ki so dolgi najmanj deset mm. Ko so vsadki v svojih ležiščih, se okoli njih prišije gingivalno krpo, ki je bila odluščena v začetku posega. Iz že vlite gredi iz zlate zlitine, zobozdravnik izreže kose, ki jih nato z lepili prilepi na nadgradnjo vsadkov. Tako utrjeni vsadki se ob obremenitvi ne premaknejo za več kot 100 mikronov, kar omogoča zraščanje. To potem zobotehnik v laboratoriju zlota v en kos. Nato zobozdravnik zlotano gred pritrdi z vijaki na vsadke v bolnikovih ustih in preko naredi odtis s spodnjo popolno protezo, kar omogoča, da zobotehnik v laboratoriju izdela retencijske dele, ki utrdijo protezo. Nato jo zobozdravnik vstavi v bolnikova usta. Bolnik mora nositi protezo ves čas in pri tem skrbeti za dobro higieno. Po enem tednu se odstranijo šivi in naredijo dokončni popravki.

Ker že več kot deset let sodelujemo z enim od največjih evropskih proizvajalcev zobnih vsadkov, smo dobili možnost, da kot prvi v Sloveniji in celo na področju, ki ga označujemo kot Srednja Evropa, naredimo tak poseg. Imenuje se enofazni sistem frialoc (Proizvajalec: Friadent – Nemčija). Proizvajalec nam je brezplačno dobavil štiri vsadke frialoc, ki so bili dolgi 13 in široki 3,5 mm.

Vsaditev smo na začetku julijskih dni izvedli v zasebni zobozdravniški ordinaciji Milana

Macakanje, dr. dent. med., v Vrtojbi pri Novi Gorici. V ekipi so poleg kirurških instrumentark sodelovali tudi kolega Korošec, dr. dent. med., Milan Macakanja, dr. dent. med., inženir zobne protetike gospod Bužinel in gospod Andreas Lette iz Avstrije, ki je pravzaprav priskrbel vso potrebno dodatno opremo, prinesel vsadke in med vsemi stopnjami posega svetoval vsem sodelujočim. Operacijo smo neposredno prenašali v sosednji prostor, kjer nas je opazovalo okoli 70 slovenskih zobozdravnic in zobozdravnikov. Prenos je tehnično omogočila ekipa TV Primorke, ki bo pripravila tudi videokaseto o posegu.

Poseg je v veliki vročini potekal bolj ali manj brez zapletov. Pričeli smo okoli 9. ure zjutraj in končali okoli 19. ure. Bolnik je operacijo in vse ostale postopke dobro prenašal, pozneje je zatrdil, da ga niti med samo vsaditvijo niti potem ni skoraj nič bolelo. Milan Macakanja, dr. dent. med., mu je čez sedem dni odstranil šive in ga nato več tednov skoraj vsak dan pregledoval in navajal na pravilno higieno, ki je pri vsadkih predpogoj za dolgotrajen uspeh. Na pregledu konec avgusta smo lahko ugotovili, da je rentgensko in klinično stanje vsadkov tako, da lahko ocenimo ta način vsaditve kot zelo učinkovit in uspešen način.

Uspešno izveden poseg je po zaslugi vseh sodelujočih bolniku omogočil novo kakovost življenja. ■



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

Estetska stomatologija v praksi

Matjaž Rode



Voditelj strokovnega srečanja v pogovoru z dr. Unterbrinkom (desni).

Najbolj jih je ponovno navdušil naš redni gost iz Zagreba prof. dr. Ivica Anič, ki vedno znova preseneti in navduši s prikazi svojega dela in ki ga ni sram pokazati tudi svojih neuspehov. Kot velik strokovnjak na področju bolezni zobne pulpe vedno prikaže cel kup zapletov, a pri tem ne povečuje svojega znanja in vse ostale "daje v nič".

Udeležence je ponovno očaral tudi dr. Gary Unterbrink, Američan v Evropi, ki je mednarodno priznan strokovnjak na področju plastičnih polnilnih materialov – kompozitov.

Tudi to pot je nazorno prikazal, da je za neuspehe pri uporabi kompozitnih materialov večkrat kriva njihova nepravilna uporaba, kakor sami materiali. Njegovo predavanje je bilo nadaljevanje predavanja doc. dr. Igorja Potočnika, ki je govoril o vzrokih uspehov in neuspehov dela s kompozitnimi materiali.

Tudi ostali predavatelji so pripomogli k ugodnemu vtisu udeležencev, saj so – vsaj sodeč po njihovih izjavah ob koncu srečanja – voditelju zagotavljali, da jim ni žal petkovega popoldneva. ■

Stomatološka sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu si je že pred nekaj leti zadala nalogo, da bo organizirala predvsem taka strokovna srečanja, kjer bodo izbrani predavatelji znali svoje znanje povedati in pokazati tako, da bo od tega "kaj odnesel" tudi klinični zobozdravnik.

Zato je 22. oktobra 2004 v Festivalni dvorani v Ljubljani pripravila seminar z naslovom Estetska stomatologija v praksi.

Estetika je pomemben del zobozdravniškega dela in nikoli ni preveč srečanj, ki govorijo o vseh pasteh in možnih napakah, ki se lahko prikradejo med poskusom obnavljanja okvarjenih zob ali pa nadomestitve manjkajočih.

Moja naloga voditelja tega seminarja je bila enostavna, saj so predavatelji iz Slovenije in tujine doumeli bistvo naslova in res pripovedovali ter prikazovali praktične rešitve in svetovali, kako uporabljati tiste zobne materiale in postopke, ki so namenjeni in podrejeni predvsem estetiki. Pohvalno je tudi, da so se skoraj vsi držali časa, ki so ga imeli na razpolago, kar v Sloveniji nekaterim predavateljem še vedno ni samoumevno.

Kot ponavadi smo ob koncu srečanja povprašali nekatere kolegice in kolege, ki so

se udeležili seminarja, o njihovih prvih vtisih in jih zaprosili, da ocenijo tudi predavanja.



Polna Festivalna dvorana je pozorno poslušala. V prvi vrsti sta vidna prim. Janez Vrbošek, dr. dent. med., predsednik Stomatološke sekcije SZD (tretji z desne) in poleg njega generalni sekretar sekcije Aleksander Velkov, dr. dent. med. (Rott)

Prvi kongres slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo

Davorin Dajčman

Med 20. in 23. oktobrom 2004 je v pisani jesenski blejski naravi potekal prvi kongres slovenskih gastroenterologov, ki ga je organiziralo Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, udeležili so se ga tudi mednarodni strokovnjaki. Pridružila sta se mu še drugi kongres koloproktološke sekcije in prvi slovenski kongres medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji. Kongres se je začel že v sredo, dan pred uradnim začetkom, s predkongresnim programom, ki je vključeval podiplomsko izobraževanje iz gastroenterologije za zdravnike iz osnovne zdravstvene dejavnosti in drugih smeri. Izjemna kakovost predavanj in velika udeležba prijavljenih sta že uvodoma potrdili, da bo kongres izčrpen in prežet s sodobnim znanjem.

Po kratkem in svečanem odprtju naslednjega dne se je pričel tridnevni bogat in predvsem delaven program, razdeljen v več vsebinskih delov, ki so jih večinoma začeli gostujoči predavatelji iz tujine s prikazom preglednih predavanj o sodobnem stanju v stroki, ki jih poznamo iz srečanj v tujini. Uvodoma naj povzamem nekaj utrinkov iz predavanj prof. dr. Saše Markovič, dr. med., predsednice Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo, in prof. dr. Staneta Repšeta, dr. med., v predsedniškem posvetu o internistični oziroma kirurški gastroenterologiji v Sloveniji, ki je sledil svečanemu delu odprtja. Sodobna slovenska internistična gastroenterologija z 72 gastroenterologi, po besedah Saše Markovič, sledi sodobnim evropskim in svetovnim smernicam v skrbi za bolnike s širokim razponom bolezni prebavil in jeter, od tistih najbolj pogostih, ki prizadenejo skoraj vsakega človeka vsaj enkrat v življenju, do visoko strokovnih, kot so presaditev jeter, nujna endoskopija in funkcionalna diagnostika. Pri tem so značilnosti dela internističnih gastroenterologov predvsem veliko število bolnikov, pritiski na ambulate, endoskopske enote in tudi na bolnišnične oddelke. Temeljna lastnost te medicinske stroke je skupinsko delo, saj je združenje sestavljeno multidisciplinarno in vključuje gastroenterologe, interniste, kirurge, pediatrie, patologe,

onkologe, radiologe in infektologe in tako šteje več kot 250 članov ter spada med večja tovrstna zdravniška strokovna združenja na Slovenskem. Združenje zbira svoje podatke o zbolevnosti in rezultatih zdravljenja gastroenteroloških bolnikov, redno sprejema smernice po predhodni strokovni razpravi in z nacionalnim konsenzom, organizira številne učne delavnice, simpozije in mednarodna srečanja v sodelovanju s sosednjimi državami Avstrijo, Hrvaško, Madžarsko, Češko in Slovaško. Izdelan je bil tudi natančen program specializacije iz gastroenterologije, s čimer so si številni oddelki pridobili status učnega središča. Sodeluje tudi z ministrstvom za zdravje, s katerim so pripravili program in izračun potrebnih finančnih sredstev za zgodnje odkrivanje raka prebavil, predvsem kolorektalnega raka, ki spada med najtežavnejša področja gastroenterološke onkologije in je na samem vrhu onkoloških težav našega prebivalstva, ki se s tem ne razlikuje od razvitega sveta. Največja težava izvedbe programa ni denar, temveč preobremenjenost gastroenterologov. Delna rešitev se sicer skriva v spremembi razmerja med gastroskopijami in kolonoskopijami, pri čemer moramo dejavno vključiti tudi osnovno zdravstvo (napotitev). Da bi izpeljali takšno delo, je potrebna širša medijska podpora, ki bi pritegnila številne službe. Dobro izkušnje si je združenje že pridobilo z uresničitvijo načrta zmanjševanja krvavitve iz prebavil zaradi nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAR), pri čemer so se v letošnjem letu pokazali prvi pozitivni rezultati. Na drugi strani je v gastrointestinalni kirurgiji dejavnih od 90 do 100 kirurgov, samo s kirurgijo trebuha se ukvarja 60 kirurgov v Ljubljani, Mariboru in Celju, pretežno s takšno kirurgijo pa še približno 40 kirurgov v drugih bolnišnicah. Stane Repše je poudaril, da je na nacionalni ravni smiselno, da so na srednjih in malih kirurških oddelkih zaposleni splošni kirurgi, ki lahko zagotavljajo izvajanje splošnega kirurškega zdravljenja, medtem ko so ožje usmerjeni abdominalni kirurgi pomembnejši v večjih središčih, kjer so zahtevnejše operacije pogostejše. To omogoča pridobitev prepotrebnih izkušenj za uspešno usmerjeno kirurško zdravljenje in



zmanjševanje pooperativnih zapletov. Takšna nacionalna usmeritev naj bi botrovala tudi korenitim, vendar še nedokončanim spremembam pri specializaciji kirurgov. Podobno mnenje je izrazil tudi ugledni profesor kirurgije Markus Büchler iz Heidelberga, ki je poudaril, da je uspešno kirurgijo mogoče razvijati le na smernicah, ki temeljijo na znanstvenih izsledkih (*evidence-based surgery*), kakršne lahko izoblikujejo v središčih z velikim številom določenih operacij (*high case load*). Problematiko pediatrične gastroenterologije je v enem izmed predavanj predstavila prim. Marjeta Sedmak, iz Pediatrične klinike v Ljubljani. Glavne posebnosti stroke v tem starostnem obdobju so pravilno prepoznavanje bolezni v zgodnjem starostnem obdobju, posebnosti otroških endoskopskih preiskav, ki pogosto potekajo tudi v sedaciji, zato zahtevajo več kadra. Značilne so tudi težavnost izvajanja funkcionalne diagnostike, ker otroci običajno med preiskavo slabše sodelujejo, in zgodnje oblike zdravljenja bolezni ter preprečevanje zagonov v poznejših življenjskih obdobjih. Posebnosti gastroenterologije v otroštvu in starosti je prikazalo plenarno zasedanje o gastroenterologiji v obeh omenjenih obdobjih, ki so ga vodili prof. dr. Vladislav Pegan, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, prof. dr. Igor Križman in prim. Marjeta Sedmak.

Številnih tujih in domačih predavateljev ni mogoče naštet, saj je bilo vseh kar 31. Omenim naj le nekaj zanimivosti. Prof. Friedrich Hagenmueller iz Nemčije in prof. J. R. Armengol-Miro sta predstavila pomen gastrointestinalne endoskopije danes in njeno vlogo v zdravljenju krvavitve iz prebavil. Sledile so predstavitve sodobnih oblik endoskopskega zdravljenja različnih bolezni prebavil. Vladimir Mlinarič, dr. med., je v tem delu predstavil zanimivo predavanje o endoskopskem zdravljenju kirurških

zapletov, predstavljene so bile tudi možnosti kirurškega zdravljenja endoskopskih zapletov. Prof. Friedrich Hagenmueller je za prikazom stališč slovenskih endoskopistov in kirurgov predstavil tudi endoskopsko obravnavo bolnika z zaporno zlatenico, v nadaljevanju smo poslušali zanimiva predavanja o različnih vzrokih zaporne zlatenice in njihovem zdravljenju. V strokovnih prispevkih so sodelovali številni strokovnjaki različnih disciplin gastroenterologije. Sodobno je bilo zasnovano tudi plenarno zasedanje o zdravljenju žolčnih kamnov, kjer so bila predstavljene možnosti laparoskopske kirurgije (A. Pleskovič) in možnosti endoskopskega zdravljenja z endoskopsko papilotomijo (V. Mlinarič). Posebej zanimiv je bil del o kronični vnetni bolezni, ki za gastroenterologa še vedno predstavlja izziv, tako pri diagnostiki, kot interdisciplinarnem zdravljenju, predvsem vodenju bolnika v času novih oblik zdravljenja Crohnove bolezni z zdravili proti faktorju alfa (anti-TNF-alfa) tumorja, ki povzroča odmiranje. Tak je infliksimab. Predstavitev problematike kronične vnetne bolezni (KVBC), ki jo je vodil asist. mag. Ivan Ferkolj, je potrdila izjemno interdisciplinarnost naše stroke, saj so se vrstila spoznanja o različnih vidikih bolezni: epidemiologija, nosečnost, endoskopija prebavil, osteoporoza, bolezen pri otrocih, genetika ter seveda vse oblike zdravljenja. Nova so bila spoznanja genetskih dejavnikov KVBC, ki so jih predstavili mariborski pediatri in genetiki.

V delu predavanj o ultrazvoku v gastroenterologiji je prim. doc. dr. Marjan Skalicky predstavil vlogo EUZ v interventni endoskopiji in prikazal primer EUZ – vodene biopsije zunanjih plasti želodčne stene. Poudaril je pomen razvoja nujnega EUZ in potrebo po osvajanju tehnike v različnih endoskopskih centrih ter njeno vlogo v citološki diagnostiki tumorjev prebavil. Janez Jereb, dr. med., iz Ljubljane se je dotaknil ultrazvočne diagnostike fokalnih lezij v jetrih in trebušni slinavki ter pomena biopsij (punkcij) pod nadzorom ultrazvoka. Namen mojega prispevka seveda ni izčrpno predstaviti strokovnih stališč posameznih področij naše stroke, ampak le opozoriti na pomembne teme v gastroenterologiji tako z internističnega in pediatričnega kot tudi kirurškega vidika.

Novejše področje slovenske hepatologije je presaditev jeter, čemur je bil posvečen velik del predavanj. Govorili so o slovenskih izkušnjah, o kroničnih boleznih jeter, ki vodijo v jetrno cirozo in njihovo končno odpoved, in potrebi po zdravljenju s transplantacijo tako pri odraslih kakor pri otrocih. Slovenske izkušnje s transplantacijo jeter sta prikazala transplantacijska kirurga Valentin Sojar, dr. med. in Damjan Stanisavljevič, dr. med., iz Ljubljane. V delu

o kroničnih jetrnih boleznih sta sodelovala tudi svetovno znana strokovnjaka s področja hepatologije prof. Peter Ferenci z Dunaja in prof. Claudio Tiribelli iz Trsta. Vodilna slovenska hepatologinja prof. dr. Saša Markovič je predstavila problematiko ponovitve osnovne bolezni v presadku, prof. Ferenci je govoril o Wilsonovi bolezni, medtem ko se je prof. Tiribelli dotaknil vprašanja jetrnega raka. Kolegi hepatologi smo v nadaljevanju predstavili še nealkoholni steatohepatitis, avtoimuni hepatitis pri otrocih, portalno hipertenzijo in pomen hepatorealnega ter hepatopulmonalnega sindroma v času zdravljenja kroničnih bolezni jeter oziroma dekompenzirane jetrne ciroze s transplantacijo jeter.

Veliko pozornosti je pritegnilo tudi plenarno zasedanje o etiki v gastroenterologiji, kjer je mag. Žarko Pinter, zasebni gastroenterolog iz Maribora in predsednik komisije za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije, predstavil pomen pojasnilne dolžnosti v procesih invazivne diagnostike in terapije v naši stroki. Prim. Cvetka Pernat, iz Maribora, je pripravila zelo zanimivo predavanje o sporazumevanju v gastroenterologiji. Še posebej je izpostavila vpliv slabega sporazumevanja med gastroenterologom in bolnikom, kar povzroči nezadovoljstvo bolnika ali njegovih svojcev ter posledično slab izhod zdravljenja. Skupaj smo tudi ugotovili, da je slednje pomembno v delovanju celotnega zdravstva, zaradi česar bi morali uspešnemu sporazumevanju posvetiti več pozornosti.

Nova spoznanja o bakteriji *helicobacter pylori* (Hp) v novem tisočletju in njen vpliv na razjede, dispepsijo in gastroezofagealno refluksno bolezen (GERB), povezanost z rakom želodca ter nesteroidnimi protivnetnimi zdravili je predstavil doc. dr. Bojan Tepeš, iz Rogaške Slatine. Poudaril je pozitivno povezanost med nastankom razjede dvanajstnika in raka želodca s prisotnostjo bakterije v zgornjih prebavilih ter dodal spoznanje, da v populacijah, kjer je prekuženost nizka oziroma eradikacija intenzivna, naraščata GERB in rak požiralnika. S tem je opozoril na trenutna vprašanja o antibiotičnem zdravljenju, ki se porajajo ob Hp – pozitivnih bolnikih z GERB oziroma varovalnih učinkih Hp pri razvoju refluksne bolezni. Pediatri in mikrobiologi iz Ljubljane so predstavili tudi genom bakterije, njegove najbolj virulencne in prevladujoče gene. Poseben del je bil posvečen tudi akutnemu ter kroničnemu vnetju trebušne slinavke in raku na omenjenem organu. Omenim naj še sindrom iritabilnega kolona, ki je vedno pomembnejši v sodobnem času. Predstavljene so bile tudi številne proste teme tako ustno kot tudi na posterjih.

O drugem kongresu koloproktološke sekcije je pisal že asist. mag. Boštjan Mlakar v prejšnji številki Izide.

Ob koncu predstavitve strokovnega dela kongresa želim le poudariti pomembno vsebino obsežnega dela o kolorektalnem raku in pomenu njegovega zgodnjega odkrivanja. Zagotovo drži, da v Sloveniji odkrijemo rak debelega črevesa in danke pozneje kot v razvitih državah, zaradi česar je manj bolnikov deležnih radikalnega zdravljenja in je njihovo preživetje krajše. Sodobno zdravljenje bolezni poleg kirurškega vključuje še dodatno onkološko zdravljenje (adjuvantno) s kemoterapijo in radioterapijo. Novosti v adjuvantni kemoterapiji je predstavil prof. dr. Borut Štabuc, iz Ljubljane in posebej izpostavil pomen kombiniranega zdravljenja s 5-fluorouracilom in leukovorinom v tretjem stadiju bolezni po uspešnem kirurškem zdravljenju, ki znatno zmanjša verjetnost ponovitve bolezni. Na plenarnem zasedanju so razpravljali poudarili pomen zgodnjega odkrivanja bolezni in program presejanja kolorektalnega raka v Sloveniji kot ključen dejavnik pri uspešnem preprečevanju raka. Veliko število bolnikov namreč narekuje decentralizacijo oziroma deregionalizacijo zdravljenja, kar bi s potrebnimi ukrepi pripomoglo k izboljšanju rezultatov (torej nasprotno strategijo zdravljenja kot pri raki drugih prebavnih organov). Glede na to so bile predstavljene nekatere pomembne smernice: presejanje s testom na okultno krvavitev v blatu po 50. letu starosti in kolonoskopija v primeru pozitivnih izsledkov, sledenje skupin z večjim tveganjem, standardizirana diagnostika in enotna patološka zamejitev po klasifikaciji TNM. S takšnim multidisciplinarnim pristopom na vseh zdravstvenih ravneh in razširitvijo dejavnosti po vseh slovenskih regijah lahko pričakujemo napredek pri zmanjševanju umrljivosti zaradi kolorektalnega raka.

