

# ISS

Leto XIV. Številka 11 / 1. november 2005

*Danič*

## Zdravniki na prepihu



Zdravniki se v zadnjem času kar redno pojavljamo v medijih, skoraj ni dneva, ko ne bi česa slišali ali prebrali o sebi. Redko slišimo ali preberemo, kaj smo napravili, koliko smo naredili in ali so imeli bolniki kakšno korist od našega dela. Slednje je očitno neželjeno sporočilo državljanom in zdi se pomembneje, da se zaradi dozdevnih nepravilnosti v ravnanju posameznega zdravnika napravi nalepko za vse, ki opravljamo ta poklic. Če bi analiziral članke v dnevnem časopisju, močno prevladujejo prispevki z negativno oznako poklica in tudi dejavnosti, ki pomembno prispeva k družbenemu proizvodu države. Berem o neučinkovitosti zdravstva, stroškovni, delovni, vendar ne uspeš dognati, po katerem merilu so ugotovili neučinkovitost.

Nedolgo tega sem prebral, da je zdravnikov v Sloveniji preveč, da delamo le pet ur. To mi je ostalo v spominu. Negativno sporočilo o neki dejavnosti, podjetju, posamezniku si zapomnim, ob tem me navdaja tudi nezaupanje do sodelo-

vanja s posameznikom, dejavnostjo, in celim sistemom, ki ima negativen predznak.

Imam srečo, da živim ob meji in mi pogleda ne zastirajo naravne ovire, zato menim, da se je zanimivo sprehoditi po kakem mestu v EU od Trsta do Amsterdama ali Londona in si pogledati urnike zdravnikov v javnem sektorju. V Londonu lahko obišeš splošnega/družinskega zdravnika dve uri na teden, kadar želiš, sicer le po naročilu, na voljo je do največ 20 ur/teden. Kolega na Nizozemskem zapre ordinacijo ob 17. uri, v petek se delovni teden konča, v sosednji Furlaniji-Julijski krajini je od 15. ure dalje dosegljiv za nujne primere do 19. ure. Tudi vsebina dela se razlikuje. Kar 40 odstotkov delovnega časa predstavlja izobraževanje in administrativno delo za bolnike. Tako nam sporoča W. Boersma v svoji doktorski disertaciji.

Kaj pa v bolnišnicah? Poglejmo si npr. najbolj sveže podatke za Španijo, predstavljene v reviji Hospital št. 4/2005, da se ne bomo primerjali s sosedi in državami, ki pomembno odstopajo po BDP. Špancev je 41,6 milijonov, pričakovana življenjska doba za moške 76 let, ženske 83 let. Za zdravstvo dajo 7,6 odstotka BDP, ali 1630 evrov na prebivalca. Povprečna ležalna doba v bolnišnicah je 7,5 dni, v bolnišnicah je zaposlenih 54,750 zdravnikov. Če prevedemo na razmerja prebivalcev v Sloveniji, zaokroženih na dva milijona, nas je v Sloveniji v bolnišnicah zaposlenih približno 19 odstotkov manj zdravnikov kakor v Španiji. Ali nas je zdravnikov res preveč?

Koliko pa namenimo obveznemu zdravstvenemu programu z doplačili na prebivalca? Celih 659,5 evrov, če temu prištejemo še širitve programov v letu 2005, pa 672,9 evrov.

V Italiji, na Nizozemskem in Belgiji zaposleni zdravniki v bolnišničnem oddelku praviloma končajo svoje delo ob 17. uri. Zanimivo, to je enako kot večina zaposlenih v drugih dejavnostih. Specialistična ambulanta ni izjema. Zdravnik je nenehoma dosegljiv le v urgentnem oddelku.

V naštetih državah je dejavna še ena skupina zdravnikov. Niso, a nekako so zaposleni, in to je skupina svobodnih specialistov. Njihov urnik in delavnik je nekoliko drugačen, bolj prilagodljiv, kljub temu se tudi njihov praviloma konča okoli 18. ure. Modeli sodelovanja svobodnih zdravnikov specialistov v zdravstvenem sistemu so različni. V bližnji pokrajini Veneto poznajo tri oblike delovanja svobodnjakov (libero professionista). Majhna skupina specialistov je popolnoma prostih in delajo po našem razumevanju le samoplačniške storitve, druga skupina je po statusu podobna našim kolegom koncesionarjem in opravljajo svoje delo zunaj bolnišnice. Tretja skupina pa opravlja svoj redni program v bolnišnici kakor zaposleni in dodatni program kakor svobodnjaki, bolnišnica jih praviloma plačuje po količini opravljenega dela. Nizozemski kolegi so sedaj podobno v pogodbenem razmerju z bolnišnico in plačani po količini storitev, vendar nič več brez omejitev, temveč do dogovorjene količine opravljenega dela celotne bolnišnice ali oddelka. Zamisli o drugačnem delovno-pravnem položaju zdravnika v Sloveniji niso nove in sedaj, ko se je prva skupina opogumila poskusiti in pokazati, da je moč opravljati delo zdravnika tudi drugače, zato, da bi bili bolj prilagodljivi, hkrati pa z obvezo napraviti dogovorjeno količino dela, mediji razpravljajo o tem različno, pretežno z negativnimi ocenami. Ali se ne bi veljalo vprašati, če bodo slovenski bolniki imeli kakšno korist od tega? Če se zdravnik A obveže, da bo napravil X posegov, za katere je čakalna doba po našem mnenju nesprejemljiva in bo število posegov večje, kakor jih napravi sedaj kot zaposleni specialist, če se zdravnik Y odloči podobno za poseg W in tako naprej, bo število bolnikov, ki bodo dobili ustrezno zdravstveno storitev, večje. Vedno sem si predstavljal, da je to interes posameznika in posredno družbe, pa kaže, da to ne drži. Vsi ti zdravniki utegnejo res tudi več zaslužiti, vendar ne smemo pozabiti njihove obveze, da bodo tudi več naredili. Tudi bolnike si morajo najti. Moj prijatelj in znani zdravnik, ki dela čez lužo, pravi, da si ne more privoščiti daljše odsotnosti z delovnega mesta, ker mu bodo bolnike preusmerili k drugemu specialistu in bodo bolniki pozabili nanj. S pojavom svobodnjakov bi počasi prišlo tudi pri nas do tega. Dejansko bi bolnik postal pomemben člen in ne kakor danes, ko se tu in tam dogaja, da je kurir napotnic. Ob povečani količini opravljenih posegov bi postopno prišlo do izenačitve med potrebami prebivalstva in možnostmi zdravstvene službe. Položaj bolnika bi se spremenil. Zanimivo, da se predstavniki medijev borijo proti boljšemu položaju bolnika s svojimi prispevki in ustvarjajo nezaupanje v drugače organizirano zdravstveno službo.

Ko tako razmišljam, skorajda pozabim, da se je treba ponovno ozreti k številkam in vprašati tiste, ki govorijo o presežkih in neučinkovitosti in tako dalje, če za denar, ki ga namenimo zdravstvu, res ne dobimo dovolj.

Pa zopet pogledjmo Špance. Na državljana za bolnišnično zdravljenje potrošijo 750 evrov na leto, več kakor v Sloveniji za ves obvezni zdravstveni program. Materialni stroški v Španiji in Sloveniji niso zelo različni. Zavode, kolege svobodnjake ogroža tudi dejavnik – relativni materialni strošek v vrednosti storitve, še posebej v dejavnostih, kjer se vgrajujejo in uporabljajo različni materiali. Model plačevanja bolnišnic preko SPP nam omogoča, da lahko vidimo, kaj smo napravili in se lahko primerjamo tudi z okolico. Tako sem zasledil vrednost uteži v Nemčiji, kjer so tako kakor mi lani uvedli modificirani avstralski sistem razvrščanja bolnišničnih obravnav. Postavljam vprašanje, zakaj je utež v Sloveniji vredna 1150 evrov in v Nemčiji 3000 evrov, oziroma zakaj je enaka obravnava bolnika z enako boleznijo, na primer pljučnico brez zapletov, v Nemčiji nekajkrat dražja? Na to utegnejo odgovoriti tisti, ki trdijo, da nas je zdravnikov preveč in da nismo učinkoviti.

Ne morem trditi, da ne bi mogli biti boljši, vendar, ali smo za to krivi zdravniki in zobozdravniki?

*Jani Dernič*



# Vsebina

<b>uvodnik</b>	Jani Dergič	• Zdravniki na prepihu	3
<b>novice</b>		•	8
<b>fotoreportaža</b>	Marija in Breda	• Srečanje ob 30. obletnici vpisa na Medicinsko fakulteto letnik 1974/75	24
<b>iz Evrope</b>		•	26
<b>intervju</b>	Pavle Kornhauser	• Profesorica Zora Konjajev: zdravnica, raziskovalka, pedagoginja in borka za boljšo družbo	27
<b>aktualno</b>		• Razpis specializacij s področja dentalne medicine 2. 11. 2005	34
		• Svetovni dan brez tobaka	44
	Alenka Žagar Slana	• Imam dve vroči želji!	46
	Elizabeta Bobnar Najžer	• Partnerstvo za zdravje	48
	Tomaž Čakš	• Vpliv pasivnega kajenja na zdravje ter vloga zdravnikov	52
<b>forum</b>	Mihael Sok	• Imam raka! Kako mi lahko pomagajo zdravniki?	56
	Zlata Remškar	• O celostni obravnavi bolnika	60
	Branko Zakotnik	• Doktor, povejte, če je kje na svetu kakšno zdravilo, pa naj stane, kolikor hoče!	62
	Davorin Dajčman	• Ali lahko zagotavljanje varnosti bolnika poveča varnost zdravnika?	64
<b>zanimivo</b>	Peter Kobolt	• Ozonska terapija v zobozdravstvu - izziv za prihodnost	66
<b>delo Zbornice</b>		• Zapisniki IO ZZS	68
<b>status artes medicae</b>	Vojko Flis	• Iskanje soglasja za zdravljenje znotrajžilnih kroničnih aterosklerotičnih sprememb	71
	S. Šuškovič, M. Košnik, M. Fležar,	• Stališča Bolnišnice Golnik - KOPA za obravnavo persistentne astme pri odraslem	75
	K. Osolnik, M. Zidarn, S. Škr gat		



## INSULINSKI PEN

Insulinski peni pomenijo revolucionarni napredek pri vodenju bolnikov s sladkorno boleznijo. Zanesljivi odmerki, bistveno zmanjšana nevarnost predoziranja, varna uporaba, možnost prenosa in s tem boljša kakovost življenja za odrasle in še posebej za otroke. Tokratna naslovnica je zato namenjena prav otrokom, ki so prisiljeni prezgodaj odrasti, se osamosvojiti in se v vsakem trenutku mladega življenja odločati o lastni terapiji. Ličnost izboljša motivacijo, morda celo zniža družbeno zaznamovanost, vendar ne spremeni dejstva, da imajo kronično bolezen. Starejši pen na naslovnici je gradil smisel življenja mlademu človeku.

Besedilo in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

<b>koledar zdravniških srečanj</b>		•	<b>81</b>
<b>programi zdravniških srečanj</b>		•	<b>97</b>
<b>strokovna srečanja</b>	Tatjana Cvetko	• Mladi zdravniki družinske medicine ne hitijo med zasebnike	<b>120</b>
	Suzana Židanik	• Splošni/družinski zdravniki v Hipokratovem imenu	<b>122</b>
	Maja Pelcl, Vojislav Ivetić	• Vasco da Gama movement – Wonca 2005	<b>123</b>
	Ksenija Tušek Bunc	• Pristop k različnim boleznim v družinski medicini	<b>126</b>
	Matjaž Rode	• Letni kongres Svetovnega združenja stomatologov – FDI	<b>128</b>
	Matjaž Rode	• Endodontija odkriva svoje korenine	<b>130</b>
	Pavle Košorok	• Kolproktologija po Evropi in svetu se organizira in specializira	<b>132</b>
	Štefek Grmec	• Anesteziološko srečanje	<b>133</b>
	Nuša Šegrec, Lea Žmuc Veranič	• Psihatri poglabljeno o novostih v stroki	<b>134</b>
	Miroslava Cajnkar Kac	• Zdrava mladina, naša prihodnost	<b>135</b>
	Nada Rotovnik Kozjek	• Naš bolnik in njegova prehrana?	<b>138</b>
<b>tako mislimo</b>	Peter Gradišnik	• Epidemija slovenskih smernic	<b>140</b>
<b>s knjižen police</b>	Marjan Kordaš	• Dan Brown: Da Vincijeva šifra	<b>141</b>
	Marjan Kordaš	• Dan Brown: Angeli in demoni	<b>142</b>
	Marjan Kordaš	• Povratna sporočila o recenziji knjige "Guerilla Surgeon"	<b>142</b>
<b>personalia</b>		•	<b>144</b>
<b>Sisi</b>	Franc Beigot	• Kriptografske metode v družinski medicini	<b>146</b>
<b>misli in mnenja uredništva</b>	David B. Vodušek	• Nova raven sobivanja poklicev v medicini	<b>153</b>



19



31



128

# Zbiranje podatkov o kazalniku kakovosti za zdravnike splošne prakse

**P**redstavniki Ministrstva za zdravje in projekta "Kakovost v zdravstvu Slovenije" (Kakovost), ki ga vodi Zdravniška zbornica Slovenije, so se v septembru 2005 soglasno dogovorili, da bodo za izpolnitev 65. člena področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005 uporabili metodologijo in sistem pro-

jekta Kakovost in se tako izognili podvajanju dela. O tem so bili v oktobru 2005 obveščeni vsi zdravniki, ki delajo v splošni praksi, razen zdravnikov, ki so ustrezne podatke že poslali/vnesli v sistem projekta Kakovost. Zdravniki, ki so uporabniška imena že prejeli, bodo o zbiranju ponovno osebno obveščeni skupaj z navodili za izpolnjevanje, drugi pa bodo poleg tega prejeli še svoje osebno uporabniško ime

in geslo. Vse uporabnike ponovno pozivamo, da naj na svoje identifikacijske podatke skrbno pazijo. Če želite dodatna pojasnila ali če dopisa niste prejeli, čeprav delate v splošni praksi, Vas prosimo, da se obrnete na nas po elektronski pošti na naslov [kakovost@zzs-mcs.si](mailto:kakovost@zzs-mcs.si). V prilogi je dopis Ministrstva za zdravje. ■

Želimo vam uspešno izpolnjevanje.

*Marjan Pajntar, vodja projekta Kakovost*



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova 5, 1000 Ljubljana, Slovenija  
Tel.: 01-478 60 01  
Fax: 01-478 60 58

Spoštovani,

Zdravniška zbornica Slovenije skupaj z Ministrstvom za zdravje izvaja projekt "Kakovost v zdravstvu«, pri katerem naj bi sodelovali vsi splošni zdravniki in zbirali podatke o kazalniku kakovosti »q036 vodenje hipertona«.»

Do sedaj je pri zbiranju kazalnika sodelovalo približno 10 odstotkov splošnih zdravnikov. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005 v 65. členu navaja »Vsi izvajalci s področja splošne/družinske medicine zbirajo enake kazalnike kakovosti za eno bolezen, tako da bo možna anonimna primerjava med posameznimi izvajalci in posameznimi zdravniki. Navodilo bo izdelalo Ministrstvo za zdravje«. Za pripravo

navodil je Ministrstvo za zdravje zaprosilo Zdravniško zbornico Slovenije, ker nekateri zdravniki že zbirajo kazalnike po metodologiji Zdravniške zbornice, zato smo se želeli izogniti podvajanju dela. Navodilo je v prilogi.

Podatke je treba poslati do 31. 12. 2005 na Zdravniško zbornico Slovenije, Ministrstvo za zdravje bo imelo dostop do teh podatkov, vendar brez imen zdravnikov.

Namen zbiranja kazalnika je izboljševanje obravnave bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Posamezni zdravnik se bo tako lahko primerjal s kolegi in ugotovil, koliko odstopa od zastavljenega cilja RR 140/90 mm ali manj. Če ugotovi, da so odstopanja velika, si lahko za izboljšavo rezultatov pomaga s smernicami za zdravljenje hipertenzije in uvede potrebne spremembe, da bi izboljšal rezultate pri svojih bolnikih z arterijsko hipertenzijo.

Menimo, da je tako spremljanje v interesu zdravnikov in bolnikov. ■

S spoštovanjem,

*Andrej Robida, sekretar  
Andrej Bručan, minister*

REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE  
SEKRETAR



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTER  
ZDRAVJE



Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Ulica talcev 9, 2000 Maribor



# Projekt Dojenju prijazne zdravstvene ustanove

Dejavnosti Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor v tednu dojenja

**D**ojenje predstavlja za doječo mater, dojenčka in širše družbeno okolje številne prednosti. Je edini naravni način prehranjevanja otrok v prvih mesecih življenja. Pomeni zaščito pred zgodnjimi pojavi alergij, nalezljivih in črevesnih bolezni ter motenj presnove. V materinem mleku so pomembna hranila in snovi, ki jih ni v mlečnih nadomestkih. Dojenje je tudi najmočnejši telesni in psihološki stik med materjo in otrokom, naveza, ki nikoli v življenju ne uplahne. Med drugim je dojenje tudi ekološko neoporečno in poceni.

**Pobuda Novorojenčku prijazne porodnišnice (NPP)** se je v Sloveniji pričela kot eden prvih državnih projektov v maju leta 1996 ustanovljenega Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja (NOSD) pri slovenskem Unicefu. Sedaj je 12 Novorojenčku prijaznih porodnišnic od vseh 14, kolikor jih imamo v Sloveniji, in tako se rodi 85 odstotkov vseh otrok v eni od NPP. To je največji odstotek med 10 državami, novimi pristopnicami k EU. Prav tako je znan podatek, da je 95 odstotkov novorojencev dojenih ob odpustu iz porodnišnic. Oba odstotka sta razmeroma visoka, vendar nekateri podatki kažejo, da se pogostnost izključnega dojenja po odpustu iz porodnišnic prehitro zmanjšuje in matere prezgodaj posegajo po nadomestnih ali prilagojenih mlečnih pripravkih. Skrajševanje ležalne dobe v porodnišnicah in pomanjkanje ustreznega kadra za spodbujanje in podporo zgodnjemu dojenju, kar lahko odločilno vpliva na poznejše uspešno in dolgo dojenje, sta nas vzpodbudila, da smo ob projektu za NPP, začeli načrtovati novo pobudo za **Dojenju prijazne zdravstvene ustanove (DPZU)**. Na tak način bi načela NPP uporabili kot metodo, ki bi pomagala izboljšati zdravstveno oskrbo ter podporo doječim materam in njihovim otrokom v vsem zdravstvenem sistemu (od ginekoloških dispanzerjev, porodnišnic, otro-

ških dispanzerjev, otroških oddelkov bolnišnic do zasebnih ambulant družinskih zdravnikov in drugih).

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor se je decembra 2004 pridružil pobudi Unicefa Slovenija, Odbora za zdravje otrok in Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja za pripravo projekta Dojenju prijazna zdravstvena ustanova. Po strogem mednarodnem protokolu bomo opravili vse ukrepe in postopke, vključno s spremenjenim načinom dela, delovnega okolja, izobraževanjem zaposlenih, izgradnjo informacijskega sistema in drugimi koraki, da pridobimo strokovno laskav naziv

## Dojenju prijazna zdravstvena ustanova.

1. Cilj je spodbujati doječe matere in jim dati vso strokovno pomoč in podporo,

da bodo lahko izključno dojile do šestega meseca otrokove starosti oziroma da se bo odstotek izključno dojenih otrok do šestega meseca starosti povzpел nad 60 odstotkov, kar so priporočljive smernice Svetovne zdravstvene organizacije.