S svojim prvim kongresom v izjemni organizaciji in s sodobnim programom je tudi Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo stopilo na svojo kongresno pot v samostojni Sloveniji ter že uvodoma pokazalo zrelost in pripravi strokovnih srečanj, za kar imata še posebne zaslugе tako organizacijski kot strokovni odbor kongresa. Zanesljivo tudi tokrat kongresa brez pomoči pokroviteljev ne bi bilo. Večina pokroviteljev je poleg tega organizirala še delovne satelitske simpozije z domačimi in uglednimi tujimi predavatelji, ki so bili posvečeni trenutnim oblikam zdravljenja bolezni različnih področij prebavil, ter tako bogato popestrila strokovni in družabni program kongresa. Naj jih samo naštejemo: Krka d.d. kot glavni pokrovitelj (*Gastroezofagelana refluksna bolezen-GERB*), Altana Pharma AG

(*Inhibitorji protonske črpalke v ambulantni in bolnišnici*), AstraZeneca UK Ltd (*Nexium in GERB*), Lek d.d., Novartis Oncology (*Sindrom iritabilnega črevesa/IBS/ in nevroendokrini tumorji*), Roche (*Zdravljenje bolnikov s hepatitisom B in C*) in Schering-Plough CE AG (*Kronična vnetna črevesna bolezen in zdravila*). Izšla je tudi posebna številka revije Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo Gastroenterolog (izhaja že osmo leto in spada med najstarejše usmerjene strokovno-medi-

cinske publikacije na Slovenskem), v kateri so na 425-ih straneh objavljena predavanja, ki so bila predstavljena na kongresu (vključene so tudi proste teme). Zaradi tega lahko zbornik kongresa upravičeno prištevamo med najbolj priporočeno strokovno literaturo s področja internistične, pediatrične ter kirurške gastroenterologije in hepatologije v slovenščini, primerne tako za specialiste ožjih usmeritev kot za splošno zdravniško oziroma širše pripadajočo strokovno javnost.

Predavanja so potekala v Festivalni dvorani Bled in v dvoranah Grand hotela Toplice Bled, ki sta nudila udobje v okolju naravnega bogastva Bleda z okolico, ki je bil v soboto, na zadnji dan kongresa, obsijan z žlahtnim jesenskim soncem in je nudil nepozaben pogled na jesenske barve narave ob jezeru in na Triglav. ■

Mednarodni flebološki kongres v Ljubljani

Nada Kecelj Leskovec, Tomaž Lunder, Tanja Planinšek Ručigaj

Od 15. do 16. oktobra 2004 je v veliki predavalnici Kliničnega centra Ljubljana potekal mednarodni flebološki kongres, ki smo ga organizirali na Dermatovenerološki kliniki. Potekal je v delovnem vzdušju, ki so ga spodbudila kakovostna predavanja domačih in številnih tujih, zelo priznanih strokovnjakov, ki so se udeležili kongresa.

Ob odprtju kongresa sta nas nagovorila prof. dr. Zoran Arnež, strokovni direktor Kliničnega centra Ljubljana in doc. dr. Tomaž Lunder, predstojnik Dermatovenerološke klinike KC.

V prvem delu je Peter J. Franks, profesor zdravstvenih znanosti na Thames Valley Universe v Londonu, predaval o stroškovni učinkovitosti zdravljenja venske golenje razjede. Povedal je, da predstavljajo stroški zdravljenja v Veliki Britaniji dva odstotka zdravstvu namenjenih sredstev. Strokovna učinkovitost po njegovem mnenju ne pomeni varčevanja denarja, pač pa najboljši izkoristek sredstev, ki so na razpolago. Največje stroške predstavljajo delo zdravstvenih delavcev, najem prostorov, število pregledov in zdravljenje morebitnih zapletov, kot so okužbe ali amputacije okončin. Boljši izkoristek vidi v uporabi sodobnih oblog za zdravljenje venske golenje razjede in uporabi kompresijskih povojev, ki povečajo hitrost celjenja razjed in zmanjšajo število prevez iz štirih na eno na teden. Izračunali so, da se tako stroški zaceljene golenje razjede zmanjšajo v povprečju iz 2704 evrov na 1372 evrov. Stroški zdravljenja golenje razjede v Evropski uniji bi se tako lahko zmanjšali iz 1750 milijonov evrov na 385 milijonov evrov na leto. Meni, da sta stroškovna učinkovitost in

klinična učinkovitost med seboj zelo povezani. V živahni razpravi, ki je sledila, smo izvedeli tudi, da angleške zavarovalnice povrnejo velik del stroškov sodobnih oblog za zdravljenje ran in kompresijske povoje. Podobno velja tudi za mnoge druge evropske države, kot so Francija, Danska, Avstrija, Italija in tudi Hrvaška, ki sicer še ni članica Evropske skupnosti. Slovenija je že pol leta enakopravna članica Evropske skupnosti, vendar na tem področju močno zaostaja, saj si morajo bolniki kljub prizadevanjem stroke vse sodobne obloge za zdravljenje razjed in kompresijske povoje zaenkrat kupovati sami.

Hrvaška predstavnik, prof. dr. Ivan Dobrić in dr. Daška Štulhofer Buzina, oba dermatovenerologa iz Univerzitetnega Kliničnega Centra v Zagrebu, sta nam predstavila sodobno hipotezo o patofiziologiji kroničnega venskega popuščanja. Sledilo je strnjeno predavanje prof. M. Romanellija. Predstavil ga je z naslovom Neinvazivna ocena golenje razjede njegov sodelavec dr. A. Magliaro, dermatovenerolog iz Pise. Asist. Nada Kecelj Leskovec s sodelavci je predstavila raziskavo Sledenje zdravljenja venskih golenjih razjed z laserskim 3-D merilcem. Interdisciplinarna raziskava poteka v sodelovanju Dermatovenerološke klinike in Fakultete za strojništvo Univerze v Ljubljani.

V drugem delu nam je dr. A. Magliaro predaval še o pripravi dna razjede s poudarkom na kolonizirani in inficirani razjedi. Dr. N. Lilgenau, dermatovenerolog iz Avstrije, je predstavil zdravljenje kožnih razjed z negativnim pritiskom, M. Jones iz Anglije pa zdravljenje z larvami. Povedala je, da je ta način zdravljenja poceni in učinkovit. Predstavila nam

je klinične primere, kjer so z razjed v treh dneh očistili fibrinske obloge in nekroze. Tako zdravljenje je za bolnika neboleče in varno, saj larve odstranijo samo odmrlo tkivo. Ta način zdravljenja je zelo razširjen v Veliki Britaniji in Evropski uniji, kjer ga zavarovalnice tudi sofinancirajo.

V tretjem delu je dr. Philipp Feuerstein, dermatovenerolog z Dunaja predstavil kirurške načine zdravljenja venske golenje razjede. Prim. Andrej Šikovec, angiokirurg iz Novega mesta je nadaljeval temo prejšnjega predavanja z razlago endoskopske kirurgije perforantnih ven (SEPS) in endovenozne laserske terapije debelih varic.

Naslednji del je bil namenjen laserski terapiji varic. Predstavili so jo dr. Daška Štulhofer Buzina skupaj s prof. dr. Ivanom Dobričem, oba sta dermatovenerologa iz Zagreba in mag. Metka Adamič iz Ljubljane. Sledila je zanimiva razprava.

V zadnjem delu prvega dne smo se predstavili slovenski dermatovenerologi. Asist. dr. Aleksandar Godić iz Dermatovenerološke klinike KC nam je predstavil z dokazi podprto zdravljenje v flebologiji in ugotovil, da je upravičena uporaba flavonoidov pri bolnikih s kroničnim venskim popuščanjem in sočasnim kompresijskim zdravljenjem ter pentoksifilina pri bolnikih z mešanimi in arterijskimi razjedami. Asist. Borut Žgavec, prav tako iz Dermatovenerološke klinike, je osvetlil vprašanje akroangiodermatitisa oziroma psevdokaposijevega sarkoma kot diferencialno diagnostični izziv, na katerega premalokrat pomislimo. Asist. Nada Kecelj Leskovec je predstavila klinični primer zdravljenja z aktivno resorbtivno ob-

logo. Sandi Luft iz Maribora, je opisal akutno nastale nekroze kože pri bolniku, ki je zdravljen s hemodializo. Primer zdravljenja venske golenje razjede s kompresijskimi blazinicami je predstavila mag. Ana Benedičič, dermatovenerologinja iz Celja.

Drugi dan kongresa je ugledni gost z Danske, prof. dr. Finn Gottrup, kirurg, predstavil njihovo organizacijo zdravljenja ran. Meni, da je zdravljenje venskih golenih razjed lahko konzervativno s sodobnimi oblogami in kompresijo, če pa po treh do šestih mesecih ne pride do izboljšanja, svetuje kirurško zdravljenje (SEPS, nekrektomija, zdravljenje s kožnimi presadki; split – skin graft. Tudi po kirurški terapiji svetuje kompresijsko zdravljenje. V naslednjem predavanju je orisal vprašanje kolonizirane in okužene golenje razjede. Za lokalno zdravljenje okuženih razjed je omenil tudi obloge s počasi sproščajočim se srebrom, ki veliko obetajo.

V nadaljevanju sta kolegici asist. Metoda Košiček iz Kranja in asist. Tanja Planinšek Ručigaj iz Dermatovenerološke klinike v Ljubljani, razpravljali o učinkovitosti novih materialov pri zdravljenju kroničnih ran. Predstavili sta svojo raziskavo, kjer sta ugotovili, da se v primerjavi s klasičnim zdravljenjem v sedmih tednih zdravljenja s hidrofibrami zmanjša število razjed, ki so kolonizirane s *Ps. Aeruginosa*.

Ob zaključku prvega dela drugega dne je doc. dr. Tomaž Lunder, predstojnik Dermatovenerološke klinike KC, predstavil rezultate raziskave vprašanj alergijske preobčutljivosti za materiale, ki se uporabljajo v flebologiji, posebej na sestavine oblog za zdravljenje razjed.

V naslednjem delu nam je naš ugledni gost iz Avstrije in "oče kompresijskega zdravljenja" prof. dr. Hugo Partsch natančno razložil patofiziološke mehanizme kompresijskega zdravljenja. Poudaril je, da je kompresijsko zdravljenje nujno potrebno pri kroničnem venskem popuščanju in limfni stazi, čeprav je velikokrat podcenjeno ali celo označeno kot nepotrebno. Poznavanje kompresijskega zdravljenja je veliko več kot zgolj predpisovanje kompresijskih nogavic. V svojem drugem predavanju je poudaril pomen kompresijskega zdravljenja za zdravljenje bolnikov z akutno globoko vensko trombozo (GVT) in za zmanjšanje znakov potrombotičnega sindroma. Predstavil je raziskavo, kjer so potrdili, da zdravljenje GVT s kompresijskim zdravljenjem, mobilizacijo in nizko molekularnimi heparini izboljša bolezenske znake (bolečino), klinično sliko (edem prizadete okončine) in zmanjša širjenje tromba proksimalno v primerjavi s klasičnim zdravljenjem GVT z nizko molekularnimi heparini, a brez kompresijskega zdravljenja in imobilizacije. Prav tako niso opazili večje

nevarnosti za razvoj pljučne embolije pri prvi skupini bolnikov.

Barbara Binder iz Gradca je natančno opisala ultrazvočne preiskave pri bolnikih s kroničnim venskim popuščanjem. Pri njih je barvni ultrazvok del osnovne opreme vsake flebološke ordinacije in si dela brez njega ne znajo predstavljati. Ta naprava bi bila nujno potrebna tudi pri nas, ne nazadnje tudi za sodobno in bolj gospodarno skleroterapijo s peno, ki nam jo je predstavil Paulo Casoni iz Parme, Italija. S to metodo lahko skleroziramo večji obseg varic, tudi vbodnih mest je manj, ker se pena razporeja bolj, kot tekoča sklerozacijska sredstva. Z uporabo skleroterapije s peno bi v istem času lahko zdravili več bolnikov, ker bi bilo število kontrolnih pregledov manjše.

V zadnjem delu mednarodnega flebološkega kongresa je predavala Monika Lecomte iz Pariza. Učinkovitost flavonoidov, še posebno mikronizirane oblike, pri kroničnem venskem popuščanju je podkrepila s številnimi predstavljenimi raziskavami. V razpravi smo izvedeli, da svetujejo zdravljenje s flavonoidi intermitentno vsaj za tri mesece s trimesječnimi prekinitvami, pri limfedemu pa je lahko tako zdravljenje doživljenjsko.

Asist. Nada Kecelj Leskovec je predstavila raziskavo ljubljanske Dermatovenerološke klinike. Potrdili smo, da imajo bolniki pod kratkimi elastičnimi povoji nizke pritiske med mirovanjem in visoke pritiske med naporom. Zato jih lahko pustimo na okončini tudi čez noč, do enega tedna oziroma desetih dni. Za razliko od dolgih elastičnih povojev, kjer so pritiski pod povoji v mirovanju razmeroma

visoki in v dvanajstih urah skoraj enaki. Take povoje moramo čez noč odvit. Kratki-elastični povoji so primerni za nepokretne bolnike in za bolnike s periferno arterijsko okluzivno boleznijo in gleženjskim indeksom (GI), ki je večji od 0,5.

Asist. Tanja Planinšek Ručigaj in asist. Metoda Košiček sta predavali o vzrokih tromboflebitisa ter kompresijskem zdravljenju. Ugotovili sta, da ženske s povprečno starostjo 57 let, varikoznimi venami, ki trajajo več kot 15 let, z insuficientnim safeno-femoralnim ustjem in brez kompresijskega zdravljenja pogosteje zbolevajo za tromboflebitisom. Ustrezno lokalno zdravljenje je kompresija s kratkimi-elastičnimi povoji, ki je klinično bolj učinkovita kot počivanje brez kompresije. Na to predavanje se je navezal asist. mag. Viktor Videčnik, angiolog iz Kliničnega Centra Ljubljana, ki je razložil diagnostične postopke in antikoagulantno zdravljenje tromboflebitisa. Za vse obsežne tromboflebitise, ki so daljši od desetih cm, oziroma segajo manj kot 10 cm od safeno-femoralnega ustja, svetuje ultrazvočno preiskavo povrhnjega in globokega venskega sistema Duplex, da bi tako lahko izključili morebitne globoke venske tromboze (GVT) ter antikoagulantno zdravljenje v terapevtskih dozah za tri mesece ali dlje.

Mednarodni flebološki kongres je strnil predstojnik Dermatovenerološke klinike KC, doc. dr. Tomaž Lunder.

Razšli smo se polni vtisov, novih spoznanj in z upanjem, da bo tudi to strokovno srečanje pripomoglo k razvoju slovenske flebologije in dermatologije. ■



Nekateri udeleženci prvega dne kongresa z desne proti levi: asist. Tanja Planinšek Ručigaj, prof. dr. Ivan Dobrič, prof. dr. Peter J. Franks, asist. Nada Kecelj Leskovec, doc. dr. Tomaž Lunder, Mary Jones, medicinska sestra, Daška Štulhofer Buzina, dr. med, Antonio Magliaro, dr. med. in N. Lilgenau, dr. med.

Zdravila in dojenje

Klinična farmakologija, priporočila in izkušnje

Andreja Tekauc Golob, Andreja Domjan Arnšek

Srečanje je potekalo 17. septembra 2004 v hotelu Jolly v Trstu. Organiziral ga je prof. dr. Riccardo Davanzo, priznani strokovnjak za dojenje in laktacijo iz Trsta. Srečanje je najbolj obogatil vabljeni ameriški predavatelj prof. dr. Thomas W. Hale, avtor številnih knjig o zdravljenju in dojenju. Pripravil je tri predavanja, in sicer Uporaba zdravil pri doječi materi, Antidepresivi in dojenje in Farmakologija prolaktina. Sodelovali so tudi italijanski kolegi s svojimi prispevki: Praktična uporaba sodobnih znanstvenih priporočil, Vloga ministrstva za zdravje, Kaj matere vedo, Telefonsko svetovanje o dojenju, Izkušnje farmacevta, Izkušnje izbranega pediatra. Vsa predavanja so bila simultano prevajana v angleški in italijanski jezik.

Srečanja se je udeležilo kakih 150 udeležencev iz celotne Italije. Iz Slovenije sva se srečanja udeležili dve neonatologinji.

Prof. dr. Hale je profesor pediatrije na teksški univerzi, po osnovni izobrazbi je farmakolog, doktoriral je iz farmakologije in toksikologije. Trenutno velja za vodilnega strokovnjaka na področju uporabe zdravil pri doječih materah, veliko potuje po svetu in predava. Njegove tri najbolj znane knjige so Zdravila in materino mleko, Klinično zdravljenje doječih mater in Zdravljenje z zdravili in dojenje: od teorije do prakse. Uporabljajo jih zdravniki, medicinske sestre, enote intenzivne medicine, porodničnice, svetovalci za dojenje in laične svetovalke združenja La Leche po vsem svetu. Njihova spletna stran je <http://neonatal.ttuhs.edu/lact/>

Uporaba zdravil pri doječih materah

Profesor Hale je najprej naštel dokazane prednosti dojenja za otroka: znižanje smrtnosti za 21 odstotkov, 50 odstotkov nižja obolevnost zaradi otitisa, 45 odstotkov manj virusnih drisk, zmanjšana obolevnost z respiratornim sincicijskim virusom, značilna manjša obolevnost na dihalih (66 odstotkov), nižja pogostnost limfoma, Chronove bolezni, ne-

krozantnega enterokolitisa v otroštvu, manjša obolevnost za boleznimi kardiovaskularnega sistema pozneje v življenju ter celo za 8 – 12 točk višji inteligenčni količnik.

Sledila je podrobna razlaga fiziologije prehajanja snovi v materino mleko, vpliva materinih hormonov na zmožnost mlečnih žlez za izločanje določenih snovi. Večina zdravil prehaja v mleko s preprosto difuzijo. Zdravila, ki potrebujejo prenašalce, na primer jod, aciklovir, cimetidin, nitrofurantoin, ranitidin, se lahko kopičijo v dojki in vračajo v krvni obtok. Imunoglobulini in hormoni imajo beljakovinske prenašalce. Pomembno je, kolikšen delež zdravila je prisoten v materinem krvnem obtoku. Najvišja raven v mleku se pojavi sočasno z najvišjo ravno v plazmi. V mleku se pojavljajo v večji meri zdravila z majhno molekularno maso (pod 100) in v maščobi topna zdravila. Nekatera zdravila se slabo vsrkavajo iz črevesja in se kopičijo v jetrih, imajo nizko biovabilnost. Mednje spadajo heparin, beljakovine z veliko molekularno maso, inzulin, interferoni, aminoglikozidni antibiotiki, cefalosporini tretje generacije, morfin, kodein in drugi. Iz prebavil se slabo vsrkavajo magnezijeve soli, kontrastna sredstva, tetraciklini, vankomicin, nekateri cefalosporini tretje generacije in neomicin. Vsa naštetá so primerna za uporabo pri doječih materah. Varna so tudi vsa zdravila z veliko molekularno maso.

V nadaljevanju je predavatelj govoril o galaktogogih, ki zvišujejo raven prolaktina in o zdravljenju, ki na prolaktin delujejo zaviralno. Kot galaktogog je priporočal domperidon (tametil).

Pri kontraceptivih je odsvetoval uporabo estrogenov, ker zavirajo izločanje mleka.

Antibiotiki se pri dojenju lahko uporabljajo, posebej penicilini in cefalosporini. Nekaj zdravil je v zadnjem času objavljenih glede eritromicina, ki lahko povzroči pilorostenozo pri otroku, ciprofloksacin ni priporočljiv, metronidazol ima metalni okus, vsi pa spremenijo sestavo črevesne flore tudi pri otroku, kar je potrebno upoštevati.

Pri zdravljenju hipertenzije se priporoča uporaba naslednjih betablokatorjev, propranolol, metoprolol, labetalol in sotalol, odsvetuje

pa acebutolol in atenolol. Od zaviralcev kalcijevih kanalčkov se svetuje uporabo nifedipina, nimodipina, verapamila in nitrendipina, od zaviralcev ACE in ACE sprejemnikov pa captopril, enalapril in benazapril. Uporabo slednjih odsvetuje v zadnjem trimesečju nosečnosti. Aldomed in hidralazin lahko uporabljajo tudi doječe matere.

Analgetike kodein, morfin, fentanil, ibuprofen in acetaminofen doječe matere lahko uporabljajo, ne priporoča pa se daljša uporaba naproksena in drugih NSAIDS.