2. Cilj je vzpodbujati odgovorne, naj ustvarijo takšne pogoje, da bodo lahko matere dojile otroke v zdravstvenih ustanovah in povsod, kjer se dlje časa zadržujejo zunaj doma, na primer v bankah, nakupovalnih središčih, restavracijah, bencinskih servisih ...
3. Cilj je zmanjšati zboleznost otrok in število obiskov pri zdravniku zaradi daljšega dojenja. Zmanjšali bi tudi stroške za zdravila in odsotnost mater z dela.
4. Cilj je zmanjšati stroške družine in družbe za nadomestke materinega mleka, obre-



Podpis Pravil o dojenju v Dojenju prijazni zdravstveni ustanovi 4. 10. 2005. Z leve: prim. Martin Bigec, dr. med., specialist pediater, vodja Projektne skupine DPZU, prim. Anton Židanik, dr. med., specialist epidemiolog, glavni direktor Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Milena Frankič, viš. med. ses., glavna sestra OE VŽOM, Vojka Šrok, dipl. m. s., članica Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja Unicef Slovenija

menjenost okolja zaradi priprave otroške hrane in embalaže ter omogočiti materi več časa za druženje z otrokom.

Koraki, ki smo jih v Zdravstvenem domu dr. Adolfa naredili, da bi lahko bili dojenju prijazni:

- pridobili smo sklep strokovnega sveta zavoda, v katerem se Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca zavezuje, da bo po svojih močeh pripravil osebje, prostore in opremo za izpolnitev pogojev za dobro strokovno delo pri spodbujanju dojenja,
- ustanovili smo projektno skupino za Dojenju prijazno zdravstveno ustanovo v sodelovanju z Nacionalnim odborom za spodbujanje dojenja pri Unicefu Slovenija,
- piskali smo strokovno literaturo iz strokovnih področij, ki vzpodbujajo dojenje,
- pripravili smo samoocenjevanje stanja, s čimer smo dobili oceno glede na dojenje v naših ustanovah,
- pripravili smo zloženko o DPZU in navodila za zaposlene,
- pripravili smo opremo sob za dojenje,
- skupaj z NOSD smo organizirali dvodnevni tečaj, ki se ga je udeležilo 186 zaposlenih,
- pripravili smo Pravila o dojenju v Dojenju prijazni zdravstveni ustanovi, ki jih je podpisal tudi glavni direktor zavoda in jih javno izobesili,
- pripravili bomo vse potrebno za sprejem Komisije za oceno dejavnosti in ukrepov NOSD Unicefa Slovenije.

Pri opremi sobe za dojenje so nam bili v veliko pomoč razumevanje in podarjena sredstva kluba Vesna Maribor, ki se mu ob tej priložnosti lepo zahvaljujemo.

V Mariboru in občinah, ki so nekoč sestavljale skupno mariborsko občino, imamo

edinstveno stanje v Sloveniji, saj so nadomestki za materino mleko plačani iz občinskih proračunov. Vse pogosteje slišimo, da se stroški za nadomestke iz leta v leto večajo, čeprav nimamo strokovnih razlogov za ta pojav. Število rojstev ne raste, nasprotno, še vedno smo priča njihovem upadanju, socialne razmere v mestu se niso znatno poslabšale, cene proizvodov se niso bistveno povišale ... K projektu vabimo Oddelek za družbene dejavnosti Mestne občine Maribor. S pomočjo njihovih analitikov bi lahko sledili ekonomskim učinkom dojenja. Prepričani smo, in tako pravi tudi strokovna literatura, da se lahko stroški za prehrano bistveno zmanjšajo z dejavnim vzpodbujanjem in vzdrževanjem dojenja na vseh področjih družbenega življenja, tako da se ustvarja primerno vzdušje in okolje, ki je doječim materam naklonjeno in kjer je dojenje zaželeno povsod, še posebej v trgovskih centrih, restavracijah, športnih, kulturnih objektih in podobno ter da se prepove javno oglaševanje izdelkov za nadomestke materinega mleka. Naša ocena je, da bi lahko v petih letih privarčevali vsaj 30 odstotkov stroškov za umetno prehrano, če bi se delež izključno dojenih otrok pri šestih mesecih iz sedanjih 42 dvignil na 60 odstotkov, kar so naša realna pričakovanja. V občinskem proračunu bi to pomenilo šest do osem milijonov tolarjev.

To ni zaključek akcije, ampak njen začetek, saj bomo v naslednjem letu začeli opremljati okoliške zdravstvene postaje in posvetovalnice, ginekološke ambulante, skratka vse prostore, kamor prihaja doječa mama z otrokom. Posebno opremo bomo naročili tudi za patro-nažno službo za pomoč pri dojenju na domu. Pozneje bomo vzpodbudili tudi odgovorne, da naj opremijo posebne prostore v lokalih, trgovinah, gledališču in drugod.

## Prednosti izključnega dojenja

### Prednosti dojenja za mater

- krčenje maternice po porodu,
- manj karcinoma dojk in jajčnikov,
- manj poporodnih depresij,
- hitrejša izguba odvečnih kilogramov,
- neodvisnost otrokove prehrane,
- gospodarski dejavnik,
- več časa za druge člane družine,
- enostavnost prehrane otrok na potovanju.

### Prednosti materinega mleka za otroka

- ščiti otroka pred okužbami,
- ščiti otroka pred alergijami,
- omogoča sožitje matere in otroka,
- ugoden vpliv dojenja na otrokov razvoj,
- idealna hranilna sestava materinega mleka.

### Prednosti dojenja za družbo in okolje

- manj bolnih otrok pomeni manjše stroške za zdravstveno oskrbo,
- manj bolniških odsotnosti za matere, ker bolje delajo,
- dojenje, v primerjavi s proizvodnjo in uporabo nadomestkov, ekološko veliko manj obremenjuje okolje.

### Ovire za izključno dojenje

- namesto dojenja druga tekočina ali hrana,
- ucelj ali duda,
- omejevanje števila in trajanja podojev,
- predsodki in nevednost.

Martin Bigec

## ČAS ZA ODLOČITEV

Sodobno zdravstvo deluje pod nenehno grožnjo Damoklejevega meča, kar pomeni, da so številne odločitve in z njimi povezani ukrepi, pa tudi poznejši rezultati in njihove posledice prenašani in preuranjeni. Raziskava, ki so se je mednarodni strokovnjaki lotili na pobudo Svetovne banke, priča, da bi bilo v zdravstvu mogoče prihraniti precej energije, denarja in trpljenja, pa tudi časa (!), če bi si na obeh straneh zdravstvene verige (tako zdravniki in ponudniki kakor tudi bolniki in uporabniki) vzeli čas, ki je potreben za raz-

mislek. Saj niti zdravnik (zdravstveni delavec) niti bolnik (varovanec) ne bi smel dovoliti, da ga »časovne norme in pritisk« prisilijo, da se mora o velikih, pomembnih stvareh, povezanih z zdravjem, vitalnostjo, blagostanjem in kakovostjo življenja, odločiti na hitro – v naglici ali celo *ad hoc*. Proti časovni prisili in terorju naglice se ni treba ozirati na sistem in ustaljeno nespodbudno prakso, marveč lahko k povečanju vloge časa v zdravstvu in spremembam na tem področju največ pripomore vsakdo sam (tako zdravnik kot bolnik) tako, da si vzame čas za pomembne zadeve in si v

odločilnem trenutku upa reči: »Potrebujem nekaj časa za premislek. Počakajte prosim do jutri...« Ko bi po začetni osuplosti vsi vpleteni ugotovili, da se zaradi odloga ni podrl svet in da čakanje ni botrovalo nikakršnim dodatnim zapletom, bi se začel oblikovati bolj normalen in spodbuden odnos do časa v zdravstvu. Seveda pa bo takojšnje ukrepanje še vedno ostalo *conditio sone qua non* pri urgentnih situacijah in stanjih, ki terjajo takojšnje brez-kompromisno ukrepanje.

Vir: TokyoSan

Prevedla in priredila: Nina Mazi



# Plačilo zdravniškega dela



## Fides opozarja ministra

**S**indikat Fides se odziva na izjavo ministra za zdravje mag. Andreja Bručana v raznih medijih dne 28. 9. 2005, v katerih navaja, da bodo zdravniki za dodaten program plačani z dodatnim plačilom skladno z Zakonom o javnih uslužbencih (ZJU).

Sindikat Fides ob tem opozarja, da dodatno plačilo za dodaten obseg storitev ureja 96. člen ZJU, ki pa za zdravnike in tudi nasploh za zdravstvo in javne zdravstvene zavode ne velja, saj se ta del zakona uporablja le za uslužbence v državnih organih in upravah lokalnih skupnosti (1. odst. 22. čl. ZJU). Tako bo tudi plačilo zdravnikov po navedeni določbi ZJU brez pravne podlage, kar zdravnike ponovno postavlja v nevarnost, da niti skromnega obljubljenega plačila ne bodo prejeli ali da ga bodo morali vračati.

Fides je presenečen, da minister za zdravje ne ve, kateri predpisi za zdravnike veljajo in kateri ne, in ponovno opozarja na popolnoma neurejen in absurden sistem plačevanja zdravnikov za dodatne obremenitve, ki presegajo njihovo redno delo.

Res pa je, da so dodatna plačila po citirani določbi možna v državni in lokalni upravi, in sicer na podlagi dogovora z javnim uslužbencem, kar le dodatno razkriva, da so državni uslužbenci glede možnosti dodatnih zaslužkov v primerjavi z zdravniki v boljšem položaju in da lahko celo za delo v rednem delovnem času prejema dodatna plačila mimo enotnega sistema plač v javnem sektorju.

V Ljubljani, dne 29. 9. 2005

*Konrad Kuštrin, predsednik sindikata*

## Zdravniška zbornica Slovenije podpira stališča Fidesa

**I**zvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je na korespondenčni seji, ki je potekala v času od 30. 9. 2005 do 3. 10. 2005, sprejel naslednja sklepa:

- Zdravniška zbornica Slovenije podpira mnenje Fidesa, ki poziva, da je treba zagotoviti ustrezne pogodbe, s katerimi se bo zagotovilo tudi primerno plačilo zdravnikov za izvajanje dodatnih zdravstvenih programov za skrajševanje čakalnih dob.
- Zdravniška zbornica Slovenije meni, da je edini delovno pravni položaj, ki omogoča zdravnikom večje obremenitve, kakor veljajo za javne uslužbence in hkrati omogoča ustrezno plačilo za opravljeno delo, status svobodnega zdravnika specialista. Zdravniška zbornica Slovenije predlaga ustanovitev posebne delovne skupine, sestavljene iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije in direktorjev javnih bolnišnic, da bi v kratkem času pripravili pogoje za varno uvedbo svobodnih zdravnikov specialistov (zadruge) na področju dejavnosti, kjer se bodo izvajali ukrepi za skrajševanje čakalnih dob. ■

*Vladislav Pegan, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije*

## EPIDEMIJA POTROŠNIŠTVA

je po ugotovitvah ameriških in japonskih zdravnikov in psihologov povezana s psihičnimi, psihofizičnimi in prihosocialnimi motnjami. Strokovnjaki poudarjajo, da sodita pretirano razmetavanje (zapravljanje) denarja in pretirano, nenadzorovano nakupovanje med boleznimi ali pa vsaj patološka simptoma sodobnega časa, saj ju strokovnjaki obravnavajo kot posebno obliko odvisnosti, pri kateri človek nakupuje in zapravlja iz psihološke nuje in brez realne praktične potrebe. Med nakupom doživlja posameznik, ki ga angleško imenujejo "excessive shopper" nekakšno sladostrastje, nakupovalni višek (orgazem), potem pa se, brž ko zapusti trgovino (ali najpozneje, ko doma izprazni prenapolnjene torbe in vrečke) počuti povsem praznega, izčrpanega in razočaranega. Kupljene stvari ga sploh več ne zanimajo in privlačijo (pogosto so mu celo odveč in v breme), zato zapade v svojevrstno obliko depresije, ki zaradi popolne notranje praznine prizadete sili k ponovnemu nakupovanju. Ameriški vedenjski psihologi ugotavljajo, da je med sodobnimi zasvojenici z nakupi (t. i. šopoholiki, sindrom: šopoholizem, zasvojenost pa "shopping addiction") še vedno najbolj priljubljeno klasično geslo: Kupuj, dokler se ne zgrudiš (ang. *Shop, till you drop*).

Podatki nacionalne statistike pričajo, da v bližnji Nemčiji za nakupovalno mrzlico trpi okrog 750 tisoč prebivalcev obeh spolov, različnih poklicev in vseh družbenih slojev, število nerazsodnih zapravljalcev pa je še večje (kocarkarji in igralci na srečo, preprodajalci, ljubitelji razkošja ...). Mnogo več nerazsodnih nakupovalcev pa je gotovo na drugi strani Atlantika, zato Američani pospešeno raziskujejo vzroke omenjene zasvojenosti in iščejo učinkovito zdravilo. Trenutno na najbolj težkih primerih preizkušajo kar antidepresive – sredstva proti duševni pobitosti (depresiji), ki so se v prvih poskusih izkazali za obetavne in učinkovite.

Poznavalci ugotavljajo, da med najpomembnejše vzroke za pretirano zapravljanje in nonšalanten donos do materialnih dobrin na sploh sodi zgrešena vzgoja, slab zgled ožje okolice, pretirana revščina v času otroštva, občutek manjvrednosti, nemoči ali kaj drugega, kar posamezniku prepreči, da bi užival pri delu z denarjem in skrbel za njegovo kolikor toliko uravnovešeno in usklajeno kroženje v obeh glavnih smereh (v in iz denarnice) – da bi razvil sproščen in neobremenjen odnos do denarja in materialnega blagostanja nasploh. ■

*Vira: ZDF, Focus*

*Prevedla in priredila: Nina Mazi*

# Morje, kitare in ženske na oktobrski prireditvi za bolnike v Kliničnem centru

## Morje v očeh likovnikov KUD

Osrednji razstaviščni prostor Kliničnega centra je na oktobrski prireditvi za bolnike razkril različne zgodbe, obdane z morjem, sredozemsko klimo, njeno naravo in tipično arhitekturo. Že vrsto let člani likovne sekcije Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher v septembru organizirajo likovno kolonijo v Savudriji. Dela, ki so plod tega nekajdnevnega ustvarjanja, avtorji podarijo Kliničnemu centru, ki je njihov ustanovitelj in članom nudi svoje počitniške prostore v Savudriji. Kakor je na prireditvi povedal doc. dr. Tone Pačnik, predsednik Likovne sekcije, so slikarji na ekstemporu združili prijetno s koristnim ter si želijo le še več podobnih ustvarjalno polnih in družabno prijetnih kolonij.

Trideset razstavljalcev, prav toliko svetov. Vsak je drugačen, svoj, kakor je drugačno morje skozi čas v svoji barvi, melodiji, nemiru ali pomirjujočem zibanju. Pa vendar se ves ta svet, ki je prepleten z domišljijo in z različnimi tehnikami ter stili, razkrit skozi čopič, pa tudi fotografski objektiv razkriva svet pred nami in tvori celoto. Strele, ki grozeče tonejo v morje, zibajoče se barke, od sonca razgreto kamenje obal, hiš in obzidij, Istra na začetku jeseni in njena naselja, narava, cvetje in drugi navdihnjeni motivi ... Vse te zgodbe so v slikah podarili: Saša Boljkovac, Bogdan Breznik, Vilma Colja, Emilija Erbežnik, Danica Bem Gala, Janez Goltes, Karel Hruza, Henrik Krnec, Zora Lamprecht Rijavec, Mojca Marinček, Jože Matjašec, Jano Milkovič, Marjan Miklavc, Radko Oketič, Ljudmila Pačnik, Tone Pačnik, Andreja Peklaj, Edi Sever, Draga Soklič, Ljubo Soklič, Marija Strnad, Zorka Svatina Ciman, Pavle Ščurk, Dušan Šabič, Ladislav Ulčakar, Mira Uršič, Leilana Šparovec, Zdenka Vinšek, Niko Zupan, Marjan Zalelet.

Odprtje razstave likovnikov je pospremila mlada ljubiteljica likovne umetnosti, Špela Kovačič, ki se je v vlogi komentatorke predstavila z lastnim doživljanjem razstavljenih slikarskih del ter povedala: »Avtorji so svoj navdih našli v privlačnosti, skrivnostnosti, globini in kompleksnosti morja, ki je na eni strani ogromen ekosistem, na drugi pa izrez narave v očeh umetnikov in njihovega doživljanja.

Sproščeno druženje, izmenjavo izkušenj,



Likovno kolonijo v Savudriji je predstavil predsednik Likovne sekcije KUD doc. dr. Tone Pačnik. (foto: Tatjana Praprotnik)

potrditev ateljejskega dela in preizkušanje na terenu so ponazorili z različnimi tehnikami trepetavega akvarela, pastoznih nanosov akrila, kolorita v pastelu in celo enkavstike – stare egipčanske tehnike.

Motivi se prepletajo skozi raziskovanje svetilnikov, bark, obale, zanimivih skal, pogledov na obmorska mesta, kar ustvarja čarobnost pričujoče razstave ... Jesen je, a vonj po morju in spomini nanj še ostajajo ...«

## Arhetip ženske skozi akvarele

V Mali galeriji se je z akvareli predstavila akademska oblikovalka vizualnih komunikacij in slikarka Biserka Komac. Študirala je grafično oblikovanje na ljubljanski Akademiji za likovno umetnost, kjer je diplomirala pod mentorstvom prof. Ranka Novaka in prof. Miljenka Licula. Njeno delo in ustvarjalnost lahko opazujemo na številnih panojih, kalendarjih, knjigah, plakatih, znana pa je tudi po oblikovanju katalogov za Gorenjski muzej v Kranju.

Glasbeni del prireditve je bil v znamenju latinskoameriških kitarskih ritmov, oblikoval

pa jih je mlad kitarist, Elvi Erwankuba. Elvija spremlja kitara že dvanajst let, končal je tudi glasbeno šolo v Kranju pri profesorici Nataši Bogataj. Veliko nastopa kot solist, igra pa tudi v duetu z Anžetom Božičem. Skupaj in posamezno sta se udeleževala tudi mnogih državnih in mednarodnih tekmovanj, kjer sta redno dosegala uspehe.

Elvi se je predstavil, navdušil ter vzbudil skomine po morju in soncu s tremi skladbami: Paragvajca Agustina Barriosa, La cathedral, III. stavek – Alegro Solemne, Španca Isaaca Albeniza: Asturias ter Brazilca Maxima Diega Pujola: Candombe en mi.

Prireditev je organiziralo Kulturno umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, vodila pa jo je predsednica društva doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Sponsorja prireditve sta bila Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica in Grafika Bonifer, zahvala gre tudi vsem, ki so kakorkoli pomagali pri postavitvi razstave ter sami prireditvi. ■

Senta Jaunig



Zbranim je na kitaro mojstrsko igral študent prava Elvi Erwankuba.