Radiokontrastna sredstva imajo nizko biovabilnost in se ne pojavljajo v materinem mleku. Dojenje je potrebno prekiniti le za kratek čas. Jod v kontrastnih sredstvih je v vezani obliki in se ne metabolizira. Pri uporabi radioaktivnih zdravil je potrebno dojenje prekiniti za kratek čas. Natančnejša navodila so na spletni strani: <http://neonatal.ama.ttuhs.edu/lact/>.

Na koncu je profesor Hale naštel zdravila, ki se jih mora doječa mati izogibati. To so droge, alkaloidi ergota, psevdоеfedrin, radioaktivna zdravila, škodljivo je kronično jemanje sedativov in kontracepcijskih sredstev z estrogenom.

V razpravi je razložil, kako je z dojenjem po splošni anesteziji. Uporabljana zdravila se hitro izločijo iz plazme, v mleko prehaja zelo majhna količina. Mati lahko doji, ko je budna.

Antidepresivi in antipsihotiki pri dojenju

Predavanje profesorja Hala je bilo zasnovano širše, saj je ponudilo tudi celovito informacijo o poporodni depresiji, njeni pogostnosti in značilnostih. Sledila je podrobna razčlenitev delovanja posameznih zdravil. Triciklični antidepresivi so z izjemo doksepina varni, odsvetuje se uporaba zaviralcev monoaminoosidaz. Fluoksetin naj ne bi uporabljal v nosečnosti in pri dojenju novorojenčkov in nedonošenčkov. Za zdravljenje bipolarnih motenj ni priporočljiva uporaba litija. Pri anksiolotikih se priporoča lorazepam, pri doječi materi pa je med antipsihotiki priporočljivo zdravilo

sertralin (zoloft), naslednje pa paroksetin. Na navedeni spletni strani je mogoče postavljati tudi vprašanja o uporabi posameznega zdravila pri doječi materi.

Farmakologija prolaktina

Zadnje predavanje bilo posvečeno prolaktinu, hormonu, ki spodbuja mlečne žleze k tvorbi mleka.

Prolaktin je polipeptid iz 199 aminokislin. Nahaja se v treh oblikah: monomerni, dimerni in multimerni. Secernira ga prednji režanj hipofize, njegovo sekrecijo regulira PIF (prolactin inhibiting factor – zaviralec prolaktina) hipotalamusa. Dojenje vzpodbuja njegovo izločanje preko nevroendokrinega refleksa. Ima cirkadialni ritem izločanja, najnižja raven je dopoldne. Nastajanje mleka ni sorazmerna

z ravno prolaktina v plazmi. Že majhno povišanje zadostuje za tvorjenje mleka. Večina ga je v nevezani obliki, okoli 36 odstotkov je vezanih na protein v plazmi, to je neaktivni del hormona. Hiperprolektinemija povzroča anovulacijo in neplodnost. Raven prolaktina v nosečnosti počasi narašča, po porodu pa počasi pada in je šest mesecev po porodu blizu normalnih vrednosti, čeprav se dojenje nadaljuje. Prolaktin se tudi stalno izloča v mleko, največ ga je v mlezivu. Že znanim dejstvom je dodal še zanimive izsledke novejših raziskav. Tako na primer povzroči zastoj mleka, če dojka ni redno spraznjena, nepovratno apoptozo mlečnih celic. Dopamin zavira izločanje prolaktina. Metoklopramid vzpodbuja njegovo izločanje kot zaviralec dopamina in se ga priporoča za zdravljenje hipoprolaktinemije. Nasprotno zaviralec dopamina zavirajo njegovo izločanje,

enako delujeta tudi bromokriptin, ergotamin tartrat.

V odmoru sva imeli priložnost za pogovor s profesorjem Haleom. Povedal je, da je prvič v Italiji, da veliko potuje in predava, njegov koledar je poln za eno leto vnaprej. O Sloveniji ni vedel veliko in naju je zato z zanimanjem poslušal.

Zadovoljni poslušalci smo zapustili hotel Jolly v poznih popoldanskih urah.

Kljub temu, da sva udeleženci iz Slovenije tudi pooblaščen mednarodni svetovalki za dojenje (IBCLC), so nama predavanja v Trstu razjasnila marsikatero nejasnost glede prehajanja zdravil v materino mleko. Iz vsakodnevnih izkušenj veva, da je pri vsakdanjem delu še veliko vprašanj pri uporabi zdravil za doječe matere. Upava, da bo ta prispevek pripomogel k njihovemu odpravljanju. ■

Srečanje mladih specialistov splošne in družinske medicine ter specializantov družinske medicine

Maja Pelcl

Na pobudo doc. Janka Kersnika in asist. Rade Iljaža s Kate-dre za družinsko medicino ljubljanske MF smo se mladi specialisti splošne in družinske medicine (DM) ter specializanti družinske medicine 20. 10. 2004 v Ljubljani zbrali na svojem prvem kongresu.

Srečanje se je začelo z uvodnim nagovorom doc. Janka Kersnika, ki je podal kratek pregled razvoja splošne in družinske medicine v Sloveniji. Poudaril je, da prihaja slovenska družinska medicina v novo obdobje razvoja, ki bo zaznamovano z novimi oblikami delovanja in izobraževanja slovenskih zdravnikov splošne in družinske medicine. Večji poudarek bo na dejavnih oblikah izobraževanja in osebnem načrtu stalnega strokovnega razvoja.

V nadaljevanju je asist. Rade Iljaž predstavil osnutek strategije razvoja slovenske družinske medicine v naslednjih petih letih. Za ključne dejavnike uspešnosti družinske medicine v prihodnjih letih je označil

1. ustanovitev državnega inštituta za osnovno zdravstvo
2. informatizacijo zdravnikovega dela
3. razvoj kakovostne in učinkovite mreže mentorjev – svetovalcev
4. razbremenitev zdravnika DM pri administrativnih opravilih, ki niso nujno potrebna

Vojislav Ivetič, specializant DM za mariborsko regijo, je predstavil projekt Junior doctor (več o tem smo pisali v reviji Isis, št. 7/2004) ter primerjal naše delo z delom kolegov na Nizozemskem.

Mojca Miholič, specializantka DM za ljubljansko regijo, je predstavila potek diplomskega in podiplomskega izobraževanja v drugih državah in sveže novice z zadnjega kongresa WONCA v Orlandu.

Maja Pelcl, specializantka za mariborsko regijo, je izpostavila nekaj najbolj perečih težav, s katerimi se srečujejo mladi specializanti DM v mariborski regiji. Tisti specializanti, ki imajo licenco, se srečujejo predvsem z naslednjimi



Asist. Rade Iljaž, dr. med.

težavam, kot so redki stiki z neposrednim mentorjem, premajhna zavzetost nekaterih neposrednih mentorjev in neusklajenost seznama veščin z resničnimi možnostmi med enotedenskim kroženjem po kliničnih oddelkih. Specializanti brez licence imajo precej nevšečnosti zaradi začasnih, ponekod zelo kratkih delovnih razmerij in vseh negotovosti, ki iz takšnega položaja izhajajo, na primer pridobitev kreditov in neprofitnih stanovanj. Predlog glede kroženja je, da bi specializacija DM potekala po sistemu 1 + 2 + 1 tj. prvo leto delo v osnovnem zdravstvu, nato dve leti na kliničnih oddelkih in na koncu še eno leto v osnovnem zdravstvu. Tako bi v prvem letu pridobili več praktičnih izkušenj za nadaljnje kroženje na kliničnih oddelkih. Oboji imajo precej težav pri dostopu do sredstev, ki so namenjena za izobraževanje specializantov, še vedno pa pogrešajo enoten list zdravnika specializanta.

Uvodnim predstavitvam je sledila razprava. Kolegica Dušanka Kavšek iz Ivančne Gorice je izpostavila kadrovske problem z zdravniki, ki sodelujejo pri delu enote PHE v Novem mestu. Po diplomi in strokovnem izpitu lahko mladi zdravnik, ki še nima licence, dela samo pod nadzorom in zato ne dobijo dovolj potrebnega kadra za delo. Omenila je, da v njihovem zdravstvenem domu dežurstev v PHE ne opravljajo vsi tam zaposleni zdravniki, saj se nekateri za to ne čutijo sposobne. Mnenje prisotnih je, da je in mora biti vsak zdravnik, ki deluje v osnovnem zdravstvu ustrezno usposobljen za nudenje nujne medicinske pomoči.

Katja Rehak Diraka iz koprške regije se je spraševala, zakaj lahko ostali specializanti samostojno dežurajo v zdravstvenih domovih, specializanti družinske medicine pa tega ne smejo. Slednji prav tako ne morejo samostojno delati v zdravstvenih domovih, nimajo stalne zaposlitve in so tako kreditno nesposobni. Predlagala je, da se razreši status specializanta družinske medicine po strokovnem izpitu in se natančneje določi obseg del, ki jih lahko samostojno opravlja.

Tatjana Cvetko iz ZD Koper je dodala, da sta pomanjkanje zdravnikov in nena-



Predavatelji (z leve) Vojislav Ivetič, dr. med., Maja Pelcl, dr. med., in asist. Mojca Miholič, dr. med.

domeščanje med specializacijo pomemben razlog, da je več kolegov odkrožilo program specializacije, svojega izobraževanja pa uradno niso zaključili tudi s specialističnim izpitom. Pomembno bi bilo vzpodbujati te zdravnike in jim pomagati, da specializacijo končajo. Vsi navzoči se strinjajo, da povzroča naraščanje števila zdravnikov brez licence številne težave, predvsem pri organizaciji dežurne in urgentne službe. Prednostni položaj drugih specialnosti v osnovnem zdravstvu pri nujenju NMP ni sprejemljiv.

Ljubomira Ilića iz Šentjurja je zanimalo, zakaj ne more biti mentor specializantom DM, če ni sam specialist vsaj pet let. Predlagal je, da naj bi bili bodoči mentorji zdravniki z vsaj petimi leti delovne dobe in dvema letoma dela kot specialisti.

Ob koncu srečanja je bil ustanovljen pobudni odbor sekcije mladih zdravnikov DM s predstavniki iz vseh regij.

Prisotni mladi zdravniki smo si bili enotni,

da je za dvig kakovosti dela in stalnega strokovnega izobraževanja specialistov splošne in družinske medicine ter boljše pogoje dela nujno povezovanje in sprotno obveščanje vseh specializantov družinske medicine in mladih specialistov splošne in družinske medicine. Tako bi izoblikovali enotna stališča o najbolj žgočih vprašanjih, ki nas ovirajo pri našem delu in strokovnem razvoju in jih posredovali ustreznim poklicnim in stanovskim združenjem. Zaradi naše razpršenosti in številnih drugih obveznosti pogostejša skupna srečanja niso izvedljiva in smiselna, zato smo poudarili pomen elektronskega sporazumevanja in ustanovitve skupnega spletnega foruma.

Zaželeno je, da vsi, ki si želite dejavnije sodelovati pri delu sekcije mladih zdravnikov družinske in splošne medicine, sporočite elektronske naslove na naslednja naslova: mojcamiholic@yahoo.com in mpelcl@email.si.

Organizacijo srečanja je podprla Krka d. d.



Izkoreniniti smrt in trpljenje zaradi raka do leta 2015

Sanja Rozman

Letos sem se udeležila petindevetdesetega letnega srečanja Ameriškega društva za raziskovanje raka (American Association for Cancer Research) v Orlandu na Floridi, ZDA. Tja sem bila povabljen kot predstavnica Evropa Donna – Evropskega združenja za raka dojke (Europa Donna European Breast Cancer Coalition), kjer delujem kot članica izvršilnega odbora. Organizatorji letnega srečanja, velikankega podviga, ki privabi kar 16.000 raziskovalcev – številka, ki si jo v Sloveniji težko predstavljamo – so v okviru srečanja pripravili poseben program za bolnike, ki so preboleli raka, in njihove predstavnike oziroma zagovornike. Program se imenuje: Znanstvenik – preživeli (Scientist to Survivor), le da je med besedama puščica, ki kaže v obe smeri, kar pomeni, da pomaga tako znanstvenik bolniku kot tudi bolnik znanstveniku. Program podpira podjetje Avon, tako da smo imeli udeleženci, kakih petdeset nas je bilo iz vsega sveta, pokrite vse stroške.

Že pred srečanjem smo morali kandidati izpolniti obsežne vprašalnike o tem, kako se nas tema o raziskovanju raka dotika, ter kakšne osebne, strokovne nagibe in usposobljenost imamo za sodelovanje na tem sestanku. Med izbranimi smo bili tako tisti, ki smo raka preboleli, kot tudi predstavniki zagovorniških organizacij, ki so jih k sodelovanju pritegnile drugačne spodbude.

Srečanje Znanstvenik – preživeli se je začelo dan pred uradnim začetkom petindevetdesetega letnega srečanja AACR s skupnim sestankom, predavanjem in družabnim srečanjem. Tam smo se lahko udeleženci med seboj spoznali, poslušali smo tudi predavanja najvišjih predstavnikov AACR, gospe Margaret Foti in gospe Ann Barker, ki sta nam pojasnili namen srečanja. Dejavno sodelovanje med znanstveniki in "preživeli" vzpodbuja znanstvenike, da še bolj zavzeto iščejo takšne rešitve, ki ne odgovorijo samo na osnovna vprašanja o raku in njegovih lastnostih, ampak se čim hitreje izkažejo koristne tudi v praksi. Za ta prehod med temeljno znanostjo in klinično uporabo pri zdravljenju so izumili izraz "translational

research", ki sem ga zaman skušala prevesti v slovenščino. Prav to je bila osnovna tema letnega sestanka AACR z vodilom Informacija in integracija za inovacijo! Iz predavanja predsednice AACR gospe Foti smo izvedeli, da so si za srednjeročni cilj izbrali kar Izkoreninjenje smrti in trpljenja zaradi raka do leta 2015. "Mi to moramo storiti, saj zmoremo, sicer pa smo poslali človeka na luno!" je bila njena utemeljitev, ko sem jo pozneje na sprejemu prijazno povprašala, če sem mogoče narobe slišala. Ob tem sem se vprašala, če živiva na istem svetu. Kljub velikim spremembam, ki so sledile predvsem odkritju človeškega genoma in ki obetajo, da bo mogoče za slehernega raka izdelati "genetsko izkaznico" in načrtovati zdravljenje skladno z biološkimi lastnostmi tumorja, se mi ta izjava in zastavljeni cilj zdita prav ohola, posebno za deželo, v kateri več kot polovica ljudi nima urejenega zdravstvenega zavarovanja in so torej, če zbolijo za rakom, obsojeni skupaj s svojimi družinami na revščino, ali pa si zdravljenja sploh ne morejo privoščiti. Da težave niso samo neoprijemljive, sem vedela že iz odlične knjige Lancea Armstronga Ne gre samo za kolo, ki sem jo na dušek prebrala med čakanjem na svojo operacijo zaradi raka in mi je takrat zelo veliko pomenila. Armstrong je bil mlad fant pri dvajsetih, ko je zbolel za rakom na modih, bil je svetovni prvak v kolesarjenju, sebi in svojim pokroviteljem je zaslužil milijone, toda ko je zbolel, se je izkazalo, da so ga "pozabili" zavarovati in poleg strahu za življenje ga je skrbelo še to, kako bo plačal zdravljenje. Zdaj je ponovno zmagovalac in s svojim denarjem je ustanovil zelo vplivno združenje Lance Armstrong Foundation, ki se zavzema za hitrejši razvoj zdravil proti raku. Predstavniki njegove ustanove so bili med nami v programu Znanstvenik – preživeli, Lanceovo sliko super človeka v rumeni majici na kolesu pa so uporabljali na skoraj vseh predavanjih srečanja kot dokaz, da rak ne pomeni smrti. Kar grenke občutke sem imela ob misli na manj super ljudi, o katerih v Ameriki ne govorijo.

No, najbrž je prav, da so na svetu tudi znanstveniki s predstavami, ki segajo daleč

v prihodnost, kako bodo Američani porabili svoj denar, pa je njihova stvar. Vendar me je razmišljanje o tem spremljalo še vse naslednje dni, ko smo se smeli udeleženci satelitskega posvetovanja kot polnopravni udeleženci pojaviti na vseh nešteti predavanjih velikankega Orange Country Convention Centra, v katerem se je 16.000 ljudi izgubilo kot za šalo, še gneče ni bilo. Razmišljala sem o tem, da želijo Američani premagati naravo. Zdaj, ko so razvozlati skrivnost človeškega genoma, se počutijo, kot da so razvozlati skrivnost življenja samega. Nešteta predavanja in plakati so se ukvarjali s tem, kako iz novih podatkov, ki so jih iztrgali naravi, izvleči pravi pomen. Kaj je tisto, kar rakava celica ima, zdrava pa ne, da bi se lahko na razliko "pognali" z vsemi sredstvi. A narava se ne da, saj rak sploh ni ena sama bolezen, že različic raka dojke je nekaj sto, in k vsaki je treba pristopiti drugače. Kakor razumem jaz, smo kljub velikim obetom še daleč od čudežnega zdravila. Pet dni sem taval po ogromnih halah in zvedela veliko več, kot me je zanimalo, o načinih, kako lahko poškoduješ laboratorijsko miško, jo okužiš z rakom, ji razparaš trebuh in jo razpneš na objekt mikroskopa, da lahko gledaš cirkulacijo v jetrih pri živem telesu ... Pokazali so velike uspehe, kot je recimo zdravilo gleevec pri otroški levkemiji, ki so ga odkrili prav s preučevanjem genomike. Znanstveniki poskušajo razumeti šibkosti rakave celice na več ravneh, na ravni jedra ali DNK, na ravni delitve ali RNK in na ravni spajanja proteinov. Od tod nove smeri razvoja, genomike in proteomika, katerih prevoda sem tudi zaman iskala po slovarjih. Doživljajo velike uspehe pri razumevanju in nadzoru posameznih delov tega procesa, ki jih spodbujajo naprej v tej smeri.

Manj so govorili o tistih raziskavah, ki si narave ne prizadevajo premagati, ampak poskušajo z njo sodelovati in razumeti, zakaj rak sploh nastane. Rak nastane, kadar se v zdravi celici okvari genetski material. To se lahko zgodi samodejno, če se celica deli narobe, pogosteje pa genetski material poškodujejo škodljivi vplivi iz okolja. Tako okvarjena celica se ne drži več pravil, ki veljajo za vse

druge celice, ne opravlja svoje vloge, izloča in prideluje beljakovine, ki jih ne bi smela, se ne neha razmnoževati, ko je zapolnila ves temu namenjen prostor, čedalje bolj "divja", postane manj razslojena, noče storiti programiranega "samomora" (apoptoze), ko pride njen čas, ampak namesto tega spodbuja krvne žile, da se razraščajo in jo hranijo, celo vanje zleze in se pusti zasejati okrog po telesu. Epidemiološke raziskave se ukvarjajo predvsem s tem, kateri škodljivi vplivi iz okolja povzročijo tako spremembo v celici. Prav vse od teh raziskav so na prvo mesto tega, kar naj bi storili, da bi zmanjšali možnost obolenja za rakom, postavile prenehanje kajenja, ki ne vpliva samo na nastanek pljučnega raka, ampak tudi na nastanek tumorjev ust in žrela. Veliko zanimivih raziskav je preučevalo vpliv prevelike telesne teže na nastanek raka. Ker smo bili v Ameriki, so bile zanimive tudi raziskave, kako je z rakom pri manjšinah. Afro- in Latinoameričani za rakom zbolijo pogostejše in zdravljenje je pri njih mnogo manj uspešno, kar je verjetno posledica slabšega ekonomskega položaja. Zelo zanimivo je bilo, da nihče ni govoril o azijskih priseljencih, razen znanega podatka, da v svoji domovini skoraj ne obolevajo za rakom, ko pa se preselijo v ZDA, že v naslednjem rodu obolevajo enako kot domačini. Tu nam narava postavlja zanimivo uganke, ki jo samo vplivi načina življenja in prehrane ne morejo pojasniti. Posebej zanimivo je bilo tudi zato, ker je bil moj vtis, da je bil vsak drugi udeleženec



srečanja azijske rase in mlajši od trideset let. Temnopolte bi lahko preštel na prste. Kadar se znanstveniki srečajo v Evropi, so večinoma moški, starejši od petdeset let, belci seveda. Ker sem se nekaj dni pred odhodom v Ameriko vrnila iz Hamburga, kjer je potekala EBCC 4, četrta evropska konferenca o raku na dojki,

ki smo jo z enakopravnim sodelovanjem organizirali Evropa Donna, predstavnik bolnik in zagovornikov, ter predstavnika klinikov in raziskovalcev, je bilo to nasprotje še vidnejše. Prav tako tudi občutek, da se v Evropi bolj kot v ZDA trudimo razumeti naravo in sodelovati z njo, Američani pa so ji napovedali boj. ■

Novi pristopi k zdravljenju razsejanega plazmacitoma

Nataša Fikfak

Od 16. do 18. septembra je v središčnem mestu Valencia v prepletem poletnem vremenu potekal izobraževalno srečanje v okviru Evropskega hematološkega združenja (EHA) z naslovom "Innovations in Cancer: Advances in Therapy with Proteasome Inhibition and Supportive care" (Novosti v onkologiji: Napredek pri zdravljenju s proteasomskimi inhibitorji in podporno terapijo). Izobraževanja na posvetu, ki ga je organiziralo farmacevtsko podjetje

Janssen-Cilag, se je udeležila tudi skupina slovenskih hematologinj. Vodilna tema posveta je bila celostna obravnava bolnikov z razsejanim plazmacitomom in predstavitev novih načinov zdravljenja, drugi del je obravnaval simptomatsko in blažilno zdravljenje bolnikov z rakom.