# 14. oktober – evropski in svetovni dan darovanja

14. oktobra smo pod okriljem Sveta Evrope praznovali 7. evropski in v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo tudi 1. svetovni dan darovanja in transplantacije.

**O**srednja mednarodna prireditev v Ženevi je bila uvod v niz strokovnih dogodkov: sestanek članov Komisije za organizacijska vprašanja, povezana s transplantacijsko dejavnostjo, 12. kongres Evropskega združenja za transplantacije organov ter kongres o koordinaciji transplantacije.

Strokovnjaki s področja transplantacijske medicine so razpravljali o aktualnih temah, povezanih z darovanjem organov in tkiv ter transplantacijsko medicino. Na dnevnem redu so bili kakovost življenja po presaditvi, ekonomski vidik presaditev in preprečevanje trgovanja z organi, ki se pojavlja z razvojem dejavnosti. Vseh strokovnih dejavnosti so se udeležili tudi slovenski strokovnjaki. V Sloveniji smo letos praznovali prvič.

V Ljubljani smo na Prešernovem trgu postavili stojnico, na kateri so mimoidoči lahko dobili informacije o pomenu darovanja, o možnosti opredelitve za darovanje, o varovanju

podatkov; kdo lahko postane darovalec in podobno. Na vprašanja so odgovarjali predstavniki Slovenija transplanta, informacije so na voljo tudi v tiskani obliki (tri vrste informativnih zloženk). V popoldanskem času so transplantacijsko dejavnost predstavili strokovnjaki s področja koordinacije in kirurgije.

Da ne bi ostalo le pri besedah, so vsi, ki so hoteli in so imeli s seboj kartico zdravstvenega zavarovanja ter osebni dokument, lahko podpisali pristopno izjavo in se tako opredelili za darovanje po smrti. Pristopne izjave so sprejemale pooblaščen osebe na prijavnem mestu, ki je bilo posebej za to priložnost v Centralni lekarni na Prešernovem trgu.

Na stojnici je bila predstavljena tudi možnost darovanja za časa življenja. V registru Slovenija Donor je že preko 4000 članov. Sodelavci registra iz Zavoda RS za transfuzijsko medicino (ZTM) so predstavili zloženko o presajanju kostnega mozga, postopek vpisa v register ter zelo zainteresiranim tudi postopek iskanja nesorodnega darovalca. Popoldan so

se na stojnici oglasili tudi vodilni predstavniki ZTM in registra.

Stojnico je ob 15. uri obiskala tudi gospa Danica Simšič, županja Mestne občine Ljubljana.

Tega dne je bila na svetovnem spletu objavljena osnovna stran Slovenija transplanta. Spletni naslov je [www.slovenija-transplant.si](http://www.slovenija-transplant.si)

Dan darovanja in transplantacije je bil priložnost, da povabimo vse ljudi k nesebičnemu darovanju za namen zdravljenja drugih ljudi ter obenem priložnost, da smo se zahvalili vsem, ki so že darovali.

V Sloveniji vsako leto opravimo več kakor 150 presaditev organov in tkiv, potrebe pa so še enkrat večje. Slovenija je že leta 2000 podpisala dogovor o sodelovanju z največjo evropsko organizacijo za izmenjavo organov Eurotransplant, v kateri je še pet drugih zahodnoevropskih držav. Po petih letih lahko realno ocenimo, da je sodelovanje učinkovito in pozitivno za Slovenijo in slovenske bolnike. ■

*Danica Avsec Letonja*

---

## STAROST ZDRAVNIKA

---

**P**oglabljena raziskava, ki so jo med bolniki in uporabniki zdravstvenih storitev izvedli v ZDA, je pokazala, da je za bolnike poleg spola, rase, strokovne izobrazbe, naziva in usposobljenosti ter človeških kakovosti (značaj, vedenje, razmišljanje, ravnanje) pomembna tudi starost izbranega zdravnika oziroma terapevta. Američani ugotavljajo, da si večina sodobnega prebivalstva, ki si aktivno in zavzeto prizadeva za pridobivanje in ohranjanje mladosti, zdravja in vitalnosti, za izbranega osebnega (družinskega) zdravnika (terapevta), želi nekoga, ki je mlajši, bolj zdrav,

privlačen in vitalen od njih samih – da bi ga lahko posnemali in občudovali, se od njega čim več naučili za praktično življenje in tudi sledili njegovemu spodbudnemu zgledu. Tisti bolj umirjeni in pasivni, ki potrebujejo tudi in predvsem nasvet, podporo in oporo, si želijo starejšega, uglednega in umirjenega, preudarnega zdravnika, ki bo tudi njihov svetovalc, vodnik, pomočnik, zaupnik in zavetnik. Najbolj praktični in pragmatični, ki pa v ambulanti potrkajo le, ko je to res nujno potrebno, pa si želijo nekoga svojih let, s katerim bosta imela podobne poglede in interese, obenem pa se bosta lahko skupaj

»elegantno starala«, doživljala značilne tegobe poznih let in skupaj iskala optimalne rešitve zanje. Pripadniki te kategorije uporabnikov soroden emšo enačijo s psihično, fizično, psihofizično in psihosocialno skladnostjo, ki dejansko predstavlja pomemben dejavnik učinkovitega, ustvarjalnega in navdušenega sodelovanja med zdravnikom in bolnikom. Slednje je pomembna vrednota pri skrbi za zdravje, mladost in vitalnost. ■

---

*Vir: SkyNews*

*Prevedla in priredila: Nina Mazi*

## Novo vodstvo Združenja zdravnikov družinske medicine

**N**a sestanku 4. 10. 2005 je volilna komisija na podlagi volitev po pošti predstavila volilne rezultate. Za predsednika je bil imenovan Janko Kersnik, za podpredsednico Tonka Poplas Susič, za tajnika Branko Košir, za blagajničarko Marija Petek Šter, Marko Kolšek bo referent za izobraževanje. Peterica sestavlja IO Združenja. Člani UO bodo imeli naslednje naloge: Mateja Bulc bo skrbela za koordinacijo mentorjev, Jana Govc Eržen za preventivno dejavnost, Tone Gradišek in Rade Iljaž za informatizacijo, Nena Kopčavar Guček za odnose z javnostmi, Davorina Petek za mrežo raziskovalcev, Irena Vatovec Progar za področje zdravstvene politike.

Naslednje leto oktobra bomo praznovali 40-letnico ZZDM. Srečanje naj bi potekalo



v obliki skupščine, na katero bi dodatno povabili vse častne člane, vse člane prejšnjih upravnih odborov, primarije, učitelje in mentorje DM. Ob tem bomo izdali tudi kroniko družinske medicine od leta 1992 do 2006, ki bo nadaljevanje zgodovine splošne medicine prim. mag. Toneta Koširja, ki je popisal naš razvoj do leta 1992. Novi upravni odbor se zahvaljuje staremu, ki je zadnja dva mandata uspešno vodil Združenje. Najodmevnejši je bil kongres Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine Wonca Europe 2003, ki je tudi postavil temelje za stabilen razvoj družinske medicine v prihodnosti. Najpomembnejši pa je bil verjetno sprejem novega

programa specializacije in uveljavitev obvezne specializacije iz družinske medicine kot pogoja za delo v splošni ambulanti. Poleg tega pa še številne druge izobraževalne dejavnosti, ki so družinski medicini utrdile položaj med drugimi medicinskimi strokami. Člani so v okviru drugih organizacij sodelovali tudi pri številnih drugih projektih.

Naši smeli načrti preko nadaljevanja uspešnih projektov obsegajo tudi poglobljeno sodelovanje z evropskim gibanjem mladih zdravnikov – projekt Vasco de Gama in njihovo vključevanje v pripravo posodobitev programa specializacije iz družinske medicine. ■

*Janko Kersnik*

### PROSTOVOLJCI V NEMŠKEM ZDRAVSTVU

**P**rostoprovoljstvo je v sodobnem svetu vse bolj priljubljeno. V primerjavi s preteklostjo in svojimi predhodniki, je za današnje prostovoljce značilno, da prostovoljnega dela ne pojmujejo le kot žrtev in darovanje za druge (sočloveka), marveč tudi kot obetaven izziv in zanimivo priložnost zase in svoje najbližje. Okrog 25 milijonov Nemcev, ki del svojega prostega časa namenja prostovoljstvu, tovrstni dejavnosti na mesec povprečno posveti dobrih 15 ur, večina preko različnih društev, organizacij in združenj, nekateri pa tudi indi-

vidualno, pojmuje svojo dejavnost za srednje do precej pomembno. Večina prostovoljcev ženskega spola deluje na področju sociale (67 odstotkov), ob bok pa stopa zdravstvo (66 odstotkov), na tretjem mestu po pogostnosti prostovoljnega delovanja se nahajata vzgoja in izobraževanje s 65 odstotki, ki si tretjo stopničko delita s cerkvenimi dejavnostmi (prav tako 65 odstotkov). Med moškimi pa je prostovoljstvo najbolj pogosto na področju reševanja, (84 odstotkov – gasilci, teritorialna obramba, gorska reševalna služba, naravne nesreče ...), sledi politika (73 odstotkov), sindikalne (67

odstotkov) in športne dejavnosti (66 odstotkov). Prostoprovoljna dejavnost je uveljavljena tudi na področju kulture, ekologije. Mnogim prostovoljstvo pomeni državljansko obveznost in dolžnost, drugim pa častno, humano delo. Oboji pa lahko na področju zdravstva pripomorejo k dvigu kakovosti in odličnosti brez (pre)velikih stroškov. ■

*Vir: Focus*

*Prevedla in priredila: Nina Mazi*

# Golf v Lipici – pokal za eno leto ekipi "Zahoda"



Minute pred startom



Andrejka daje zadnje napotke za igro.