Prvi dan posveta sta nam svoje sporočilo podala vodilna raziskovalca na področju zdravljenja plazmacitoma, prof. Mario A. Dicato iz Luxemburga in prof. Jesus San Miguel iz Salamance v Španiji. Poudarila sta po-

memnost razvoja novih zdravil na področju zdravljenja plazmacitoma. Zdravila nove dobe naj ne bi le podaljševala preživetja, temveč tudi izboljševala kakovost življenja bolnikov v obdobju bolezni.

Prof. Jesus San Miguel je v predavanju Razumeti razsejani plazmacitom – biološka perspektiva opisal pojavnost in zgodovino zdravljenja te bolezni. Razsejani plazmacitom je danes drugo najpogostejše hematološko maligno obolenje s pogostnostjo 4/100.000 prebivalcev letno in s prevalenco 60.000 bol-

nikov v Evropi. Odkrivanje novih načinov zdravljenja plazmacitoma je v zadnjih tridesetih letih napredovalo počasi. V šestdesetih letih je bilo veliko odkritje citostatik melfalan, pozneje z dodatkom metil-prednisolona, v osemdesetih letih meloablacija in presaditev izvornih celic, nato leta 1999 prve izkušnje s talidomidom in od leta 2000 s tandemske transplantacije. Danes predstavlja zdravlilo bortezomib eno večjih odkritij pri zdravljenju razsejanega plazmacitoma. Z leti se je z izboljševanjem zdravljenja podaljševalo tudi preživetje bolnikov s plazmacitomom (od postavljene diagnoze od šest do največ dvanajst mesecev na okoli tri leta pri zdravljenju s kemoterapijo). Tako je petletno preživetje bolnikov v devetdesetih letih predstavljalo 32 odstotkov, v sedemdesetih letih jih je preživel 24 odstotkov.

Prof. Mario Boccadoro nam je predstavil tudi druge novejšje možnosti zdravljenja razsejanega plazmacitoma, pri čemer se iščejo manj strupene in bolj učinkovite oblike zdravlil, ki so danes že v uporabi. Takšna zdravila so talidomid, arzenov trioksid, Bcl-2 antisense in inhibitor farnesiltransferaze (tipifarnib). Nova znanstvena odkritja v onkologiji, predvsem na področju spremenjenih genetskih in biokemičnih celičnih mehanizmov, značilnih za maligne celice, so omogočila razvoj novih zdravlil z bolj usmerjenim delovanjem. Eno od takih odkritij je tudi zdravlilo bortezomib, ki deluje kot inhibitor proteasoma, encimskega skupka v celici. S tem, ko bortezomib zavira proteasom, zaustavi maligno celico na več ravneh (zaustavi njeno napredovanje v celičnem krogu, onemogoči prepis genov, ki so ključni za obstanek in delitev maligne celice, sproži apoptozo, zavre angiogenezo in prekine povezovalne poti med maligno celico in njenim mikrookoljem). Bortezomib je namenjen bolnikom z razsejanim plazmacitomom, ki so prejeli najmanj dva kroga zdravljenja s citostatiki in je bolezen po zadnjem zdravljenju napredovala. Bortezomib predstavlja upanje bolnikom z razsejanim plazmacitomom, za katere so izčrpane pravzaprav vse možnosti

zdravljenja. Po vzpodbudnih uspehih zdravljenja pri bolnikih z razsejanim plazmacitomom raziskujejo učinkovitost bortezomiba tudi pri bolnikih z drugimi oblikami raka (ne-Hodgkinov limfom, akutna mieloblastna levkemija, mielodisplastični sindrom, solidni tumorji). Bortezomib (velcade) je registriran tudi v Sloveniji in se bo uporabljal na Kliničnem oddelku za hematologijo Kliničnega centra v Ljubljani in na Hematološkem oddelku Učne bolnice v Mariboru.

Kot zanimivost – pravo odkritje in celična vloga proteasoma, ki ga za lažjo predstavo imenujemo tudi "celični koš za odpadke", je letos zaslužilo Nobelovo nagrado za kemijo. Po mnenju znanstvenikov je omenjeno odkritje pripeljalo do revolucionarnega premika v iskanju zdravlil za zdravljenje raka, cistične fibroze in drugih bolezni.

Po predstavitvi rezultatov kliničnih raziskav SUMMIT, CREST in APEX, ki potrjujejo učinkovitost bortezomiba pri razsejanem plazmacitomu, smo prvi dan posveta zaključili z zanimivim nastopom bolnika, ki je orisal svojo zgodovino zdravljenja in je danes po zdravljenju z bortezomibom v remisiji. Pogovor je vodila gospa Selma Schimmel, ustanoviteljica in vodja organizacije Vital Options International, namenjene osveščanju in pomoči bolnikom, svojcem in zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z onkološkimi bolniki.

Drugi dan srečanja smo se posvetili podpornemu zdravljenju slabokrvnosti z eritropoetinom (eprex, epoetin alfa) pri bolnikih z rakom. Prof. Mario A. Dicato je poudaril, da se premalokrat zavedamo, da je slabokrvnost negativni prognostični dejavnik pri bolnikih z rakom in da v veliki meri prispeva k slabši kakovosti življenja bolnikov. Zdravljenje slabokrvnosti z epoetinom alfa predstavlja temelj podpornega zdravljenja v onkologiji, kar potrjujejo tudi več kot trije milijoni zdravljenih bolnikov v zadnjem desetletju. Zanimivi so bili rezultati raziskave ECAS (European Cancer Anemia Survey), ki nam jih je predstavil prof. Simon Van Belle. Raziskava je potekala v 24 evropskih državah (tudi v Sloveniji), pri

čemer so želeli ugotoviti prevalenco, pogostnost in načine zdravljenja slabokrvnosti pri bolnikih z rakom. Ugotovljeno je bilo, da se slabokrvnost najpogosteje (pri 45 odstotkih bolnikov) pojavlja ob zdravljenju s kemoterapijo ali kemo-radioterapijo. Presenetljiva je bila ugotovitev, da pri polovici bolnikov v raziskavi, slabokrvnost (Hb < 120 g/l) ni bila prepoznana in se zato tudi ni zdravila. Prof. Heinz Ludwig, ki je bil med drugim tudi vabljen na letošnjo Hematološko sekcijo v Čatežu, nam je na posvetu predstavil izsledke kliničnih raziskav uporabe epoetina alfa v onkologiji in izsledke raziskav o povezavi slabokrvnosti in kakovosti življenja pri bolnikih z rakom.

V zadnjem delu posveta smo slišali veliko novega, saj so sledili prispevki s področja obravnave kognitivnih sposobnosti bolnikov z rakom. Ugotovljeno je bilo, da so pri slabokrvnih bolnikih z rakom oslabiljene tudi kognitivne sposobnosti, ter da se ob zdravljenju z epoetinom alfa, te sposobnosti izboljšajo (receptorje za eritropoetin so odkrili namreč tudi v možganih). Raziskovanje na tem področju je še v povojih, zagotovo pa si zasluži pozornost in najverjetneje upoštevanje teh dejstev v prihodnjem desetletju.

Z zanimivo mislijo nas je ob koncu dvo dnevnega srečanja pospremil dr. Bowen White, ki je avtor številnih knjig o sporazumevanju z bolnikom, obvladovanju stresa in delovanju v zdravniški skupini. Pravi namreč, da je za bolnika v postopku zdravljenja zelo pomemben njegov odnos z zdravnikom, ter splošna pozitivna naravnost obeh, kajti le En smeh na dan odleže zdravnika stran.

Z napredkom znanosti je tudi v medicini vedno več možnosti za zdravljenje bolezni, ki so še do nedavnega veljale za usodne. Čeprav ozdravitve res ni mogoče vedno pričakovati, pa je zavedanje v obstoj novih možnosti in njihova dostopnost tudi za naše bolnike, ter misel na izboljšanje bolnikove kakovosti življenja tista sila, ki nam olajša soočenje z bolnikom.

Srečanje je omogočilo farmacevtsko podjetje Janssen-Cilag. ■



Cerkev in zdravje v svetu

Pontificium Consilium Pro Pastoralis Valetudinis Cura

19. mednarodna konferenca, 11. – 13. novembra 2004

Paliativna oskrba

Saša Žužek Rešek

“Ne bom te prosil ozdravljenja,
ker ne boš mogel izpolniti želje.
Prosim pa te,
ne zapusti me v moji vsakdanji smrti”

V Vatikanu je od 11. do 13. novembra 2004 potekala 19. mednarodna konferenca o paliativni oskrbi. Po definiciji je paliativna terapija tista, ki

- ne pospeši in ne zavre smrti,
- pritrjuje življenju, smrt prepozna kot naraven dogodek,
- prinaša olajšanje za bolečino in za mnogo drugih motenj,
- vključuje psihološko in duhovno pomoč,
- pomaga, da bolnik dejavno živi vse do svoje smrti,
- podpira družino med boleznijo in v času žalovanja.

Svetovna zdravstvena organizacija

Zato da umirajoči živi čimbolj dejavno življenje vse do svoje naravne smrti, se mu predvsem lajša bolečina.

Do leta 2005 bodo vse države sprejele program za izvajanje blažilnega zdravljenja. SZO bo spremljala način izvajanja.

Izboljšanje stanja bolnika se doseže z medicinsko, psihološko, socialno in duhovno oskrbo. Skrb je namenjena tudi svojcem. Podpore so deležni svojci umirajočega tudi pozneje, ko žalujejo.

Danes na svetu zelo malo umirajočih dobi ustrezno pomoč. Politična podpora v državah je skromna, večkrat le načelna. Vpletajo se kulturne razlike. Manjka finančnih sredstev.

Neopravičljivo za razviti svet je dejstvo, da na področju protibolečinske terapije ni dovolj farmakološkega znanja.

Morfinski pripravki so ponekod še vedno prepovedani.

Italija porabi 110 krat manj opioidov kot Danska. Primerjava porabe analgetikov s številom umrlih za rakom pokaže na pravo

stanje v državi.

Trenutno je na svetu tri milijone ljudi z rakom, dva milijona ljudi z boleznimi, ki prinašajo hude bolečine. V Afriki naj bi danes 1,6 milijona ljudi potrebovalo paliativno oskrbo.

Od leta 1978 je paliativna medicina samostojna specialnost. Angleži so leta 1970 prvi uredili bolnišnico za umirajoče Hospic. Takšne bolnišnice imajo od 10 do 60 postelj, tudi v sklopu splošnih bolnišnic se ustanavljajo s takšnim programom. Nekateri centri Hospic vključujejo obisk bolnika na domu. V Italiji se centri financirajo iz raznih virov, ne le iz državnih.

Zdravniki imajo v Evropi od leta 1988 svoje združenje za paliativno zdravljenje.

Medicinske sestre so danes bližje načelom paliativnega zdravljenja kot zdravniki. Za svoje področje dela so bile vzgajane v takšnem duhu,

preden se je paliativno zdravljenje oblikovalo tako, kot ga razumemo danes.

Poleg medicinskega osebja so sodelavci še prostovoljci.

Osebe za duhovno oskrbo so prisotne glede na bolnikovo versko pripadnost. Potreben je psiholog, tako bolniku kot osebju. Bolniku omogočijo prijetno okolje, neomejen stik s svojci.

Skrivnost človeškega trpljenja se s skupnimi močmi tako preobrne v skrivnost človeške složnosti.

Za takšno dejavnost so znani vzori iz starega sveta: “zdravnik včasih pozdravi, pogosto olajša trpljenje, vedno potolaži”

Trpljenje umirajočega je več kot bolečina. Je tudi zapuščenost, občutek odvečnosti in strah, da je breme za druge.

Objektivno človečino pri poškodbi okolica lažje razume kot osebno bolečino, ki nima jasnih zunanjih znakov.

Dejstvo je, da blažilno zdravljenje potrebujejo vsi stari ljudje. Računajo, da naj bi v 15 letih število 90 let starih poraslo za 1.100 odstotkov.

V državah, kjer so do sedaj uzakonili evtanazijo, je blažilno zdravljenje nerazvito.

Katoliška cerkev

Janez Pavel II: “protibolečinsko zdravljenje mora biti sorazmerno z močjo bolečine, ne da bi z zelo veliko dozo analgetika želeli povzročiti smrt.” Medicina mora biti vedno v službi človeka, in lajšati trpljenje. Da se ohrani človeško dostojanstvo bolnika, ga ogrnemo s plaščem ljubeče skrbi in sočutja, spremljamo ga, in razumemo.

“Etično korektno je, da se ne prične z nekim zdravljenjem, kadar je za bolnika nekoristno in glede na učinek nedvomno nesorazmerno z namenom vzdrževati življenje ali povrniti zdravje (accanimento terapeutico).

Etično korektno je takšno zdravljenje tudi prekiniti.”

Človekovo življenje je “dobro” samo po sebi, ne glede na obdobje življenja: od zarodka do



otroka, od odraslega do starca. Dostojanstvo izvira iz posebnega odnosa, ki ga ima človek do svojega Stvarnika. "Ne obstaja življenja nevredno življenje."

Krščanski svet ima bogato tradicijo skrbi za umirajoče v raznih samostanskih redih in bratovščinah. Krščanski humanistični svet je tudi del gmotno privilegiranega sveta, z visoko razvito medicino in starim prebivalstvom. Žal se je v tem svetu, zaradi "tehnološkega vdora" v medicino in napredujoče duhovne revščine, v neki državi prvič uzakonila evtanazija.

Druge verske skupnosti ponudijo mnogo manj jasnih odgovorov na trpljenje zadnjih dni človeškega življenja. Vloga družine ob umirajočem je res samoumevna v revnejši polovici sveta.

Blažilno zdravljenje ni dovolj razvito niti na Japonskem. To je povsem naravnost povedal zdravnik z redno medicinsko prakso, budist, predstojnik nekega budističnega templja.

Presenetljiva je bila predstavitev "postmoderne" duhovnosti.

Mediji - film, dnevno časopisje: Ko smo govorili o medijih, je bila tudi z nekaterimi izseki iz znanih filmov prikazana različnost današnjih

pogledov na čas umiranja. Ko je bil omenjen tisk, so govorci opozorili pred sadističnimi in mazohističnimi odenki v člankih.

Verstva

Islam: Bolečino in bolezen prinaša nasprotovanje Besedi, Bogu. Pomoč pošlje Bog. Harmonijo stvarstva ruši bolečina.

Budizem: Strast in sebičnost, vnašata zlo v dušo in telo. Človek s psihološkimi načini doseže mir. "Umetnost izpuščanja" je vedenje, kako priti preko reke življenja z duhovnostjo, z odpovedjo.

Hinduizem: Karma, slaba dejanja prinašajo bolečino in bolezen. Pomoč je v vdanosti in dobrih delih. Večnostni princip je Brahman: nima oblike, nima učitelja. Nenasilje je zapoved. Smrt naj bo zavestna.

Pomembne so duhovne prakse.

Judovstvo: Lastni grehi in kršitve naravnega reda so vzrok slabega. Pomoč je v Bogu, v molitvi. Moralni zakonik Tora priporoča lajšanje bolečine.

Krščanstvo: Kristus je odgovoril na bolečino ljudi z ljubeznijo, s čudeži ozdravitve.

Sprejel je svojo bolečino in svoje trpljenje. Sprejel je svojo smrt, poveljan jo je izničil:

"Glej, delam vse novo!" Kot je Kristus lajšal bolečino, tako naj človek človeku lajša trpljenje.

Kot je Kristus sprejel svoj križ, tako naj ljudje sprejmejo svojega.

Poklicani so v smrt, pa tudi k vstajenju.

New age – postmodernizem: gibanje novega obdobja z jasnimi obrisi od leta 1968. Ni verstvo, išče pa božje. Imajo učitelje in 10 zapovedi. Ena izmed njih je prepoved pristajanja na obstoječa verstva. Resnica je to, v kar verjameš. Zlo ne obstaja. Reinkarnacija je zagotovljena. Bog je vibracija vesoljstva.

Človekovo življenje samo po sebi nima vrednosti. Trpljenje je nesmiselno, tudi delo okoli umirajočega. Postmodernizem podcenjuje znanost. Za zdravje zadostuje zdravo življenje v skladju z naravo.

Na konferenci je bilo prisotnih nekaj čez 700 udeležencev iz 73 držav.

Knjižica z naslovi predavanj in imeni predavateljev je v uredništvu Isis.

Vsa predavanja bodo izšla v maju 2005 v reviji Dolentium Hominum.

Udeležbo na srečanju je omogočila Sonja Viršek, Medinova. ■

Pulmologi in imunologi letos organizirali tri kongrese hkrati

Saška Zdolšek

Strokovna srečanja, ki jih organiziramo v Bolnišnici Golnik, na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo, so del našega vsakdana. Poleg rednih izobraževanj vsako leto organiziramo posvet, vsaka štiri leta pa kongres. Za golniška strokovna srečanja je pravzaprav značilno, da nam vselej uspe združiti programe za različne ciljne skupine, ki jih družijo sorodne vsebine.

Od 20. do 22. oktobra 2004 smo v Portorožu skupaj z Združenjem pnevmologov Slovenije, Slovenskim imunološkim društvom in Pulmološko sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov hkrati organizirali kar tri kongrese: 3. slovenski pulmološki in alergološki kongres, 2. slovenski imunološki kongres in 1. slovenski kongres zdravstvene nege pljučnega bolnika. Kongrese je obiskalo

preko 350 poslušalcev, ki so poslušali predavanja strokovnjakov iz Slovenije in tujine.

3. Pulmološki in alergološki kongres

Kongres je bil organiziran v obliki predavanj, delavnic in posterskih sekcij, ki so vzporedno potekali tri dni.

Sredina plenarna predavanja smo pričeli s temo **o napredovalem pljučnem raku**. Prof. dr. Pieter Postmus s Svobodne univerze v Amsterdamu je prikazal rezultate zdravljenja nedrobnoceličnega raka. Poudarek je bil na citostatski kemoterapiji v kombinaciji s tele-radioterapijo. Tudi zgodnje oblike pljučnega raka imajo boljšo prognozo, če jih zdravimo s kemoterapijo.

Asist. Peter Kecelj iz KOPA Golnik je predstavil rezultate zdravljenja bolnikov, ki imajo drobnoceličnega raka s kemoterapijo. Preživetje bolnikov, zdravljenih s kombinacijami ifosamid - etoposid, cisplatin - etoposid ter ciklofosamid - vinkristin - farmorubicin je podobno. Preživetje naših bolnikov je bilo med srednjo in spodnjo mejo preživetij, ki jih opisujejo tuji avtorji.

Prim. Nadja Triller iz KOPA Golnik je prikazala naše nekajletne izkušnje z bronhoskopskim odstranjevanjem tumorskih stenoz sapnika in velikih bronhijev na mehanski način, z elektrokavterizacijo in z vstavljanjem bronhialnih opornic. Prof. dr. Andrej Debeljak je prikazal možnosti zdravljenja bolnikov, ki imajo maligni plevralni mezoteliom in sekundarne malignome plevre. Pri masivnih plevralnih izlivih je moč uporabiti plevrodezo s



Prof. dr. Stanislav Šuškovič, prof. dr. Jurij Šorli ter dr. Rob Mostert iz Nizozemske med razpravo o KOPB

smukcem. Mezoteliom v zadnjem času poskušajo zdraviti s kombinacijo gemzar – cisplatin, ki jo uporablja Onkološki inštitut v Ljubljani, v tujini pa uporabljajo kombinacijo alimta – cisplatin. Druge možnosti so radioterapija in kirurško zdravljenje v kombinaciji s prej omenjenimi načini zdravljenja. Vsi ti načini zdravljenja so dokaj neuspešni in ponujajo le kratkotrajno preživetje.

V živahni razpravi smo poskušali najti odgovor, kako bolje zdraviti bolnike s pljučnim rakom.

Vzporedno z omenjenim tematskim sklopom smo predstavili vsebine s področja **kroničnih obstruktivnih pljučnih bolezni**. Letos smo se odločili za teme, ki so povezane s patogenezo bolezni in smo jih tudi sami raziskovali (vpliv onesnaženja zraka s trdimi delci, vloga spremenjenega imunskega sistema, vloga meritev različnih parametrov pljučne funkcije v zgodnjem odkrivanju in razčlenitveni diagnostiki KOPB (kronična obstruktivna pljučna bolezen), sistemski učinki KOPB na skeletne mišice in vloga fizioterapije z električno stimulacijo mišic, raziskave načina obravnave KOPB v slovenskih pulmoloških ambulantah in, končno, pomen klinične poti za obravnavo KOPB v bolnišnici). Izkazalo se je, da smo s temeljnimi raziskavami lahko odprli nekaj pomembnih vprašanj o naravi bolezni, da je naša praksa v marsičem še pomanjkljiva ali vsaj zelo heterogena in da je nujno krepiti vlogo kliničnih poti za bolj kakovostno obravnavo.

Pri neakutni obravnavi smo organizirali sklop predavanj in okroglo mizo o **paliativni (blažilni) oskrbi v slovenskem prostoru**. Izkušnje kažejo, da imamo premalo znanja in predvsem premalo pripravljenosti za izvajanje oskrbe, ki bi bolniku lajšala bolečine, in da smo na tej poti še vedno na začetku. Večina

zdravstvenih delavcev čaka predvsem, da bo dejavnost organiziral kdo drug in zanj prikrbel tudi dodaten denar. Čakamo celo na spremembo učnega programa na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Malokdo pa razmišlja, da je organizirano lajšanje bolečine možno le s povezovanjem zdravnikov, medicinskih sester in psihologov na vseh ravneh ter da se bo dejavnost razvila le, ko bo dovolj zdravstvenih delavcev prepričanih, da lahko takoj nekaj storijo in s tem bolniku olajšajo trpljenje.

Okužbe dihal: predavanja so bila usmerjena v antibiotično terapijo respiratornih okužb. Predstavili smo štiri golniške retrospektivne raziskave o predpisovanju antibiotikov, zdrav-

ljenju pljučnic na oddelku za intenzivno terapijo, pljučnicah z bakteriemijo in zdravljenju bolnikov z akutnim poslabšanjem KOPB. Poleg tega smo spregovorili o vlogi molekularne biologije v diagnostiki atipičnih povzročiteljev pljučnic. Dr. Dominique Monnet z Danske je predstavil povezavo uporabe antibiotikov z nastankom odpornosti bakterij proti antibiotikom in tudi možnosti spremljanja teh povezav. Načine predpisovanja antibiotikov v družinski (splošni) medicini je predstavila asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., na podlagi izsledkov raziskave, ki je bila opravljena med zdravniki splošne medicine.

Dogajanje, ki je trenutno aktualno na področju nacionalnega programa za **tuberkulozo**, smo obravnavali v posebnem delu kongresa. Najprej je asist. Damijan Eržen, dr. med., predstavil novosti epidemiološkega nadzora v deželah z nizko pogostostjo, kamor uvrščamo tudi Slovenijo, dr. Manca Dovč Žolnir je prikazala vprašanje o netuberkuloznih mikobakterieozah, ki se odpira po prenehanju cepljenja z BCG in upadu epidemije tuberkuloze, prof. dr. Jurij Šorli je ta tematski del zaključil z utemeljitvami za prenehanje cepljenja z BCG po 1. januarju 2005.

Delavnice in predstavitve posterjev

Osvežitev v kongresno dogajanje prinašajo različne delavnice, kjer se predstavljajo novosti pri diagnostičnih in terapevtskih postopkih.



Prof. dr. Andrej Debeljak in prim. Saša Letonja na delavnici Bronhoskopija s togim instrumentom in vstavljanje stentov

Sredin program smo pričeli z **delavnicami iz bronhoskopije**. Pod vodstvom prim. Nade Triller smo letos organizirali tri delavnice: endobronhialni ultrazvok, bronhoskopija s togim instrumentom in vstavljanje stentov ter perbronhialna igelna biopsija. Dvajset udeležencev iz Slovenije, Makedonije, BiH in Hrvaške je teorijo, ki smo jo uvodoma podrobno predstavili, preizkusilo še v praksi. Vadili so na modelih z instrumenti, ki sta jih prispevala Olympus Slovenija in Draeger-Storz Slovenija. Izkazalo se je, da se zlasti tujci zelo zanimajo za dodatno izobraževanje v naši ustanovi.

V petkovi delavnici je Mihaela Zidarn predstavila **test NEP** (negative expiratory pressure – negativni dihalni tlak) – poleg teoretičnih osnov nastanka dinamične hiperinflacije in omejitve pretoka med izdihom pa je predstavila tudi način delovanja testa NEP ter njegovo izvedbo.

V nadaljevanju je doc. dr. Matjaž Fležar, dr. med., vodil delavnico o **meritvah nitričnega oksida (NO)** v izdihanem zraku. Tovrstno merjenje v Sloveniji izvajamo le na Golniku, zato ni naključje, da je bilo na predstavitvi veliko obiskovalcev. NO je namreč plin, ki se pri astmatskem vnetju tvori v dihalnih poteh v večji meri in če ga v izdihanem zraku izmerimo preveč, to kaže na dejavno in nezadostno zdravljenje te bolezni. Preiskava je enostavna, saj mora bolnik mirno dihati v ustnik, brez prisiljenih postopkov spirometrije. Navadno jo uporabljamo pri preiskavi otroške pljučne funkcije (v zadnjih treh letih smo na našem oddelku izmerili pljučno funkcijo pri več kot 500 otrocih!) in pri bolnikih s težko astmo. Pri merjenju je sodeloval tudi eden od poslušalcev, nato pa je ostalim udeležencem predstavil zgodbo treh bolnikov, ki so v zaključni razpravi dejavno sodelovali kot gostje kongresa.

Rezultate kakovostnega dela smo ob pre-



Doc. dr. Matjaž Fležar na delavnici o meritvah nitričnega oksida (NO) v izdihanem zraku.

davanjih predstavili tudi v obliki posterskih sekcij. Izmed 35 posterjev prijavljenih – večina jih je bila vključena med ustne predstavitve in razprave – smo pod strokovno presojo dr. Bryana Martina iz ZDA in dr. Roba Mosterta z Nizozemske izbrali tri najboljše posterje in jih tudi nagradili. Nagrado so skupaj s soavtorji prejeli Mira Šilar za poster z naslovom *N-acetyl-L-cystein (NALC) treatment of viscous samples and its influence on polymerase chain reaction (PCR)*, Tjaša Šubic za poster *Low f/Vt Ratio is Associated with Successful Extubation in our Pulmonary Patients*, za tretjega z naslovom *Diagnosis of malignant pleural mesothelioma* pa je nagrado prejel prof. dr. Andrej Debeljak.

2. slovenski imunološki kongres

Pulmološki in alergološki kongres smo združili z imunološkim in se pogovarjali o tumorski imunologiji, okužbah pri imunsko oslabljenih in preobčutljivostnih reakcijah.

1. slovenski kongres zdravstvene nege pljučnega bolnika

Prvi slovenski kongres zdravstvene nege pljučnega bolnika, ki so ga vzporedno organizirale naše medicinske sestre in zdravstveni tehniki, je bil razdeljen v tri vsebinske dele: zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi, okužba kot dejavnik tveganja pri bolniku s pljučno boleznijo in neakutna obravnava bolnika s pljučno boleznijo. Vsi predstavljeni prispevki so dokazali, da so naše medicinske sestre in zdravstveni tehniki s svojim strokovnim znanjem tako na področju vodenja kot tudi kakovostne zdravstvene nege na visoki strokovni ravni in da vsestransko sodelujejo pri diagnostiki, zdravljenju in poučevanju bolnikov.

Kongres je nedvomno dosegel svoj namen, pripravili smo znanstveni in izobraževalni dogodek, ki je bil združen s privlačnim sprostitev programom, česar se bomo vsi še dolgo spominjali. ■



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

Poročilo o kongresu madžarskih balneologov

Jože Barovič

V deževnem in mrzlem jesenskem jutru sva se s prim. Karlom Lipovcem z vlakom odpravila v Budimpešto na kongres madžarskih balneologov. Po prijetni osemurni vožnji sva v popoldanskih urah prispela v Budimpešto. Na železniški postaji naju je pričakal dr. Laszlo Hodinka – direktor Nacionalnega inštituta za revmatologijo in fizioterapijo. V prijetnem pogovoru smo se odpeljali še 120 km v zdravilišče Matraderecske Parafüldö, na prizorišče kongresa madžarskih balneologov, ki je potekal od 11. do 14. novembra 2004. Zdravilišče leži ob vznožju najvišje planine Matra na Madžarskem, ki je visoka le 1.010 m. Gre za zdravilišče, znano še iz avstro-ogrskih časov, ki svojim bolnikom ponuja žvepleno kislico v obliki krenoterapije. Pri zmogljivosti 150 ležišč, namenjenih gastroenterološkim bolnikom in tistim z gibalnimi (lokomotornimi) okvarami, je bolnikom na voljo devet zdravnikov specialistov (od internistov, gastroenterologov do balneologov) ter ustrezno število fizioterapevtov in drugega medicinskega osebja.

Kongres je bil razdeljen na domači in mednarodni del. V mednarodnem delu, kjer so sodelovali znani kolegi revmatologi in balneologi iz Turčije, Nemčije, Portugalske, Slovaške, Francije, Romunije, sva skupaj s prim. Lipovcem predstavila Mesto in pomen balneologije v zdravstvenem sistemu Slovenije. Posebnega odobravanja je bil deležen prim. Karl Lipovec, ki je po uvodnem delu v brezhibni angleščini odgovarjal na zastavljena vprašanja. Dr. Pedro Cantista iz Portugalske je kot predsednik portugalskega združenja za fizikalno medicino in rehabilitacijo, skupaj s prof. dr. Christophom Gutenbrunnerjem iz Nemčije govoril o smernicah razvoja bal-

neologije v Evropski uniji. Poudarila sta, da kemično-fizikalne analize naravnih zdravilnih dejavnikov ne smejo biti starejše od desetih let, ter da morajo biti biološki učinki zdravljenja z naravnimi dejavniki potrjeni skozi obstoječe naključne in slepe raziskave po vseh načelih preverjene učinkovitosti (Evidence based Medicine). Tej ugotovitvi je pritril tudi prof. dr. Christian Roques iz Francije, ki je poudaril, da 48 rehabilitacijskih centrov za talasoterapijo, razporejenih na obali Sredozemskega morja in ob Atlantskem oceanu, sledi zahtevanim načelom, ki jih je postavila sodobna medicina.

Srečanje s tako velikim številom tujih in domačih udeležencev, je predstavljalo velik zalogaj za organizatorje, vendar ga je organizacijski odbor pod vodstvom dr. Benderja Tamasa brezhibno izpeljal. Srečanje je potekalo brez zapletov. S prim. Karlom Lipovcem sva presenečena sprejela prijaznost madžarskih kolegov, posebej v družabnem delu kongresa. Srečanje je ponudilo izjemno priložnost za sklepanje novih znanstev, načrtovanje novih skupnih raziskav in medsebojno sodelovanje. Po zaključku kongresa nas je iz zdravilišča do Budimpešte spremljal prof. dr. Bela Gömör, ki nama je ob slovesu zaželel srečno vrnitev domov, novi mariborski Medicinski fakulteti pa čim več uspešnih diplomantov.

Sodelovanje v Zvezi balneoloških združenj, posebej združenj Srednje Evrope, je za uporabo naravnih dejavnikov na Slovenskem izrednega pomena. Položaj balneološke znanosti je bil na Slovenskem v zadnjih desetletjih zanemarjen. Z odhodom prof. dr. Rudolfa Leskovarja iz Rogaške Slatine in prim. Jožeta Križniča iz Dobrne, so raziskave na področju balneologije in klimatologije zastale. Ustanavljanje Inštituta za analizo mineralnih vod je prevzela Univerza v Mariboru. Vsa slovenska zdravilišča so dobila koncesijo za uporabo naravnega dejavnika že

pred desetletji in jo bo potrebno v najkrajšem času obnoviti, posebej uporabiti analizo sodobnega znanstvenega pristopa za uporabo naravnega dejavnika, predvsem termalnih vod. Zato je pred dvema letoma na Univerzi v Mariboru v Centru za interdisciplinarne študije CMRS nastal Inštitut za balneologijo in medicinsko klimatologijo, ki ga vodi prim. doc. dr. Zmago Turk. Znotraj inštituta so se povezali posamezni strokovnjaki iz zdravilišč, univerz, zdravstvenih ter drugih strokovnih ustanov, ki lahko raziskujejo uporabo naravnega dejavnika v zdravstvu. Inštitut je pristojen za izdajo strokovnih mnenj o kakovosti naravnega dejavnika in uporabnosti v sodobnem medicinskem načinu zdravljenja.

Preverjanje in preizkušanje slovenskih zdravilišč na podlagi uporabe naravnega dejavnika bo v naslednjih letih nujno, saj bodo zdravilišča razvrščena glede na posamezne medicinske namene. Inštitut za balneologijo in medicinsko klimatologijo je odprt za vse nove programe, ki bi bili potrebni v slovenskih zdraviliščih, tako iz medicinskega kakor iz balneoklimatološkega vidika. Strokovnjaki Univerze v Mariboru in Učne bolnišnice v Mariboru se v celoti lotevajo analize in izdelave programov za uporabo naravnega dejavnika. Položaj rehabilitacijskih postelj v slovenskih zdraviliščih nujno zahteva spremembo razdelitve in indikacij, saj se finančna sredstva za balneološko rehabilitacijo drastično zmanjšujejo in so bila v zadnjem letu zmanjšana na spodnjo mejo uporabnosti (1,5 odstotka) sredstev, ki so namenjena za zdravstvo. Slovenski predstavniki smo na Madžarskem ponudili možnost organizacije enega od naslednjih srečanj v Sloveniji, kar bi pripomoglo k hitrejšemu uveljavljanju slovenske medicinske rehabilitacije v mednarodnih balneoloških združenjih. ■



Obsevalna naprava za rak v severovzhodni Sloveniji – da ali ne?

Odgovor na prispevek doc. dr. Alberta Petra Frasa v Isis 11/2004, leto 13, str. 39 – 41.

Spoštovani,

Pozdravljamo razmišljanje doc. dr. Alberta Petra Frasa, ki v svojem zapisu ugotavlja potrebo po postavitvi obsevalne naprave v okviru satelitskega centra Onkološkega inštituta v severovzhodni Sloveniji, (sam jo umešča na Ptuj), ki je bila strokovni javnosti predstavljena v novembrski številki revije Isis. Hkrati pritrjujemo njegovi ugotovitvi, da radioterapevtske zmogljivosti, s katerimi ta trenutek razpolagamo v Sloveniji, ne izpolnjujejo minimalnih zahtev standardov, ki so priznani v razvitem svetu. Ob tem bi želeli zapisati nekaj dejstev, ki govorijo v prid nekoliko drugačnemu načinu reševanja teh vprašanj.

Načrtovanje razvoja dejavnosti, kot je radioterapija, mora biti zaradi celovitosti vprašanja in zaradi finančnih posledic vođeno strokovno in centralizirano. Za to je več razlogov:

1. Radioterapevtske opreme (računalniški sistemi za načrtovanje obsevanja in nadzor kakovosti obsevanja; računalniški, magnetnoresonančni in/ali pozitronsko emisijski tomograf za navidezno simulacijo obsevanja; linearni pospeševalniki; dozimetrična oprema za umerjanje obsevalnih naprav in spremljanje kakovosti obsevanja) je najdražja in najbolj prefinjena medicinska oprema. Ta je v posameznem centru združena v zaključen sistem, za katerega je značilen omejen nabor proizvajalcev opreme in svojevrsten način povezovanja posameznih delov opreme med seboj. Zato mora biti vsako dodajanje posameznih kosov opreme nujno usklajeno z že obstoječimi zmogljivostmi.
2. Zaradi majhnega števila, zastarelosti in iztrošenosti obsevalnih naprav na Onkološkem inštitutu v Ljubljani se je znašla radioterapevtska dejavnost v Sloveniji v hudi krizi. Za obvladovanje te krize je potrebna kar najvišja stopnja usklajevanja med vsemi, ki sodelujejo pri pripravi, izvajanju in nadzoru kakovosti obsevanja bolnikov. Kakršnokoli samostojno oziroma samovoljno delovanje bi vneslo v ta sistem

nered in zmedo. Naprava, ki je financirana iz zasebnih virov, predstavlja ta hip, ne glede na svoje povezave z matično enoto (šlo naj bi za satelitski center Oddelka za radioterapijo OIL, v katerem naj bi izvajali le obsevanje bolnikov, vse dejavnosti, povezane z načrtovanjem obsevanja, pa na OIL), preveliko tveganje, saj ne bo nikoli v celoti pod nadzorom centra.

3. Po priporočilih ključnih mednarodnih organizacij, ki pokrivajo področje radioterapije, IAEA (International Agency for Atomic Energy – Mednarodna agencija za atomsko energijo) in ESTRO (European Society for Therapeutic Radiology and Oncology – Evropska zveza za radioterapijo in onkologijo), naj v posameznem radioterapevtskem centru ne bi delovali manj kot dve obsevalni napravi. To velja še posebej za t. i. satelitske, od matične enote dislocirane radioterapevtske centre, kakršen naj bi bil na Ptuj. Razlog je preprost, v primeru okvare enega obsevalnika se v večjem centru breme bolnikov lahko dokaj hitro prerazporedi na preostalo(e) delujočo(e) napravo(e), kar takrat, ko je na voljo le ena (pokvarjena) naprava, ni možno. Preden se uspejo razrešiti logistične težave, povezane s prevozom bolnikov do naslednje najbližje ustanove, običajno mine več dni.
4. Satelitske radioterapevtske centre oziroma podružnice večjih matičnih oddelkov poznajo v svetu že desetletja. Odnos med enim in drugimi temelji na strokovni vrhunskosti matične enote, ki z opremo, kadri in znanjem skrbi za ustrezno kakovost dela v hčerinskih enotah. Slednje vključuje tako tehnično vzdrževanje radioterapevtskih naprav in pripadajoče opreme, dozimetrična preverjanja obsevalnih naprav, kot tudi izvajanja samega obsevanja. Te vrste dejavnosti so zaradi pomanjkanja ustreznih kadrov (inženirji vzdrževalci obsevalnih naprav, radiofiziki, dozimetristi) in opreme na OIL skrajno racionalizirane. Da bi bilo možno v prostorsko dislocirani enoti zagotoviti primerljivo raven tovrstnih sto-

ritev, bi bilo potrebno v matični ustanovi predhodno zagotoviti znatno povečanje določenih kadrovskih zmogljivosti.

5. Z delovanjem od matične enote dislociranih satelitskih centrov, v katerih se izvaja samo obsevanje bolnikov (ne pa tudi načrtovanje obsevanja), je povezano tudi vprašanje spremljanja bolnikov med samim obsevanjem. To lahko opravlja samo specialist-radioterapevt, ki je bolnika na obsevanje pripravil oziroma izdelal zanj obsevalni načrt. Ob trenutnem pomanjkanju zdravnikov specialistov-radioterapevtov na Oddelku za radioterapijo OIL je popolnoma nestvarno pričakovati, da bi bili bolniki, obsevani na Ptuj redno, t.j., da bi jih vsaj enkrat tedensko pregledal lečeči radioterapevt. Vsak drug način spremljanja bolnikov je potrebno obravnavati kot strokovno nesprejemljiv.

Iz navedenih razlogov predloga doc. dr. Alberta Petra Frasa o postavitvi obsevalne naprave na Ptuj ne podpiramo. To ne pomeni, da zamisel o satelitskem obsevalnem centru že v bližnji prihodnosti ne bi mogla zaživeti v stvarnosti. Akcijski načrt za normalizacijo stanja v slovenski radioterapiji vključuje po posodobitvi in razširitvi strojnega parka na OIL tudi izgradnjo takega centra izven Ljubljane. Kot najprimernejše mesto se po mnenju avtorjev tega pisma kaže prav severovzhodni del Slovenije, vendar v prvi vrsti v okviru univerzitetne bolnišnice Maribor. ■

S spoštovanjem,

Doc. dr. Primož Strojani, predstojnik Sektorja radioterapija, OIL
Božidar Casar, univ. dipl. fiz., vođja Enot radiofizika OIL

Doc. dr. Hotimir Lešničar, strokovni direktor OIL

Prof. dr. Zvonimir Rudolf, Predstojnik Katedre za onkologijo in radioterapijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola

Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola.
Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2004.

Kot sta v uvodnih besedah zapisali Maja Rus Makovec in Zdenka Čebašek Travnik se je v zadnjem desetletju veda o odvisnosti od alkohola oplemenitila z novimi spoznanji. Ta so pripomogla k boljšemu razumevanju zakonitosti razvoja odvisnosti od alkohola v vseh njenih razsežnostih in različnostih.