**T**retje leto zapored so se golfisti zdravniškega športnega društva Medicus podali na zelenice v tekmi za dragoceni kristalni prehodni pokal, ki ga bo ena od ekip sicer prejela v trajno last po tretji zmagi. Ker je doslej vsaka ekipa zmagala enkrat, letošnje srečanje sicer še ni bilo odločilno, kljub temu pa zavzetost za dobro igro ni bila nič manjša. Kapetana ekip – Andrejka Omerzel Topalovič

ter Janez Kirbiš sta z nekaj taktičnimi poudarki pri sestavi dvojic poslala na igrišče po osem parov. Kakor se je pokazalo, so bili igralci dokaj izenačeni in rezultat skoraj do zadnjega udarca nepredvidljiv. Po dobrih petih urah igranja je napetost naraščala vse do uradne razglasitve, ki je potrdila za malenkost boljšo igro ekipe "Zahoda". Zmaga se je v njihovo korist prevesila z rezultatom 304 proti 298 točk, kar je najbolj tesen izid doslej. Ob predaji

prehodnega pokala, ki bo enako kakor doslej krasil sejno sobo Zdravniške zbornice, je bilo napovedano, da prihodnje leto še ne bo prineslo odločitve, ker bo "Vzhod" storil vse za izenačenje, tako da bo šele peta tekma odločila o trajnem lastniku pokala ...

Pari in posamezniki z najboljšimi dosežki so dobili še posebna priznanja:

Alenka Ramovš – Andrej Ramovš z 48 neto točkami



Tomaž Slavec je s kar dvema najdaljšima udarcema pustil vse za seboj.



Najuspešnejši par na igrišču (in zakaj ne tudi zunaj njega?).



Le komu se ne bi smejalo ob sprejemanju takega pokala?



Najboljši s panojem ...



... in drugimi sotekmovalci

Andreja Omerzel Topalovič – Martin Pavlin s 47 neto točkami

Mitja Topalovič – Bojan Krebs s 45 neto točkami.

Najbližji udarec zastavici je uspel Miru Maticiču, medtem ko je za najdaljši let žogice

dobil pokal Tomaž Slavec.

Prihodnjo jesen bo zopet napeto, gostilo pa nas bo eno od igrišč na vzhodu. Še pred tem pa je na vrsti VII. državno prvenstvo – prvo junijsko nedeljo leta 2006 v Arboretumu!

Srečanje so omogočili: Farmaceutvska druž-

ba Lek, podjetje Hewlet Packard, Pivovarna Union, Nova Ljubljanska banka, računalniško podjetje SRC.si, časnik Finance in gospod Andrej Baloh. ■

Marko Demšar

## Spanje in zdravje

**M**ed pomembne dejavnike zdravega življenjskega sloga sodita tudi počitek in spanje. Zlasti slednje je med sodobno populacijo pogosto problematično. Zato strokovnjaki na zahodu upravičeno govorijo o epidemiji nespečnosti oziroma zapletov na tem področju. Nespečnost, kot »ljudska bolezen« se pojavlja v obliki 88 različnih, znanstveno dokazanih in v praksi potrjenih motenj, pri čemer vsaka od njih terja svojevrsten pristop, obravnavo in terapijo. Sodobna medicinska znanost motnje počitka in spanja deli na štiri ključne, krovne skupine: insomnija (motnje zaspanja in spanja) – prizadene od 6 do 8 odstotkov populacije, obstruktivna nočna apnoja – prizadene okrog 4,5 odstotkov populacije, sindrom nemirne noge – prizadene dobra dva odstotka populacije, idiopatska hipersomnija – priza-

dene slaba dva odstotka populacije, motnje cirkadianega ritma – prizadenejo skoraj dva odstotka populacije in narkolepsija, ki pesti prizadene približno en odstotek ljudi. Pomembne pa so tudi parasomnije, bolezenske motnje, povezane s spanjem, ki pestijo okoli štiri odstotke Evropejcev. Po ocenah nemških ekonomistov predstavljajo motnje spanja precejšen izpad v gospodarstvu, ki letno doseže tudi do 50 milijard evrov. Zaskrbljujoče pri tem je predvsem dejstvo, da ima po ocenah nemških zdravnikov in terapevtov ustrezno diagnostiko, obravnavo in zdravljenje največ tretjina nespečnežev, dve tretjini pa nimata na voljo ustrezne strokovne pomoči, čeprav je vsak osmi do deseti Nemec potreben premišljenega zdravljenja nespečnosti. Ameriški strokovnjaki tudi na tem področju poudarjajo pomen vzgoje in preventive nasploh – doma, v vrtcu in v šoli, kjer bi se otrok moral naučiti učinkovito sprostiti, si pridobiti spodbudne spalne navade ter ustrezno kulturo počivanja in spanja. ■

Viri: WHO, Bundesstatistik, CNN

Prevedla in priredila: Nina Mazi

## Errata corrigé

**V** oktobrski številki sta se v članku 5. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov prikladli dve neprijetni napaki. Vesna Mele, dr. med., je rojena 1951 in je bila prva v streljanju s pištolo, Božena Eršte, dr. dent. med., je bila druga. Za napaki se opravičujem. ■

Branko Košir

# 9. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v tenisu Otočec 2005

Ratko Tatalovič

**N**ekako se je že uveljavilo, da Teniška sekcija športnega društva Medicus organizira državno prvenstvo v tenisu za zdravnike in zobozdravnike vsako leto v drugem kraju. Tako je letošnje deveto prvenstvo potekalo 10. septembra na igriščih TK Otočec pri Novem mestu. Tekmovanja se je udeležilo 28 tekmovalcev in žal samo štiri tekmovalke, čemur je verjetno botrovala slaba vremenska napoved. In vendar je tekmovanje potekalo nemoteno v pretežno lepem sončnem vremenu, tako da smo kljub tekmovalnemu vzdušju lahko uživali tudi v čudoviti okolici teniškega centra Otočec. Tekmovali smo v različnih kategorijah, v vsaki kategorije pa smo igrali po sistemu round robin. Po končanem uradnem tekmovalstvu smo odigrali še nekaj prijateljskih dvobojev v dvojicah.

Za res prijetno počutje je poskrbelo osebje teniškega centra in bistroja z okusno pripravljeno hrano.

Prvenstvo so omogočili tovarna zdravil Krka d. d., Pivovarna Union in Zavarovalnica Triglav.



Večina udeležencev teniškega turnirja

## Rezultati:

### Ženske:

1. Katja Juvan
2. Irena Malis Smole
3. Marija Ognjanovič



Starosta slovenskih zdravniških tenisačev Aleksej Kansky.

### Moški:

- +70
1. Aleksej Kansky

### +60

1. Mirjan Lapajne
2. Franc Vaupotič
3. Stanko Vidmar

### +50

1. Branko Avsec
2. Janez Zore
3. Mile Lobe

### +40

1. Robert Grbec
2. Andrej Kansky
3. Robert Juvan

### +25

1. Klemen Stražar
2. Gorazd Plevnik
3. Jože Vogelnik



Z leve: Stanko Vidmar in Feliks Pucher

# Priprava programa promocije zdravja na delovnem mestu v polnem teku

Program Čili za delo s pomočjo sredstev Phare uspešno napreduje – Pripravljena spletna stran o zdravju pri delu

**P**rojekt Phare, Izobraževanje za zdravo delo in življenje, ki se je začel maja 2005 in bo potekal do konca julija 2006, že kaže prve konkretne rezultate. V okviru projekta je bila pripravljena spletna stran [www.cilizadelo.si](http://www.cilizadelo.si), oblikovani so osnovni organi projekta, strokovni sodelavci pa so se na tematski konferenci konec septembra dogovorili o načinu sodelovanja, razdelitvi nalog ter terminskih načrtih v prihodnjih mesecih.

Namen projekta, ki ga sofinancirata Evropska unija iz sredstev Phare in Ministrstvo za šolstvo in šport v skupni vrednosti več kakor 200.000 evrov, je vplivati na delodajalce in delavce, da bodo v okviru vseživljenjskega učenja osvajali znanje in veščine za zdrav delovni in življenjski slog in uvajali v delovno okolje spremembe, ki koristijo zdravju. Projekt je del širšega programa promocije zdravja na delovnem mestu Čili za delo, katerega cilj je dolgoročno vplivati na postopno zmanjševanje bolniškega staleža, preprečevati poškodbe in delovno invalidnost ter zmanjševati regionalne razlike, hkrati pa prispevati k povečevanju zadovoljstva na delovnem mestu in posledično tudi k povečevanju produktivnosti ter splošne blaginje prebivalcev in prebivalcev Slovenije.

Primeri dobre prakse iz tujine kažejo, da se je z uvedbo programov promocije zdravja bolniški stalež zmanjšal tudi do 50 odstotkov, razmerje med vloženimi sredstvi za promocijo zdravja in prihranki zaradi manjšega absentizma pa se po podatkih različnih raziskav giblje od 1 proti 2,5 do 1 proti 10,1. Izboljšanje

zdravja zaposlenih in posledično zmanjšanje bolniškega staleža pa nista edini koristi promocije zdravja za podjetja in družbo. Boljše zdravje zaposlenih vpliva na njihovo zadovoljstvo pri delu in izboljšanje delovne klime v celoti, izboljšata se tudi produktivnost in kakovost dela, kar vse vpliva na ekonomske kazalnike in ugled podjetij.

Projekt Phare vodi Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) v sodelovanju s partnerskimi organizacijami (Andraškoškim centrom Slovenije, Oddelkom za tehniško varnost Fakultete za kemijo in kemijsko tehnologijo, Zavodom za zdravstveno varstvo Murska Sobota in Zvezo svobodnih sindikatov Slovenije), poleg partnerjev pa v njem sodelujejo številni zunanji sodelavci, strokovnjaki z različnih področij (medicina dela, promocija zdravja, psihologija dela, varnost pri delu, pravice delavcev itd.), ki sestavljajo interdisciplinarne skupine za pravo izobraževalnih modulov programa promocije zdravja na delovnem mestu. Vsi sodelujoči so se konec septembra srečali na prvi skupni konferenci, kjer so se podrobno dogovorili o delu v prihodnjih mesecih. Kakor je povedala vodja projekta mag. Eva Stergar, se s konferenco začena konkretno strokovno delo pri projektu, s soočenjem mnenj pa so se na srečanju izoblikovala izhodišča za enoten pristop k pripravi modulov. Projekt ima programski in projektni svet, v katerih sodelujejo posamezniki in ustanove, ki lahko

pripomorejo k razvoju promocije zdravja na delovnem mestu.

V okviru Phareovega projekta bo oblikovan program promocije zdravja, ki ga bo mogoče prilagoditi potrebam posameznih podjetij, ustanov in drugih organizacij. Program bo zajemal sedem izobraževalnih in intervencijskih modulov. Prvi, analiza stanja v organizaciji, bo postavil izhodišča za izbiro in izvedbo vseh drugih: preprečevanje poškodb pri delu; ergonomski ukrepi na delovnem mestu; preprečevanje obremenitev zaradi izpostavljenosti kemijskim onesnaževalcem pri delu; organizacijski ukrepi v delovnem okolju; obvladovanje stresa in preprečevanje uporabe psihoaktivnih snovi na delovnem mestu. Moduli bodo objavljeni v priročniku za izvajalce programa, za katere bodo v okviru projekta oblikovali tudi posebno izobraževanje, ki ga bodo izvajali posebej usposobljeni strokovnjaki. Izvajalcem programa bo v pomoč tudi gradivo z najpomembnejšimi nasveti za zdravo in varno delo. Program bodo preizkusili v Pomurju, saj gre za regijo, ki po gospodarskih in zdravstvenih kazalcih precej zaostaja za slovenskim povprečjem.

Hkrati s oblikovanjem izobraževalnega programa bo tekla priprava predloga zasnovne mreže, ki naj bi zagotavljala, da se bo program promocije zdravja uresničil v ciljnih okoljih – slovenskih podjetjih, v katerih bodo pripravljene spremembe v korist zdravju in varnosti na delovnem mestu. Raziskava, ki je potekala spomladi letos kot predhodnica Phareovega projekta kaže, da se vprašanj o zdravju in varnosti slovenski menedžment zaveda razmeroma dobro. Kar dve tretjini anketiranih direktoric/direktorjev (okoli 1000 organizacij) pa je hkrati pripravljenih uvesti program promocije zdravja na delovnem mestu.

Potek dela pri projektu lahko spremlja širok krog ljudi preko spletne strani, kjer je mogoče najti tudi podatke o zdravju delavcev in številne uporabne informacije za bolj zdravo delo in življenje.

■

Tanja Urđih Lazar





## Zlatko Fras – novi predsednik UEMS

**P**redstavniki Zdravniške zbornice Slovenije pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov, mag. Zlatko Fras, je bil na nedavnem zasedanju združenja s prepričljivo večino izvoljen za novega predsednika. V mandatu ga čakajo zahtevne organizacijske naloge, saj se je v Evropski zvezi z novimi članicami razširilo področje dejavnosti



stanovske organizacije, ki že več kot 45 let bdi nad zdravniki specialiste. Predvsem si bo prizadeval za ohranjanje ustreznega statusa zdravnika specialista na evropski ravni ter za usklajevanje procesov usposabljanja, stalnega strokovnega razvoja, ter preko tega zagotavljanja najvišje možne kakovosti dela zdravnika specialista. Pomemben poudarek dela bo tudi usklajevanje bolj racionalne

organiziranosti zdravnikov v Evropi ter prizadevanje za ustrezno upoštevanje njihovih stališč v političnih organih EU. Ne nazadnje bo zahtevna tudi organizacija vseh potrebnih prireditev za ustrezno praznovanje 50. obletnice te najstarejše zdravniške organizacije v EU spomladi leta 2008 v Bruslju.

Več o delu združenja najdete na naslovu: <http://www.uems.net/>. ■

### FOTOREPORTAŽA

## Srečanje ob 30. obletnici vpisa na Medicinsko fakulteto letnik 1974/75

**M**ineva že leto dni, odkar smo se v mesecu novembru 2004 srečali kolegice in kolegi, ki smo v študijskem letu 1974/75 prestopili prag MF v Ljubljani.

Prijetno smo bili presenečeni nad številčno udeležbo. V veseli družbi smo predvsem obujali spomine na študentske dni in čas je kar prehitro minil. Želja mnogih udeležencev je bila, da se naslednjič srečamo prej kakor čez 30 let.

Ker je po srečanju ostalo nekaj denarja, smo ga po tehtnem premisleku darovali članoma Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije. Gospodično Mojco Magdič smo razveselili s slovensko govorečo tehtnico, gospoda Darja Vogriča pa s slovensko govorečim merilcem krvnega sladkorja. ■

*Marija in Breda*



Ob veliki udeležbi je lokal postal kar pretesen.



Dobro razpoloženi udeleženci.



Utrinek s predaje medicinskih pripomočkov.



Zatopljeni v prijetno obujanje spominov.



Še ena od organizatork Breda v družbi Mojce in Miloša.



Organizatorke Brigita in Marija v družbi Igorja.

## “Najboljši generaciji študentov”

MF Ljubljana – seveda tisti,  
ki je prvi letnik vpisala leta 1975!

**P**lime in oseke življenja in stroke so nas prepeljale skozi 30 let in sklenili smo, da jih počastimo s skupno večerjo 25. novembra 2005 ob 18. uri v restavraciji Via Bona na Tbilisijski ul. 59 v Ljubljani. Svojo pripadnost naši generaciji potrdiš tudi tako, da zanesljivo prideš in, če je le mogoče, to potrdiš na e-mail: [vita.pukl@psih-klinika.si](mailto:vita.pukl@psih-klinika.si) Na skorajšnje svidenje,

**organizacijski odbor letnika 1975.**

## Financiranje AKH Dunaj do leta 2015 je potrjeno

**P**o dolgih mesecih pogajanj sta se zvezna vlada ter mesto Dunaj dogovorila o nadaljnji finančni usodi Splošne bolnišnice Dunaj (Allgemeines Krankenhaus Wien). Pogodba ureja financiranje do leta 2015 in obsega približno 1,2 milijarde evrov. Presegli so tudi spor o plačevanju "povečane klinične porabe" (klinischer Mehraufwand). Pogodbo sta podpisala zvezni finančni minister Karl-Heinz Grasser in zvezna ministrica za znanost Elisabeth Gehrler (oba iz ljudske stranke) ter mestni gospodarski svetnik Sepp Rieder in mestna zdravstvena svetnica Renate Bauer.

90 milijonov evrov bodo namenili za dograditev bolnišnice (vsak od finančnih partnerjev bo prispeval polovico). Za naložbe v letih od 2007 do 2015 bo na voljo 600 milijonov evrov (60 odstotkov bo prispevala država in 40 mesto Dunaj). Za "povečano klinično porabo" pa bo na voljo 524,6 milijonov evrov, kar bo v celoti pokrila zvezna blagajna. ■

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 12, 30. junij 2005

Marjan Kordaš

## Arogantnost – nova kategorija

**V**LKH (Landeskrankenhaus, v Celovcu, op. prev.) niso različna mnenja nobena redkost. Nova pa je hladnokrvnost (Kaltschnäuzigkeit), s katero direktorja dr. Thomas Koperna ter Herwig Wetzlinger, dipl. inž., zavračata zahteve zdravnikov.

V razpravo sta vnesla dve doslej neznanii kategoriji: cinizem in aroganco. Je mar to slog prihodnosti, da Koperna 20 let starejšemu vodji oddelka svetuje, naj kar sam zapolni vrzeli, ko ponoči ni zdravnikov, četudi so te vrzeli nastale zaradi navodil o službi, ki jih je pripravil Koperna sam?

Nad vse nizko pa je padel upravni direktor Wetzlinger, ki je v časopisnem intervjuju menil, da mora biti (edini!) specialist na voljo ponoči tudi takrat, ko vodstvo odslovi zdravnike stažiste. In to je izrekel nekdo, ki sam še nikoli ni opravljal nočne službe. Je mar že kdaj doživel, kako je, ko je treba oskrbeti poškodovanega otroka ali če se pri bolnikih v centru za duševno zdravje pojavijo krizne razmere? S takšnimi nekvalificiranimi izjavami vodstvo bolnišnice le poglablja prepad med sabo in zdravniki. Vsekakor na takšen način ne bo mogoče ustvariti timskega duha, ki je nujen za premagovanje prihodnjih izzivov v LKH. ■

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 7/8, julij/avgust 2005

Marjan Kordaš

## Po primerjavi se koroški zdravniki počutijo bolj varno

**P**redsednik Koroške zdravniške zbornice dr. Othmar Haas je bil na tiskovni konferenci jasen: "Ne bojujemo se proti premišljenim varčevalnim predlogom, temveč proti razkroju kakovosti in storilnosti, ki škoduje tako zdravnikom kakor bolnikom. Vzemimo standarde v primerljivih avstrijskih bolnišnicah za merilo ter se ravnajmo po njih. Primerjava bo pokazala storilnost koroških bolnišničnih zdravnikov." Raziskava, ki jo je leta 2003 pripravilo ministrstvo za zdravje in je zajela 139 bolnišnic, kaže, da imajo koroške bolnišnice – glede na število postelj ter po-

datke o storilnosti – najmanj zdravnikov v vsej Avstriji.

"Ti podatki jasno kažejo, da se od koroških zdravnikov zahteva storilnost, ki je ni mogoče več povečati", je izjavil Haas. Koroški zdravniki morajo narediti toliko kakor v nobeni drugi zvezni deželi, zato je treba zaposliti več zdravnikov. Vodstva bolnišnic si v nasprotju z zbornico prizadevajo, da bi število zdravnikov še zmanjšali.