Ko sme v svojem pregledu priročnika prišel do končnega poglavja Medicina odvisnosti, sem se zavedel, da je v njem zbrano domala vse slovensko znanje o odvisnosti od alkohola, od prvih – negotovih – korakov pred 40 leti in več, pa vse do novosti zapisanih v Uvodnih besedah. Obide me misel, jasna in spoznavna, da imam pred seboj vseobsežen priročnik za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Namenjen je strokovnjakom, ki bodo zdravili odvisne. V

njem najdejo strokovnjaki vse, kar je potrebno vedeti, ko se lotijo tega zahtevnega dela. Med drugim se namreč pri zdravljenju odvisnih od alkohola terapevti spopadajo z dvomi v svoje početje in z razočaranji nad neuspehom odvisnega, da bi začel novo, trezno življenje. V tem zahtevnem delu je tudi obilo zadoščenj, ko pomagaš razboleni in razdrti družini do večjega zadovoljstva v življenju brez alkohola.

Priročnik je razdeljen na poglavja, ki smiselno opisujejo vse od vzročnih dejavnikov, pojavnosti odvisnosti, motivacijskih postopkov, psihoterapije, uporabe zdravil, do organizacije zdravljenja odvisnih od alkohola v Sloveniji in raziskovanja odvisnosti. Zaključno poglavje Medicina odvisnosti je vrhunec priročnika, ki ponuja pogled v prihodnost zdravljenja odvisnih od alkohola, kakršna je možna in nemara nujna.

V poglavju Organizacija zdravljenja odvisnosti od alkohola v Sloveniji je tudi Predlog standardnega postopka. Ta že predstavlja prave



klinične smernice za to področje.

Zaključim naj z mislijo, da je priročnik, ki je pred nami, odlično delo, ki bo zagotovo postalo pravi in nepogrešljivi pripomoček tako za terapevte začetnike kot tudi za izkušene. ■

Slavko Ziherl

Zdravniški utrinki

Avtorica: Ljerka Glonar: Zdravniški utrinki.
Celje: Mohorjeva družba, 2004.

Navadno pričnemo, ko dosežemo primerna leta, pisati spomine. Dr. Ljerka Glonar se je lotila stvari drugače. Zbrala je pripovedi 105 zdravnikov, ki so ji pripovedovali ali posredovali svoje zgodbe. Vesele in žalostne, mnoge pretresljive, skoraj vse iz poklica. Sogovornikov ni izbirala po nekem vnaprej določenem ključu. Tako se v zgodbah pojavljajo tako zelo znani strokovnjaki kot tudi začetniki v poklicu. Najdemo znanke in prijatelje, tiste, ki orjejo podeželsko ledino, in tiste, ki opravljajo takšne posege, da jemljejo dih, zdravnike iz vseh slovenskih pokrajin. Pripovedi se vrstijo po abecednem redu priimkov avtorjev, zato so različne, tako po slogu kot po dolžini. Marsikdo se je izpovedal, nekateri so prispevali drobtinice. Čutiti je, da jih je avtorica zapisovala v pisarnah, dežurnih sobah in neredko v sproščeni družbi. Vsakega pripovednika je predstavila še z nekaj svojimi besedami, ne vedno biografskimi.

Ko knjigo prelistamo, je prvi vtis, da gre za zbirko prijetnih anekdot, ki ne bodo pustile

nekega globljega vtisa. Ko pa jo preberemo bolj natančno, nenadoma spoznamo; to smo vendar doživljali tudi mi, vsak od nas. To so zgodbe o dolgih nočeh, o skrbah, stiskah, o glodajočih dvomih ali je bila sprejeta odločitev pravilna, o umiranju pa tudi o ozdravitvah tam, kjer tega ni nihče več pričakoval, o pogovorih s svojci, ki so izgubili najbližjega ali ga šele bodo zaradi neozdravljive bolezni, mnogo zgodb pa je tudi veselih in zabavnih.

Na srečo ima človeški spomin čudovito lastnost, da potisne slabe stvari v pozabo in ohrani in goji le prijetne. Tak je nazadnje tudi splošni, optimistični glas knjige. Zato kar sili k razmišljanju o sončnih in senčnih straneh zdravniškega poklica. Lepo bi bilo, če bi navdušenje nekdanjih časov postalo nalezljivo. Znanja je bilo takrat manj, srca pa najbrž nekaj več. *Laudator temporis acti?* Najbrž.

Avtor tega sestavka se prav danes spominja miklavževega pred 52 leti, ko je promoviral. Vpis v spominsko knjigo avtorice na miklavževo 1936 začenja tudi pričujoča knjiga. Tako se spomini ponujajo sami od sebe in se nekako prekrivajo. ■

Boris Klun



Kirurgija jeter in vranice

Urednika: Stane Repše in Dragoje Stani-savljevič: Kirurgija jeter in vranice. Liver and spleen surgery. Zbornik simpozija. Ljubljana: Kirurška šola, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, 2004.

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo že 10 let prireja tematsko zaključene posvete o določenih temah, ki jim sledi knjiga povzetkov predavanj. Letošnji je bil namenjen kirurgiji jeter in vranice.

Kirurgija se, tako kot druge stroke, neprestano razvija. Jetra so bila še do nedavnega, še pred nekaj desetletji, organ, za katerega je veljalo, da ga je najbolje pustiti pri miru, vsak kirurški poseg je bil že vnaprej obsojen na neuspeh, le po sili razmer se je poskušalo ustaviti krvavitvam po poškodbah.

Preletel sem zbornike predavanj iz podiplomskih tečajev kirurgije zadnjih desetih let, da bi ugotovil, koliko je bilo o hepatalni kirurgiji napisanega, in našel le en članek iz leta 1998, ki govori o transplantaciji jeter. Knjiga "Kirurgija jeter in vranice" pa obsega kar spoštljivih 275 strani, toliko kot nekoč povprečen učbenik splošne kirurgije.

Očitno je, da je transplantacija jeter, sicer nedvomno velik izziv za kirurga, postala rutinski poseg (60 transplantacij v 5 letih), ki je omejen le s številom presadkov, ki so na razpolago. V tej luči izzveni pregledni članek o današnjih možnostih kirurgije jeter, ki prihaja iz heidelberške klinike, le nekoliko preveč učiteljsko.

Velik razvoj računalniške tehnologije omogoča načrtovanje operacijskih posegov na podlagi utečenih diagnostičnih postopkov. Uporabna anatomija jeter se močno razlikuje od nekdane opisne, celo v terminologiji.

Endoskopska, oziroma laparaskopska kirurgija, postaja način operativnega zdravljenja za vrsto jetrnih bolezni. Število operiranih bolnikov je zaenkrat še skromno, vendar je očitno, da ta tehnika omogoča tudi tako obsežne posege, kot je na primer resekcija jeter.

Zdi se, da so poškodbe jeter še vedno težava, saj povzročajo visoko umrljivost. Mnenja o agresivni kirurški terapiji, ali bolj zadržani, ekspektativni, še niso povsem usklajena.

Velik del posveta je bil posvečen primarnim in predvsem sekundarnim tumorjem jeter, kjer še ne moremo najti vseh odgovorov,

kljub temu, da je vse več načinov zdravljenja. Moderna kirurgija jeter je omogočila odstranjevanje jetrnih metastaz, kjer izgledajo rezultati, zlasti pri najpogostejših metastazah kolorektalnega karcinoma, razmeroma ugodni, posebno če pomislimo, da je nekoč ena sama jetrna metastaza pomenila skoraj zanesljivo smrt.

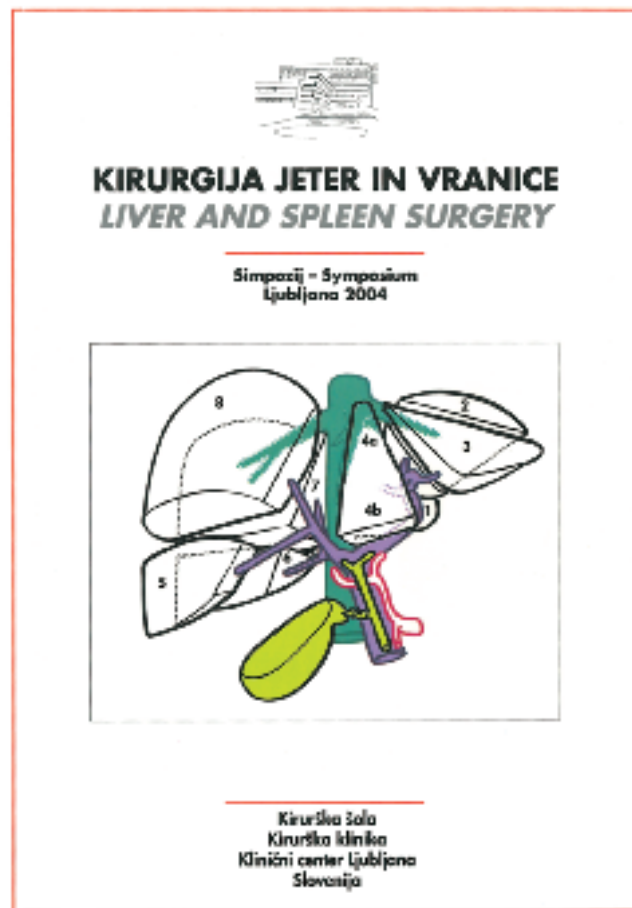
Poleg klasičnih metod sta bili v dveh prispevkih predstavljeni še kemoembolizacija in perkutana injekcija etanola.

Kirurgija hidatidnih cist, izgleda, je še vedno lahko kongresna tema tudi v Evropi in nenevadno bi bilo, če je ne bi predstavili kolegi iz Šibenika.

Če je bila nekoč kirurgija jeter področje, ki ga kirurg rajši ni prestopil, pa je bila vranica organ, s katerim ni bilo kaj početi. Ker je bilo o fiziologiji vranice le malo znanega, se je zdelo, da gre za organ, ki je nekako odveč, morda celo skrivnosten, vsekakor pa nepotreben in brez funkcije, nekaj podobnega kot slepič.

Odstranitev pri travmatski rupturi in morda še pri kakšni krvni bolezni je bilo vse, kar je kirurgija lahko ponudila. V knjigi je kot znamenitost omenjen opis splenektomije iz leta 1703, ki ga je opisal Marko Gerbec in ga lahko na tem mestu omenimo. Opravi ga je takratni ljubljanski ranocelnik Janez Krstnik Fanton de Brunn. Če vemo, kako krvnat organ je vranica in če upoštevamo možnosti tedanje ranocelniške kirurgije, je bil opisani postopek prav genialen.

Nekaj utemeljevalnih prispevkov zelo nazorno kaže, kakšni bliskoviti septični zapleti so možni po odstranitvi vranice, in današnja vse večja zadržanost za popolno splenektomijo postaja razumljiva. Širijo pa se indikacije pri



krvnih boleznih, zlasti malignih, kjer odstranitev vranice izboljša anemijo, levkopenijo in trombocitopenijo in tu tehnika omogoča odstranitev vranice tudi z endoskopijo.

Knjiga bo odličen pripomoček ne samo za tiste, ki se ukvarjajo z vprašanji tovrstne kirurgije, temveč tudi za marsikoga iz drugih specialnosti, kot na primer onkologe, interniste in travmatologe.

Knjiga je lepo opremljena, članki so napisani po natančno določenih pravilih, ilustracija na naslovni strani je delo enega od avtorjev, število oglasnih prispevkov, ki so danes najbrž neizbežni, je v dostojnih mejah.

Slovenščina, tudi medicinska, je odlična, kot tudi angleški povzetki z dvema ali tremi izjemami pri prispevkih avtorjev, ki ne prihajajo iz Kliničnega centra.

Boris Klun

Zdravnik in bolnik na osemtisočaku

Vzpon na Gašerbrum 2 (8.035 m)

Iztok Tomazin

Gašerbrum 1

Gašerbrumi se dvigajo v osrednji verigi Karakoruma na tromeji med Pakistanom, Tibetom in Indijo. Najvišja med njimi sta osemtisočaka Gašerbrum 1 in Gašerbrum 2. Gašerbrum v jeziku domačinov pomeni "sijoča gora". Ko jih človek uzre v čarobni svetlobi zahajajočega ali vzhajajočega sonca, je hipoma jasen izvor imena. Arhetipska podoba visoke, bleščeče se, nedosegljive in hkrati

nadvse vabljlive gore odseva v globinah in zbuja občutke vse od strahospoštovanja do občudovanja. In seveda, nekatere nas vabi k dejanjem. Gašerbrumi, zlasti oba osemtisočaka med njimi, sodijo med najvišje in najlepše gore na zemlji, zato so med himalajci zelo cenjen in zaželen cilj.

Leta 1995 sva z Markom Čarom kot prva in doslej edina smučala in deskala z vrha Gašerbruma 1 (8.068 m) po Japonski smeri v severni steni. Najin spust še danes velja za tehnično najzahtevnejšega z vrha kakega osemtisočaka. Nekaj let po tem podvigu se je Marko ponesrečil. Med plezanjem nad Logarsko dolino se mu je podrl zaledeneli slap. Po spletu naključij sem tistega turobnega zimskega dne kot zdravnik v helikopterju sodeloval pri njegovem reševanju, dolgo časa nisem vedel, koga rešujemo. Ko sem tik pred težavno intubacijo na izklesani polici v zaledenem vznožju slapu izvedel, kdo je hudo poškodovani nesrečnež, je zelo zahtevna intervencija v trenutku postala skrajno zahtevna. Najtežje se je boriti s smrtjo pri svojcih in prijateljih. Kljub tehnično odlično izvedenemu reševanju s helikopterjem in vitlo, ki sta edina omogočila hiter dostop, kljub vsem ukrepom nujne medicinske pomoči že na težko dostopnem, izpostavljenem mestu nesreče in kasneje v helikopterju, je bilo vse zaman. Marko mi je umiral v rokah med poletom, ugasnil je kmalu po prihodu v Klinični center. Poškodbe so bile prehude. Še eden od naj-

bližjih gorskih prijateljev je tako nenadoma odšel in zapustil neizbrisno, lepo, na koncu pa zelo bolečo sled skupnih doživetij.

Sijoče gore pa so ostale in sila, ki me je prvič pognala v njihov objem z leti ni bistveno popustila. Nabralo se je le vse več obveznosti in obremenitev, vse manj je bilo časa za zahtevne priprave na vzpone v najvišjih gorah. Po desetih himalajskih in mnogih drugih odpravah v visoke gore, po mesecih in letih, ki sem jih preživel v izjemno lepem, a hkrati tudi izčrpavajočem svetu visokogorja, so ostale posledice.

Himalajska odprava Univerze v Ljubljani

Ko se ujamejo osebne želje, skupne izkušnje in načrti ter še marsikaj težko opredeljivega, nastanejo možnosti za organizacijo himalajske odprave.

Glede na poreklo večine udeležencev smo našo letošnjo odpravo poimenovali *2. alpinističnosmučarska himalajska odprava Univerze v Ljubljani*. Razen načelne podpore od alme mater nismo pričakovali in tudi ne dobili česa bolj oprijemljivega. Pokrovitelje smo iskali sami, nekateri so bili glavni pokrovitelji kar sami sebi s svojimi prihranki. Naš cilj je bilo plezanje in smučanje v skupini Gašerbrumov, predvsem pa vzpon na Gašerbrum 2 (8.035 m), goro, ki sva jo z Markom Čarom med vratolomnim smučanjem in deskanjem po prepadih severne stene Gašerbruma 1 pred devetimi leti imela kot na dlani. Že takrat je postala zametek novih načrtov, naslednja zelena postaja na Poti.

Deset dni trajajoče potovanje iz Islamabada do Gašerbrumov je bilo veliko, vznemirljivo doživetje. Najprej devetsto kilometrov vožnje po slikovitih, globokih dolinah in soteskah veletoka Inda, nato en dan razburljive, nevarne vožnje s terenci skozi divje soteske med Skardujem in Askolami, zadnjim naseljem na naši poti. In končno teden dni hoje po Baltoru, enem najlepših in najdaljših ledenikov. Več kot sto kilometrov smo morali na višini dobrih pet tisoč metrov prepešati s težkimi nahrbtniki, sprva po ledeniških nanosih in v strmine sotesk



Dotik neba – 5. julija 1995 ob 6.53: prihod Iztoka Tomazina na vrh Gašerbruma 1 (8.068 m). (Foto: Marko Čar)



Smučanje z vrha Gašerbruma 1 (8.068 m) po severni steni – Iztok Tomazin na višini okrog 8.000 metrov. (Foto: Marko Čar)

izklesanih poteh, nato po kamenju in ledu, gor in dol, sem ter tja. Naporna hoja je bilo znamenovana z velikimi pričakovanji, tragedijo in divjo lepoto visokih gora. Že na začetku nas je pretresla novica, da je deroča ledeniška reka v smrt odnesla pet domačinov, nosačev francoske odprave. Poskušali so jo prebresti pred visečim mostom, zato da bi prihranili nekaj rupij mostnine ... Legendarne gore na čelu s K2, drugo najvišjo goro na svetu, "goro gora", so se večinoma skrivale v oblakih, ki so nas prve dni zalivali z dežjem, pozneje pa zasipali s snegom.

Ko smo v začetku julija leta 2004 v snežnem metežu prisopli v 5.100 metrov visoko ležečo bazo pod Gašerbrumi, je bilo tam že 12 odprav iz različnih držav. Zaradi izredno slabega vremena so njihovi člani do takrat priplezali le 6.400 metrov visoko. Postavili smo svoje bazne šotore in se jim pridružili. Brezupno vreme se je nadaljevalo, tako da smo se v naslednjih dveh tednih kljub skupnim naporom prebili le nekaj sto metrov višje in se soočili z zelo težko prehodnimi ledenimi previsi – seraki in z ogromnimi količinami novo zapadlega snega.

Napetost je naraščala, saj se je večini odprav iztekal dovoljeni čas bivanja v Pakistanu, nekatere pa so že neuspešne odšle domov. Vremenske napovedi so do konca meseca obetale samo dva lepa dneva, kar je premalo za vzpon na tako visoko goro. Z najbolj zagnanimi člani drugih odprav smo se dogovorili za skupno

delo na gori, saj je bila to edina možnost za uspeh. Vedeli smo, da bomo vzpon proti vrhu morali začeti v slabem vremenu, kar je zelo nevarno in obremenjujoče, in upali, da bodo vremenske napovedi točne in da bomo dočkali obljubljeno "okno" v divjanju ciklona, ki je sipal neznanske količine snega, v višinah pa razsajal z orkanskih vetrovi. Sanje o smučanju z vrha so se nama z Andrejem še pred odločilnimi poskusi razblinile ob soočenju s plazovi, težko prehodnimi seraki in skalovjem.

Zakaj?

Dolgi, turobni dnevi v bazi, med pobi-jajočim čakanjem na morebitno izboljšanje vremena, so bili kot ustvarjeni za brskanje po globinah. Najprej seveda v zvezi z nameni, zaradi katerih sem prišel. Analitični um se je pod težo rastočega neugodja in negotovosti ter obetov trpljenja in tveganja neprestano loteval preverjanja motivacije za vztrajanje in vzpon na goro, ki se je zdela vse bolj nedosegljiva. Tudi dvom je postal eno temeljnih gonil razmišljanj, katerih obstanek in bohotenje v zavesti je bilo pogojeno z marsičem, tudi z zunanjimi vplivi, kot so vreme, zdravje in razpoloženje sopotnikov. Taka tuhtanja ponavadi ne rodijo nič posebej pomirjujočega in uporabnega. Temeljni vzgibi, ki vplivajo



Iztok Tomazin na ledeniku pod Gašerbrumom 2 (v ozadju). (Foto: neznani pakistanski alpinist)



Smer vzpona na Gašerbrum 2 z vrisanimi višinskimi tabori. (Foto: Iztok Tomazin)

na usodne odločitve in pogosto tudi na izid pustolovščine, se porajajo druge.

Na vrh sem hotel in moral priti. Zaradi privlačnosti visokih belih gora, ki je tako močna in zagonetna, da se ji je težko upreti in jo še težje doumeti. Izmiška se ubesedenju in hkrati sili k raziskovanju, odkrivanju in seveda k dejanjem. Zaradi čudovitega razgleda z grebenov in vrhov, ki je prelepa vstopnica v čisto druge razsežnosti, onkraj videnega. Tam gori, višje od večine oblakov, se preplete iskanje in odkrivanje očitnega in skritega, lepega in nedosegljivega, zunaj in znotraj. Zaradi želje, ki je bila zasejana že pred leti, ko sva z Markom v čudovito lepem, ledeno mrzlem jutru stala na vrhu sosednje gore. Malo pa tudi zaradi potrditve, da imam po treh desetletjih garanja, trpljenja in izčrpanja v gorah, še dovolj volje in moči, da pridem do Lepote na najzahtevnejši način. In še zaradi marsičesa.

Proti vrhu

Nastopil je težko pričakovani čas odločilnega naskoka na vrh. 22. julija smo se v megli in močnem sneženju skozi labirint z globokimi, nevarnimi razpokami prepredenega ledenika povzpeli do prvega višinskega tabora 5.900 m visoko. Naslednji dan smo v še slabšem vremenu nadaljevali vzpon po strmi, plazoviti grebenski rezi do drugega tabora (6.400 m). Tam smo že krepko izdelani in dodatno obremenjeni z negotovostjo, pomanjkanjem

časa in pritiskom neprenehnih groženj sneženja, viharjev in plazov, napeto pričakovali tretji dan.

Po mrzli, viharni noči nas je pozdravilo čudovito, popolnoma jasno jutro. Dan akcije in lepote. Skozi najnevarnejši del smo do popoldneva med grozečimi ledenimi odlomi priplezali 7.000 m visoko, kjer smo postavili tretji tabor. To je bila do takrat najvišja dosežena točka na gori. Nekateri so se od tam zaradi izčrpanosti in višinske bolezni umaknili v dolino.

Opolnoči četrtega dne nas je osem najbolj zagnanih že poskusilo prodreti proti vrhu. Večina je kmalu obrnila zaradi naporega gaženja v debelo zasneženem skalovju in težav z orientacijo v nepredirni temi. Najdlje sva vztrajala z Andrejem, vendar sva končno tudi midva morala odnehati in se vrniti v "trojko". Smeli poskus se je izkazal kot neučinkovito izčrpavanje, ki nama je oddaljilo vrh. Ko se je zdanilo, se je večina naskakovalcev vrha na-

menila povzpeti do snežne rame 7.400 metrov visoko in tam postaviti četrti višinski tabor, običajno izhodišče za zadnje dejanje vzpona na vrh. Midva sva ostala na trojki s tveganim načrtom – naslednji dan kar od tam v enem zamahu doseči vrh, od katerega naju je ločilo dobrih 1000 višinskih metrov.

Bolnik

Čudovito, a izčrpavajoče popoldne in večer na "trojki" sta bila priložnost za ukvarjanje s seboj, za vrtinec razmišljanj o težavah, možnostih, taktiki, nevarnosti ...

Nagrmadil se mi je tak kup zdravstvenih težav, da se ga je zdelo nemogoče pritoroviti na vrh osemtisočaka. Popolnoma zamašen nos me je oviral pri dihanju, zaradi razlike v zračnih pritiskih se je temu pridružil tudi močan glavobol. Zaradi hudega vnetja žrela, ustne votline in jezika zadnjih nekaj dni nisem skoraj nič jedel. Že požiranje slin je postalo

tako boleče, da sem se moral vsakič posebej prisiliti za to dejanje. Dehidracija je na tej višini, ob takih pogojih in težavah sama po sebi umevna, če težko požiraš, je še hujša. Trdovraten kašelj, ki me je izčrpaval že vse dni na gori, bi lahko pomenil karkoli, v najslabšem, a kar precej verjetnem primeru, začetek višinskega pljučnega edema. Ne bi bilo prvič, vsakič pa je lahko zadnjič. Oglašala se je tudi velika luknja v zobu, ki sem jo dan pred vzponom v bazi ob pomoči ogledala, izposojenega zobozdravniškega orodja nemške odprave in priučene "asistentke" Irene, sicer geografije, za silo zakrpal. Zelo me je skrbelo mraženje, ki ni bilo povezano z zunanjim mrazom, pač pa z bolečinami ledvic in oligurijo. Izgubljal sem stik s prsti na stopalih, ki so postajali vse bolj togi, neobčutljivi. O opečenih in razpokanih ustnicah in nosu, polomljenih in zatrganih nohtih, bolečih ragadah na omrznjenih prstih rok, vnetih očeh in podobnih "drobnarijah" skoraj ni vredno izgubljati besed. Sodijo k plezanju v Himalaji, tako kot sneg, led in mraz.



Pred skoraj usodnim dogodkom – I. T. v viharju 7.900 metrov visoko pod vrhom Gašerbruma 2, zadaj Gašerbrum 1 (8.068 m). (Foto: Franz Seiler)



Iztok Tomazin na tretjem višinskem taboru (7.000 m), zadaj severno ostenje Gašerbruma 1 (8.068 m). (Foto: neznani italijanski alpinist)

Vztrajanje

Kmalu po polnoči petega dne na gori sva z Andrejem zapustila "trojko" in se spoprijela z globokim snegom in kršljivim skalovjem. Ob svitu sva dosegla "štirico", kjer so se ostali člani naše odprave skupaj z Nemci, Pakistanci, Španci in Avstrijci odpravljali proti vrhu. Andrej se jim je pridružil, sam pa sem se soočil z dejstvom, da distalnega dela stopal in prstov že nekaj časa nisem čutil. Znak za alarm najvišje stopnje. Zavlekel sem se v šotor razočaran, jezen, zaskrbljen, malodušen in hkrati odločen storiti karkoli za prebuditev odmirajočih delov telesa. Nadaljevanje vzpona proti vrhu se je zdelo nesmiselno in nemogoče, toda hipoksični možgani so mrzlično iskali rešitev. Odkril sem plinski kuhalnik in vžigalnik ter se lotil ogrevanja omrznjenih nog. Poleg omrznlin pa sem skoraj pridelal še opekline, najslabšo možno kombinacijo. Zaradi slabo prespanih noči in naporov preteklih dni sem večkrat zakinkal in so mi stopala omahnila na plamen, čutil pa seveda nisem ničesar. Po dveh urah mi je postalo jasno, da je skrajni čas za odločitev. Prstov še vedno nisem čutil, a vrtinec privlačnosti vrha, dolgoletne želje, čudovitega dne, občutka zadnje priložnosti in kupa nerazumskosti me je potegnil naprej, navzgor. Še zadnjič sem pregnetel olesenele prste in stopala, potem pa sem se iz šotora zavalil v strupeno mrzlo jutro, v vihar, in se spoprijel z

zasneženo strmino.

Čez kako uro sem srečal sestopajoča Ireno in Sepa. Obrnila sta zaradi zmrzujočih nog. Poraz alpinistov in grenka zmaga treznosti. Stvari so tu gori kruto jasne. Ko prsti na nogah ali rokah začnejo zmrzovati, je največkrat edina rešitev takojšen umik, pogosto pa je že prepozno. Z amputiranimi prsti ali celo stopali ni več visokih belih gora, razen v grenkobi spominov in neizpolnljivih hrepenenjih.

Jaz pa sem kljub stopnjujočemu se slabemu počutju trmoglavil navzgor. Nadaljeval sem vedoč, da je sposobnost intuitivnega odločanja na veliki, morda usodni preizkušnji. Napaka bo pomenila smrt ali zelo težke posledice. Razum je že zdavnaj poznal samo eno, neupoštevano možnost – čim hitreje nazaj, navzdol.

Prsti so se prebudili do te mere, da sem čutil mrz in bolečino, kar je bilo dobro. Toda vzpenjal sem se vedno težje, kot da bi mi z vsakim metrom nenavadno hitro odtekale moči. Vse pogostejši počitki, vse težje hlastanje za zrakom. Vedel sem, da je nekaj narobe tudi z mojo zmogljivostjo. Iz "štirice" sem odšel dve uri za drugimi in v nadaljevanju vzpona še bolj zaostal.

Bližnje srečanje

Naredil se je jasen, bleščeč, ledenomrzeln dan, kot je lahko le v visokih gorah. V višinah je razsajal vihar, ki je z grebenov dvigoval sršče, več sto metrske zastave odpihanega snega. Po dolgih urah samotnega vzpenjanja sem na snežišču pod vršno strmino srečal sestopajoča Andreja in Franza. Utrujena, zadovoljna, bila sta na vrhu. Izmenjali smo par hlastajočih besed. Svetovala sta mi sestop, izgledal sem slabo in do vrha je bilo še daleč. Spet sem zavrtel krog zaradi hipoksije in izčrpanosti zelo omejenega razmišljanja in odločanja. Odkimal sem. Ko smo še ždeli skupaj in se majali pod sunki viharja, mi je v trenutku zaprlo sapo. V agoniji sem se opotekel in se nemočno prijel za vrat. Zmogel sem še nekaj ubupanih neuspešnih poskusov vdihavanja, grozljivi zvoki stridorja, ki so preglasili hrumenje vetra, so bili zadnje, kar sem še slišal. Omahnil sem na tla, z jasno zavestjo, da imam samo še nekaj sekund, da ne morem storiti ničesar več. Na višini skoraj



Avtoportret na 8.035 metrov visokem vrhu Gašerbrum 2, zadaj Broad Peak (8.047 m)

osem tisoč metrov nimaš nobene dihalne rezerve, par onemogočenih vdihov pomeni konec. Tik preden sem z grozljivim občutkom nezmožnosti dihanja in skorajšnje zadušitve izgubil zavest, je nenadni laringospazem popustil. Ležeč na tleh sem se še dolgo davil in hlastal za redkim zrakom. Strmina na srečo ni bila taka, da bi zdrsnil v globino.

Komaj sem za silo prišel k sebi, nas je spet oplazila bližina smrti. Z vrha sestopajoči Pakistanec je zdrsnil v strmini nad nami. Nemočno smo opazovali, kako je drvel vedno hitreje, iz rok mu je iztrgalo cepin, iz glave kapo in zaščitna očala. Ko je padal mimo nas, je napravil nekaj salt, na srečo pa se je ustavil kakih sto metrov nižje, v položnejši vesini, pod katero se je grezil prepad severne stene. Niti polomil se ni, le ves pretresen je obsedel v snegu in čakal tovariše.

Višje od oblakov

Razum, izkušnje in kar je še drugih očitnih samoohranitvenih mehanizmov, so mi naredili takojšen sestop. Toda v najvišjih gorah se pogosto zmaguje, izgublja ali pa tudi umira zaradi odločitev in dejanj, ki niso razumsko utemeljena. Nadaljeval sem, čeprav sem vedel,

da se skoraj usodni dogodek lahko ponovi in čeprav sem dihal težko, kot še nikoli prej na osemtisočaku. Že v mirovanju, med "počivanjem" sem imel frekvenco dihanja preko šestdeset na minuto in se sploh nisem mogel nadihati. Vsakih nekaj korakov sem se ustavljal zato, ker nisem mogel več naprej. Vsakič sem si moral ustvariti kratko iluzijo počitka in se prisiliti k nadaljevanju.

Čez kako uro sem srečal še Stojana, ki se je opotekal z vrha. Samo pomahala sva si, preveč sva bila zdelana in vsak v svoji zgodbi, da bi se ustavila in naredila karkoli drugega.

Ko sem se mnogo kasneje privlekel na 8.035 metrov visoki vrh Gašerbruma 2, mojega petega doseženega osemtisočaka, so vsi že zdavnaj sestopili. Na točki izpolnitve naših letošnjih alpinističnih sanj sem bil sam. Že v mirovanju me je dušilo, vsak premik je pomanjkanje kisika še poslabšal. Na vrhu sem zdržal kake četrte ure in ta čas so zaznamovali strupeno mrzel veter, valovito, do vseh obzorij segajoče morje visokih belih gora in neskončna modrina nad njimi. V dolino sem ponesel brezčasne Lepote, ki bo polno zasijala šele v oddaljeni prihodnosti. Sedanjost in prihodnost naslednjih dveh dni sta bili posvečeni predvsem golemu preživetju, sestopu z gore v nadaljevanje življenja. ■

Na obisku pri profesorju Röntgenu

Jurij Kurillo

“Če spustimo skozi Hittorfovo vakuumsko cev /.../ ali podoben aparat razelektretev večjega ruhmkorffa in pokrijemo cev s tesno se prilegajočim plaščem iz tankega črnega kartona, opazimo v popolnoma zatemnjeni sobi, da začne pri vsakem razelektrenju svetliti, fluorescirati papirni zaslon, premazan s barijevim platinianidom in postavljen blizu aparata, pri čemer je vseeno, ali je proti aparatu obrnjena premazana ali nasprotna stran zaslona.”

W. C. Röntgen: Über eine neue Art von Strahlen (O novi vrsti žarkov).

Prvo predhodno poročilo Würzburškemu fizikalno-medicinskemu združenju l. 1895.

Bil je lep sončen jesenski dan, ko sem iskal po ulicah starodavnega nemškega Würzburga “Röntgen – Gedächtnisstätte”, spominski laboratorij, v katerem je Wilhelm Conrad Röntgen leta 1895 odkril pozneje po njem imenovane žarke. Čeprav celo domačini niso vedeli zanj, sem ga navsezadnje res našel – kje drugje, kot na Röntgen Ringu številka 8! Tu so v sedanji strokovni visoki šoli, obnovljenem poslopju stare univerze, pred dvema desetletjema uredili izvirni laboratorij, v katerem je prišel takrat petdesetletni profesor do odkritja stoletja. V njem in v sosednjem prostoru je videti poleg skromne opreme tudi induktorje, katodne cevi in drugo fizikalno opremo iz takratnega

in tudi novejšega obdobja. Zvedavemu obiskovalcu kratki video posnetek prikaže bistvo zgodovinskega odkritja, ki se je pred dobrim stoletjem dogodil prav v teh prostorih.

Wilhelm je bil kot edini otrok rojen 27. 3. 1845 v družini premožnega tovarnarja in trgovca s platnom v nemškem Lennenepu, ki sodi danes k mestu Remscheid in kjer stoji zdaj tudi njegov muzej. Družina se je iz gospodarskih razlogov kmalu preselila na Nizozemsko, kjer je Wilhelm v Utrechtu naredil gimnazijo, nikoli pa zaradi krivične obdolžitve nekega profesorja o namišljenem disciplinskem prestopku mature. Zato se je lahko vpisal kot študent samo na politehnikum v švicarskem Zürichu, kjer je bil zaradi vzornih spričeval oproščen zahtevnega sprejemnega izpita. Tu je diplomiral kot strojni inženir in se nato poročil s svojo izvoljenko Anno Bertho Ludwig, s katero je preživel v zakonu sicer brez otrok prek petdeset let. Röntgen je bil vse življenje, tudi v poznih letih, navdušen lovec.

Po nadaljnjem univerzitetnem študiju fizike je leta 1869 dosegel naslov doktorja filozofije. Svojo strokovno pot je začel prav v Würzburgu, kamor se je po delovanju na različnih nemških visokošolskih ustanovah pozneje spet vrnil in bil leta 1888 imenovan za rednega profesorja in vodjo fizikalnega inštituta univerze, 1894. leta pa izvoljen za rektorja.

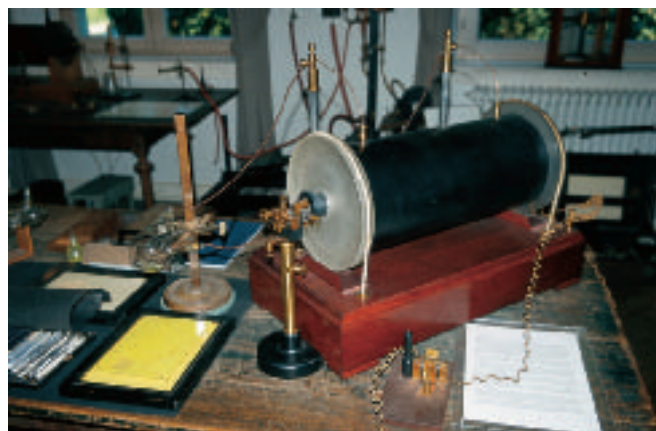
Bilo je na petek zvečer, 8. novembra 1895, ko je pri poskusu s katodno cevjo prvič ugotovil, da se ob razelektrenju od nje širijo očem nevidni in dotlej neznani žarki. Ti so kazali neko prav posebno lastnost, da so namreč prenikali skozi razne snovi, čeprav z različno močjo, kar je bilo odvisno predvsem od gostote materiala. S pravim raziskovalnim navdihom je eksperimentator ugotovil, da je za to sevanje občutljiv ne le fluorescentni zaslon, marveč tudi neosvetljena fotografska plošča. Sam je bil sicer zelo dober fotograf in ni nič čudnega, da



Wilhelm Konrad Röntgen (1845-1923)

je ploščo pri priči uporabil za slikanje različnih predmetov, “obsevanih” z žarki “x”. Tako je namreč sam imenoval ta nov fizikalni pojav v svojem poznejšem izčrpnem desetstranskem poročilu Würzburškemu fizikalno-medicinskemu združenju. Izvirni tisk tega dela so takoj po izidu prodajali po 60 pfenigov, 1997. leta pa ga ni bilo več mogoče dobiti po ceni, nižji od štiri tisoč mark! Posebni odtis je avtor poslal na novo leto 1896 svojim prijateljem in kolegom skupaj z nekaj fotografijami, med katerimi je bil tudi rentgenski posnetek roke njegove žene.

Znanstvenik v njem med drugim navaja, da se mu je posrečilo narediti negativne fotografije različnih kovinskih predmetov, recimo uteži, zaprtih v leseni škatli, nabojev v puškini cevi pa tudi kosti človeške roke. Večji del poročila potem namenja poskusom, s katerimi je hotel opredeliti fizikalne lastnosti žarkov x, kar se mu ob takratnem vedenju znanosti kajpada še ni moglo povsem posrečiti. Röntgen se je kot odličen eksperimentator v svoji karieri sicer uspešno ukvarjal še z različnimi drugimi fizikalnimi problemi, kar dokazuje tudi njegovih šestdeset znanstvenih objav. Zanimivo je, da so med njimi zgolj tri namenjene njegovemu revolucionarnemu odkritju, s katerim se po-



Aparature v fizikalnem laboratoriju, kjer je prodorni fizik odkril dotlej neznane žarke. Röntgen Gedächtnisstätte, Würzburg.

(Foto: J. Kurillo)



Spomenik odkritelju žarkov x ob nekdanji würzburški univerzi Juliusa Maximilijana. (Foto: J. Kurillo)

znej ne več ukvarjal in je to prepustil drugim, mlajšim znanstvenikom tega svojega ravnanja tudi ni nikoli pojasnil.

Drugim raziskovalcem se je v naslednjem obdobju posrečilo s postopnim prodiranjem v mikrosvet atomov in molekul razvozlati skrivnost žarkov x in tako tudi dogajanje pri Röntgenovih poskusih: V opisani stekleni cevi, močno razredčeni z zrakom, so nastajali ob visokofrekvenčnih tokovih t.i. katodni žarki, ki so pravzaprav snop elektronov velike hitrosti. Ti ob trčenju v trdno snov (pri originalnem poskusu je bila to steklena stena posode, pozneje pa so v ta namen postavili posebno antikatodo iz težke kovine) pretvarja večji del svoje odvečne energije v toploto, manjši del pa v kratkovalovno elektromagnetno valovanje – žarke x . Te so njihovemu odkritelju na čast kaj kmalu poimenovali kar rentgenske žarke, čeprav je anglosaški svet do danes obdržal prvotno ime. Pozneje so odkrili poleg "mehkih", Röntgenovih, tudi "trde" žarke s krajšo valovno dolžino in zaradi večje energije tudi z večjo prodornostjo. Takšne raziskave so postale mogoče, ko je tehnika razvila iz prvotnih katodnih cevi čedalje bolj izpopolnjene "rentgenske cevi".

Pa nazaj k Röntgenu! Novica o velikem odkritju je zelo hitro obšla ves svet, ki je bil predvsem navdušen nad možnostjo pregleda in slikanja dotlej skrite notranjosti človeškega telesa, še posebej okostja. Odkritelja so vabili na

številna znanstvena predavanja, vsepovsod so ga nadlegovali navdušeni občudovalci in celo nemški cesar si je "dovolil" predvajati Röntgenove poskuse v berlinskem plemiškem krogu. Skromnemu profesorju je bilo splošno slavljenje zelo mučno in je tako odklonil celo ponujeni plemiški naslov, zato pa je v naslednjih letih prejel kar okrog osemdeset znanstvenih nagrad in članstev v najrazličnejših učenjaških združbah od Londona do Sankt Peterburga. 10. decembra 1901 je nato v Stockholmu sprejel zagotovo nadvse zaslužno Nobelovo nagrado za fiziko, ki je bila nasploh prvo odličje te vrste. Denarno vsoto, 50.000 švedskih kron, je v oporoki namenil univerzi v Würzburgu, vendar je huda inflacija po prvi svetovni vojni ta denar popolnoma izničila. Röntgen je svoje znamenito odkritje velikodušno prepustil človeštvu za vsesplošno uporabo in sam ni imel od tega nobenih gmotnih koristi. 1900. leta je postal direktor münchenskega univerzitetnega inštituta za eksperimentalno fiziko, kjer je poučeval do svoje smrti. V Münchnu je po letih težav z zdravjem pa tudi gmotnih stisk (!) umrl 1923. leta v starosti 78 let zaradi raka na črevesju.

Prvi rentgenski posnetek okostja roke gospe Röntgen je pomenil samo začetek velikanskega razvoja uporabe žarkov "x" v medicini tako v preiskovalne kot pozneje tudi v zdravilne namene. Toda svet je kmalu spoznal tudi drugo, temno plat rentgenskega sevanja, ki zaradi velike energije bodisi v visokih dozah ali v ponavljajočih se manjših dozah lahko temeljito poškoduje žive celice, še posebej kostnega mozga, ščitnice, spolnih žlez, ožilja in drugih

bolj občutljivih telesnih tkiv, kar je prizadelo tudi samega odkritelja. Zato je rentgenska stroka sčasoma poskrbela za temeljito zaščito pred odvečnim sevanjem tako preiskovancev kot preiskovalcev z uporabo zaščitnih zaslonov in dozimetrov, preiskave pa je tudi posodobila s televizijskim prenosom in računalniško analizo. Sodobna medicina skuša rentgensko diagnostiko, kolikor je mogoče, omejiti ali nadomestiti z drugimi, manj nevarnimi metodami, kot sta denimo uporaba magnetne resonance in še posebej ultrazvoka. Za današnjega zdravnika pa je zagotovo najbolj zanesljiv neposreden pogled v notranjost bolnikovega telesa z endoskopskimi napravami.

Rentgenski žarki, tako kot še druga njim sorodna ionizirajoča sevanja radioaktivnih elementov, niso zgolj "v lasti" medicine, že dolgo jih s pridom uporabljajo najrazličnejše stroke tako v teoretične kot praktične namene. Sem sodijo, recimo, raziskave kristalnih mrež (kristali so bili tudi velika Röntgenova "ljubezen") in drugih spojin in elementov, posebej s t. i. rentgensko spektroskopijo. Industriji pomagajo ustrezne naprave preiskovati notranjo strukturo in s tem trdnost najrazličnejših kovinskih izdelkov, brez njih pa v zadnjem času, žal, ne morejo shajati niti nadzorne službe pri odkrivanju skritega orožja na svetovnih letališčih. Staremu würzburškemu profesorju so za njegovo odkritje lahko hvaležni celo strokovnjaki za likovno umetnost, saj jim njegovi žarki že dolgo pomagajo odkrivati, kako pristna so stara platna in kaj se morebiti skriva pod danes vidno podobo ...



Starodavno nemško mesto Würzburg, kjer je profesor Röntgen prišel do odkritja stoletja. (Foto: J. Kurillo)

Zdravniška zbornica Slovenija objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili specialistični izpit

Nika Ahačič Srednik, dr. med.,
specialistka splošne medicine,
izpit opravila 20. 9. 2004

Raid Al Daghistani, dr. med.,
specialist ginekologije in porodništva,
izpit opravil 30. 9. 2004

Katja Bovha, dr. med.,
specialistka pediatrije, izpit opravila
27. 10. 2004

Nataša Brus, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila 29. 11. 2004

Matjaž Bužinel, dr. dent. med.,
specialist stomatološke protetike,
izpit opravil 25. 11. 2004

Metka Fišer Zobovič, dr. med.,
specialistka splošne medicine,
izpit opravila 20. 9. 2004

Anita Jagrič Friškovec, dr. med.,
specialistka šolske medicine,
izpit opravila 26. 10. 2004 s pohvalo

Sonja Kambič, dr. med.,
specialistka interne medicine,
izpit opravila 3. 9. 2004

Neva Marušič, dr. med.,
specialistka medicine dela,
prometa in športa,
izpit opravila 14. 10. 2004

Asist. mag. **Boštjan Mlakar**, dr. med.,
specialist abdominalne kirurgije,
izpit opravil 13. 9. 2004 s pohvalo

Maja Parac Kosem, dr. med.,
specialista radiologije,
izpit opravila 12. 10. 2004

Nina Pirc, dr. med.,
specialistka anesteziologije
in reanimatologije,
izpit opravila 14. 10. 2004

Tomaž Schaubach, dr. med.,
specialist družinske medicine,
izpit opravil 20. 9. 2004

Sašo Šraj, dr. dent. med.,
specialist oralne kirurgije,
izpit opravil 29. 9. 2004

Dejan Vukčević, dr. med.,
specialist gastroenterologije,
izpit opravil 18. 11. 2004

Opomba uredništva: ponovno objavljen seznam zdravnikov, ki so opravili specialistični izpit, ki je bil objavljen že v prejšnji številki. Pripravljalcem podatkov je ponagajal računalnik, ki je pomešal datume in vrste specializacij. Zato se vsem prizadetim vljudno opravičujemo in prosimo za razumevanje.



Delovanje totalitarnih sistemov

Marjan Kordaš

V zadnjih letih me vse bolj zanima pojav, za katerega uporabljam skovanko *Delovanje totalitarnih sistemov*. Kljub temu, da imam doma o tem že kar majhno knjižnico, sem bil s svojimi spoznanji v glavnem nezadovoljen. Šele v zadnjih mesecih se mi je posvetilo, da je razumski pristop, ki sem se ga naučil v naravoslovju, za moje potrebe in namene neuporaben. Torej sem začel iskati nerazumske vzgibe in po kdo ve kakšnem naključju sem skoraj hkrati bral spodaj omenjeni knjigi. Kdor meni, da je človek predvsem "tisto, kar je (oziroma ni) njegova preteklost," ga bo morda recenzija zanimala.

Pričevanje Alberta Svetine: Od osvobodilnega boja do banditizma

Pričevanje Alberta Svetine: *Od osvobodilnega boja do banditizma*, Nova obzorja, Ljubljana, 2004, 367 str.

Zdi se mi, da še nisem bral knjige, ki bi bila tako neorganizirana. Šele potem, ko sem si nekako oblikoval vtis, sem besedilo bral kot zapis magnetofonskega posnetka govora, ob katerem avtor seveda pozablja, da se ponavlja in zapleta v protislovja. Da na začetku odstavka načne eno vprašanje, nanj pozabi in na koncu odstavka konča z drugim. Temeljita redakcija besedila ne bi le občutno skrajšala, temveč tudi poudarila številne, za delovanje totalitarnega sistema izjemno zanimive podrobnosti. Težko je oceniti, koliko je v slednjih negativnega pretiravanja; ne smemo namreč pozabiti, da je bil Svetina leta 1946 izključen iz Ozne in da se je leta 1948 očitno opredelil ne za Tita, temveč za Stalina in tako - kot skoraj vedno v kriminalnih združbah - prišel z dežja pod kap.

Branje je kar naporno in ponekod nujno "po diagonali". Vsekakor sem se ponekod ustavil, se zabaval ali zamislil. Zdi se mi, da je glavnina podatkov o nerazumni vsebini delovanja totalitarnega sistema zbrana v spodnjih poglavjih:

Str. 107: sporočilo E. Kardelja ženi Pepci;

Str. 130: "... Maček je bil kot rojen za vodstvo Ozne. Bil je grob in surov do človeka in je podcenjeval človeško dostojanstvo. Že rodil se je kot oznovec. ...";

Str. 146 - 153: pomen Knoja;

Str. 192 - 195: "... S preskrbo Ozne sem po prihodu v Ljubljano začel tako, da sem začel krasti. Šlo je počasi. Z ekipo oznovcev, ki so mi jo zapuili, smo krađli po trgovinah. ..."

Str. 200 - 203: Jugoslovanska armada v Sloveniji;

Str. 205 - 209: Množični poveljni poboji;

Str. 210 - 211: Grobišče v Brezarjevem breznu pri Podutiku;

Str. 225 - 232: Samopreskrba Ozne na Primorskem; Tihotapljenje iz zavezniške cone.

Str. 240 - 247: Inšpekcija Ozne na Primorskem; Zajetje inšpektorja beograjske Ozne; Očitki na moje delo na Primorskem.

Sklep: Verjetno ne bom nikoli dojel bistva, kako delujejo totalitarni sistemi. Preprosto zato, ker je moj način razmišljanja drugačen. Temelji na moji osebnosti, na človekovi neodvisnosti. Tisti pa, ki se vključijo v totalitarni sistem, ne razmišljajo in privoli, da postane brezimni del nekega pošastnega sistema!

Tamara Grieser Pečar: Razdvojeni narod: Slovenija 1941 - 1945

Tamara Grieser Pečar: *Razdvojeni narod: Slovenija 1941 - 1945*, Mladinska knjiga, Ljubljana, 2004, 555 str.

Pred mnogimi leti mi je neka zdravnica rekla, da je načeloma vredno prebrati vsako knjigo. Morda tudi zato, da bralec spozna, da knjiga ni bila vredna branja.

Tega sem se spomnil zato, ker pravzaprav nisem izvedel ničesar novega. Tako še vedno menim, da je publikacija "Ključne značilnosti slovenske politike v letih 1929 - 1955" (ki jo je leta 1995 napisala skupina zgodovinarjev po naročilu državnega zbora) doslej najkrajši in hkrati najboljši prikaz novejših zgodovine Slovencev.

Knjiga *Razdvojeni narod* je - seveda po moji presoji - apoloģija. Ali je to pozitivno ali negativno, mora presoditi bralec. Vendar je knjiga vredna branja zato, ker sem izvedel množico podrobnosti. Še nikjer drugje nisem našel tako natančne kronologije dogodkov v aprilu 1941, še posebej vseh dejavnosti bana Marka Natlačna, ali dejavnosti ljubljanskega škofa Gregorija Rožmana v prvem letu okupacije, ali odlomka iz pisma partizanskega zdravnika dr. Obračunča - po padcu Turjaka v septembru 1943 - z vprašanjem svojemu šefu dr. Cedriku (našemu poznejšemu učitelju prof. Bogdanu Breclju), kaj storiti (!) s hudo ranjenimi zajetimi belogardisti. Ali dva podatka o znanem zdravniku, ki je bil takrat kot dijak eden najboljših obveščevalcev (obsežno obdelan tudi v knjigi Marjana Eiletza *Moje domobranstvo in izgnanstvo*).

Zanimiva je tudi razčlenitev pojma "kolaboracija" - seveda zanimiva za bralca v letu 2004, neuporabna pa za antifašista ali antinacista v letu 1941.

Zaradi apoloģetske naravnosti knjige se mi zdi, da zdaj lažje razumem nerazumsko plat Slovencev ter iz nje izhajajočo pogubo, ki jo je J. Kos (v knjigi *Duhovna zgodovina slovenskega naroda*) poimenoval kot slovenska katastrofa. Zato ima knjiga dve sporočili:

Prvo je odličen opis spopada dveh gibanj.

Na eni strani je bila popolnoma enotna struktura komunistov, ki za dosego svojih ciljev niso imeli prav nobenega etičnega zadržka. Ravnali so nekako v smeri inkvizitorskega navodila v križarski vojni proti albižanom: "Pobijte vse, saj bo že Gospod ločil med verniki in krivoverci."

Na drugi strani pa je bila raznovrstna skupina zagovornikov ravnanja po zakonih, ki niso vedeli, po katerem zakonu delovati ali ne delovati. Verjeli so v hierarhijo, a je niso znali sestaviti. Edina vez med njimi je bil - tudi (predvsem?) zaradi papeških enciklik **Quadragesimo anno** ter **Divini redemptoris** - dosledni antikomunizem. Kako so to v maju 1945 razumeli Angleži in v kakšen zločin se je to sprevrglo, je znano.

Drugo sporočilo pa je zanimivo teoretiziranje, kaj bi bilo, če ...

Na primer kaj bi se zgodilo s civilizacijo na našem planetu, če se Japonci v decembru leta 1941 ne bi obrnili proti ZDA, temveč proti Sovjetski zvezi?

Kaj bi se zgodilo s Slovenijo, če komunisti ne bi ustanovili ne PIF, ne OF, ne VOS, ne OZNE, ne partizanskega gibanja?

Kaj (ne) bi bil človek, če bo Bogu ne bi bilo hudiča?

In končno: če Bog je, mar ni hudič del Boga?



Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO XIII, ŠT. 12, 1. december 2004
UDK 61(497. 12)(060. 55)
UDK 06. 055:61(497. 12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

PUBLISHED BY

The Medical Chamber of Slovenia
Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
tel.: 01/30 72 100
faks: 01/30 72 109

E-pošta: zdravniška.zbornica@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152

faks: 01/30 72 159

E-pošta: isis@zss-mcs.si

**ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK
EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE
EDITOR**

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

E-pošta: eldar.gadjijev@sb-mb.si

Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR

Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

Martin Bigec, dr. med.

Vojko Flis, dr. med.

prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med.

prof. dr. Anton Grad, dr. med.

prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

prof. dr. Boris Klun, dr. med.

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med.

asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.

asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.

doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

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 štraden 94, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d.o.o.,

Breg 22, Ljubljana

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše,

Povšetova 36 a, Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

Isis

Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Sodelovali

Prim. Jože Barovič, dr. med., zdravnik, SB Maribor • Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., zdravnica, Zdravniška zbornica Slovenije • Božidar Casar, univ. dipl. fiz., Enota radiofizika, Onkološki inštitut Ljubljana • Davorin Dajčman, dr. med., zdravnik, Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, SB Maribor • Andreja Domjan Arnšek, dr. med., zdravnica, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Društvo študentov medicine Slovenije, Ljubljana • Nataša Fikfak, dr. med., zdravica, SB dr. Franca Derganca Šempeter pri Novi Gorici • Prim. Marjan Fortuna, dr. med., zdravnik, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., višji svetnik, zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Nina Gale, dr. med., zdravica, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana • Tadej Gale, univ. dipl. prav., Ljubljana • Mag. Irena Grmek Košnik, dr. med., zdravica, ZZV Kranj • Asist. mag. Simon Herman, dr. med., zdravnik, KO za travmatologijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Berta Jereb, dr. med., upokojena zdravica, Ljubljana • Marija Ješe, ZZV Kranj • Peter Kadunc, Bled • Asist. Nada Kecelj Leskovec, dr. med., zdravica, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana • Darja Klančar, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., višji svetnik, upokojeni zdravnik, Ljubljana • Asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., zdravica, Zdravstveni zavod Zdravje, Ljubljana • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Juri Kurillo, dr. med., upokojeni zdravnik, Kranj • Doc. dr. Hotimir Lešničar, dr. med., zdravnik, strokovni direktor Onkološkega inštituta Ljubljana

• Doc. dr. Tomaž Lunder, dr. med., zdravnik, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana • Ivan Mrzlikar, dr. dent. med., zobozdravnik, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides • Mag. Faris Mujezinović, dr. med., zdravnik, SB Maribor • Prof. dr. Ema Mušič, dr. med., svetnica, zdravica, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med., zdravica, zdravnik KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Tatjana Pavlin, dr. med., zdravica, SB Novo mesto • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Maja Pelcl, dr. med., zdravica, specializantka v mariborski regiji • Asist. Tatjana Planinšek Ručigaj, dr. med., zdravica, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Stane Repše, dr. med., višji svetnik, KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik, zobozdravnik, ZD Ljubljana • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., zdravnik, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana • Sanja Rozman, dr. med., zdravica, Inštitut RS za rehabilitacijo, Ljubljana • Prof. dr. Zvonimir Rudolf, dr. med., zdravnik, Katedra za onkologijo in radioterapijo, MF Ljubljana • Doc. dr. Primož Strojman, dr. med., zdravnik, Sektor radioterapija, Onkološki inštitut Ljubljana • Prim. mag. Marjana Šalehar, dr. med., zdravica, ZD Ljubljana • Andreja Tekauc Golob, dr. med., zdravica, SB Maribor • Asist. mag. Iztok Tomazin, dr. med., zdravnik, ZD Tržič • Saška Zdolšek, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Krištof Zevnik, dr. dent. med., zobozdravnik, Kranj • Doc. dr. Slavko Ziherl, dr. med., višji svetnik, zdravnik, KO za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana • Doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., zdravica, Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana • Saša Žužek Rešek, dr. med., upokojena zdravica, Portorož • _____

Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili podvajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi).

Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko tekočega ali 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 pridržuje pravico, da bo imena objavljalo v enotni obliki.

Navodila za objavljanje prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati 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 potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7.500 izvodov. 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 7.500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph.D.
E-mail: vladislav.pegan@zzs-mcs.si
The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. Andreja Kocijančič,
M.D., Ph. D.

Prof. **Franč Farčnik**, M.S., Ph.D.
The President of the Assembly
Vojko Kanič, M.D.

The vice-president of the Assembly
Sabina Markoli, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M.D., Ph. D.
The president of the Professional medical committee

Prof. 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. **Franč Farčnik**, M.S., Ph.D.
The president of the Legal-ethical committee

Žarko Pinter, M.D., M.Sc.

The president of the Social-economic committee
Jani Dernič, M.D.

The president of the Private practice committee

Igor Praznik, M. D.

The Secretary General
Brane Dobnikar, L.L.B.

Public Relations Department
Elizabeta Bobnar Najžer, B.A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjčič, L. L. B.
Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.
Health Economics,
Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.
Training and Professional Supervision Department
Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

Revija Isis v letu 2005 – veliko dobrega branja



Le kdaj bomo spoznali, da smo vsi povezani med seboj, da smo vsi deli enega telesa? Dokler duh ljubezni do soljudi, ne glede na raso, barvo ali vero ne bo prežl svetla in se udeležil v naših življenjih in dejanjih resničnega bratstva med ljudmi

– dokler vseh ljudi ne bo napolnil občutek odgovornosti za blaginjo drugega, ne bomo dosegli družbene pravičnosti. (Helen Keller 1880 – 1968)

Spoštovani kolegi in kolegice, zdravnice, zobozdravnice, zdravniki in zobozdravniki, drage naše bralke in bralci! Za nami je burno leto na vseh področjih našega delovanja: strokovnem, organizacijsko – strokovnem, stanovskem, sindikalnem, če hočete tudi družbenem življenju. Za prenekatero je bilo minulo leto tudi v zasebnem in osebnem življenju izzivalno in težko.

Zbornica je šla s svojimi skupščinami skozi preizkušnjo in neke vrste očiščenje, upam, da brez delitev zaradi različno mislečih pri vodenju in urejanju stanovskih nalog in problemov. Dialog, strpnost, sodelovanje, jasnost, ustvarjalnost, razumevanje... so sicer fraze a vse to naj bi vendarle upoštevali, zagotavljali in gojili tudi kolegi v svojih organizacijah in med njimi. To leto bo upajmo prišla pomlad prej in izraziteje kot v preteklem letu in verjeti moramo, da bo tudi naš stan doživel lepšo pomlad.

Naša Izida je sledila dogajanjem na različnih področjih dela, pri udeleževanju in partnerstvih Zbornice in naših članov, kot smo le lahko uspevali, upoštevač mesečno izhajanje in tudi nekatere druge omejitve. Kogice in kolegi ste največ prispevali k zanimivosti in kakovosti revije s svojimi poročili, mnenji, tudi kritičnimi razmišljanji, nekaterimi strokovnimi smernicami

in ne nazadnje s svojimi fotografijami in in želimo si, da bi bilo tako tudi naprej.

Veliko je reči in vprašanj, o katerih enostavno moramo spregovoriti. Bodimo odkriti, jasni, natančni, ob tem pa vljudni in nikoli žaljivi, pa bomo lahko uspešno, tudi v Izidi, predstavili svoja gledanja in razmišljanja, kritike ter pohvale. Da, prav bi bilo, da bi se končno "naučili" veseliti se tudi uspehov kolegov, in ne le svojih. Tako malo nas je, slovenskih kolegic in kolegov v tej pisani Evropi, zato je prav, da ohranjamo znotraj stanu take odnose in tudi načine sporazumevanja, ki nam bodo zagotavljali primerno spoštovano mesto našega stanu tudi v evropskem Babilonu.

Uredništvo je skušalo odgovorno in skrbno urejevati revijo, uredniški odbor pa je po svojih zmogljivostih prispeval in bdel nad tem delom. Uredniški odbor je z analiziranjem vsake številke dajal smernice, izrekal nove pobude in kritično usmerjal uredniško politiko, zato se mu želim tukaj iskreno zahvaliti z željo za še nadaljnje uspešno delo in sodelovanje. Uredništvo s tehnično urednico gospo Beti Bobnar Najžer na čelu, je kljub težavam raznih vrst in vedno prisotnim stiskam s časom, uspelo redno pripravljati našo revijo na tehnično, estetsko in profesionalno zavidljivi ravni, zato gre tudi njim moja prisrčna zahvala. V čast mi je, da sodelujem s takim uredniškim odborom in takim uredništvom.

Spoštovani, dovolim si tudi na tem mestu v imenu uredniškega odbora, uredništva in v svojem imenu zaželei vsem bralkam in bralcem naše Izide srečno, uspešno in plodovito novo leto. Želim, da bi tudi v letu 2005 našli v Izidi veliko dobrega branja, da bi plodno soustvarjali delo stanovske organizacije in njenega glasila, ki je predvsem tudi vaše glasilo. V imenu vseh nas, ki se trudimo z Izido, obljubim, da se bomo potrudili pripravljati in vam posredovati tako revijo, da jo boste še naprej radi vzeli v roke, jo najmanj prelistali in se nasmejali ob "strani za Sisi", vedno pa našli nekaj, kar vas bo pritegnilo. ■

Eldar M. Gadžijev