Storilnostni pritisk kaže tudi statistika, ki temelji na razmerju med številom postelj ter številom zdravnikov. Na Koroškem je to razmerje 100 : 25, medtem ko za vso Avstrijo velja razmerje 100 : 32. ■

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 7/8, julij/avgust 2005

Marjan Kordaš

## Izstop zobozdravnikov iz zdravniške zbornice?

Izstop zobozdravnikov iz avstrijske zdravniške zbornice in ustanovitev nove zobozdravniške zbornice se bo po mnogih težavah in zmešnjavah uveljavil 1. januarja 2006.

Za izstop ni bilo nobenega prisilnega razloga, četudi se je vedno znova poudarjalo, da je po odločitvi sodišča EU ustanovitev Zobozdravniške zbornice nujna. Tudi anketa med zobozdravniki, čeprav z majhno prednostjo zagovornikov ločitve (52,5 odstotka), ni kak posebno močan izkaz.

Nujna posledica izstopa zobozdravnikov bo preoblikovanje zdravniške zbornice, ki bo morala izravnati spremenjena razmerja med posameznimi kurijami. Priprave na ta pomemben korak so že zaključili. ■

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 7/8, julij/avgust 2005

Marjan Kordaš

# Profesorica Zora Konjajev: zdravnica, raziskovalka, pedagoginja in borka za boljšo družbo

Pavle Kornhauser

## Izvečki iz življenja s poudarkom na njeni ustvarjalnosti v pediatriji

Prof. dr. Zora Konjajev je izjemna osebnost povojne zdravniške generacije. Uveljavila se je ne le kot zdravnica – pediaterka na področju neonatologije, zlasti si je prizadevala za razvoj nedonošenih otrok; svoj odnos do družbe ter človeški odnos do soljudi je pokazala tudi v najbolj kritičnem obdobju zgodovine slovenskega naroda.

Spoznal sem jo šele kot specializant na otroški kliniki v zgodnjih šestdesetih letih prejšnjega stoletja. Skupaj sva bila na izpopolnjevanju v mednarodnem pediatričnem centru v Parizu in sodelovala sva na številnih zdravniških srečanjih doma ter v tujini.

Spremljal sem njeno dejavnost na kliniki in njena prizadevanja za nova odkritja, ki so povezana z vsakdanjim delom pediatra. Njena vztrajnost in prepričljivost sta ji omogočila, da je uresničila načela in prakso, za katere je menila, da so v skladu z razvojem medicine. Ni poznala tabujev, ali morda strahu pred nadrejenimi, če je uveljavljala lastne zamisli. Pri tem sva bila večkrat na isti "valovni dolžini", čeprav se nisva vedno predhodno dogovorila, oba sva skoraj sočasno ter pravočasno ocenila smeri in utrip razvoja.

Pred desetletji sem imel priložnost (in zadovoljstvo) bežno spoznati tudi njeno družinsko življenje: na večerjih pri meni doma ali pri njej



v Dukičevih blokih na Valvazorjevi ulici: kot gostiteljica je blestela z odlično kulinariko. Njen soprog Saša Aleksander Konjajev, sin ruskega izseljenca, mikrobiolog – strokovnjak za mleko na Biotehnični fakulteti v Ljubljani, je bil po srcu umetnik, recitiral je Puškina, pel je romance in igral na klavir ter družbo zabaval z duhovitimi dovtipi. Bil je izredno pozoren in ljubeč soprog. In nenazadnje naj omenim, da se je Zora družila z Josipom Vidmarjem, bil je njen svak, desetletja je bil v novi

Jugoslaviji po položaju ne le med vodilnimi politikmi, temveč je soodločal o razvoju kulture pri nas. Tako je bila vključena v družbo umetnikov in kulturnikov ter kot razumnica širila lastno obzorje. Naj obenem poudarim, da tega ni nikoli omenjala, da ni bila ošabna in da mi ni znano, da bi izrabljala svoje politične zveze, zasluge ali morebitna posredovanja za lastno uveljavitev.

V pogovoru s profesorico Konjajev bom poskušal iz njenih spominov uporabiti podatke, ki so zanimivi in poučni tudi za najmlajšo generacijo (že tretjo za najino), ki nas je zamenjala v ordinacijah in na bolnišničnih oddelkih. Saj pregovor pravi: *Historia magistra vitae (est)*.

**O**draščala si v znani učiteljski družini. Prebral sem, da so štiri "sestre Stritar" uspešno javno nastopale na ljubljanskem radiu. Kako je družinsko vzdušje zaznamovalo tvojo nadaljnjo življenjsko pot?

V Stritarjevem rodu so bili poleg znanega pesnika in pisatelja Josipa tudi glasbeniki, ki so oblikovali kulturno življenje 20. stoletja: Vilko in Kristijan Ukmar, Alojz Srebotnjak, Ferdo Juvanc in Drago Čuden. Moj oče Albin nas je vse štiri hčere – Bogdano, Zdenko, Nado in mene – že majhne uril v večglasnem ubranem petju. Iz tega se je razvil kvartet sester Stritar, ki smo bile stalne sodelavke ljubljanskega radia in smo od 1933 nastopale ob spremljavi klavirja Danila Švare in Marijana Lipovška. Občasno nas je spremljal tudi radijski orkester pod vodstvom Maria Draga Šijanca in radijski plesni orkester pod vodstvom Bojana Adamiča. Načrte je prekrizala vojna, tako da se je vsa ekipa znašla v partizanih, kjer so sestre pele na javnih nastopih in na radiu OF. V naši družini je vladalo kulturno vzdušje. Veliko smo peli, muzicirali in zelo radi čitali. Starši so bili z nami strogi in vsem petim otrokom so za vse življenje vcepili poleg etičnih načel tudi delovne navade.

"Deklica je bistra, glejte, da bo zdravnica!" je mojim staršem zabičal dr. Krajc, sicer hišni zdravnik sanatorija Leonišče, po pregledu bolnega brata in po dolgem pogovarjanju z menoj, petletno deklico. Te bese-

de sem kakor veliko skrivnost čuvala v sebi vso dobo odraščanja. Po končani maturi z odliko na ljubljanski klasični gimnaziji sem staršem povedala, da grem na medicino in sprožila pri starših silovit odpor. Oče me je poslal celo v poklicno posvetovalnico na šolski polikliniki in se je uklonil šele mnenju psihologov, ki so mi dali prav. Brez pogoja ni šlo. Starši so namreč sklenili, da me bodo podpirali samo v primeru, če bom pri študiju uspešna. Dano obljubo sem vzela resno, jo držala in medicino po vojni končala s povprečno oceno 9,4. Tedaj sem imela že dva otroka.

**Prišla je vojna. Ljubljano so Italijani zaprli v obroč z bodečo žico, že na črnuškem mostu so bili okupatorji Nemci. Takratni vodilni politiki in visoki predstavniki ljubljanske škofije so obljubljali zvestobo Mussoliniju. Kakšno je bilo življenje v teh mesecih v Ljubljani, kdaj je prišlo do prvih širših zapiranj ljudi, deportacij in streljanja talcev?**

Življenje v okupirani Ljubljani je bilo zame najtežje obdobje v mojem življenju. Italijani niso dolgo čakali s hišnimi preiskavami, z aretacijami, zapiranjem, streljanjem talcev in pošiljanjem civilistov v internacijo, ker so jih osumili, da delajo za OF. Okupatorju so pri izvajanju nasilja veliko pomagali slovenski ovaduhi in izdajalci, nasprotniki OF. Tedaj so se pričele tudi likvidacije vodilnih politikov, nasprotnikov osvobodilnega



Zora (prva z leve, najmlajša od štirih sester) z družino Stritar: z očetom, mamo in bratcem. Posnetek iz leta 1931 pred graščino, v katerem je bilo Deško vzgajališče, Ponoviče pri Litiji, kjer je bil oče ravnatelj.

boja, ki so jih izvrševali mladeniči, pripadniki varnostno-obveščevalne službe (VOS). Aktivisti OF in tudi drugi zavedni Slovenci smo videli v likvidacijah obrambo pred nevarnostjo, ki je pretila odporiškemu gibanju. Nihče se ni spraševal, ali so izvensodne obsodbe kolaborantov dopustne in zakonite. Bil se je boj za življenje in smrt, saj je bil slovenski narod vendar določen za uničenje.

Leta 1941 sem se poročila z diplomiranim pravnikom Cvetom Močnikom – Florijanom, vrhunskim športnikom, ki je padel pod streli Italijanov aprila 1943 v bitki na planini Golobar nad Bovcem, kamor jih je pripeljal izdajalec. (Takrat sem odobrvala likvidacijo izdajalca, ki je zakrivil smrt 42 življenj.) V maju 1943 sva bili z devetmesečno hčerko v italijanskem zaporu in ko so me izpustili, sem opravljala prakso na interni kliniki. Opozorjena sem bila, da mi grozi domobrantska aretacija, zato sem prakso prekinila in se odpravila oktobra 1943 peš iz Ljubljane s hčerko in mamo na osvobojeno ozemlje. Na Igu sem srečala Bojana Adamiča, ki je gasil požar po letalskem napadu, pozdravil me je z besedami: "No, zdaj je še poslednja Stritar'ca prišla v partizane!"

**Povej kaj več o prihodu v Belo krajino in razporeditvi v civilno bolnišnico v Črnomlju, saj v vojaški bolnišnici na Rogu nisi bila dejavna. Tako v reviji Zdravniške zbornice Isis, kakor tudi v Zdravniškem vestniku pogrščam prispevke udeležencev partizanske sanitete, saj bi morala biti mlajša generacija zdravnikov ponosna na njeno dejavnost. Kmalu prič ne bo več. V Evropi ni mogoča primerjava z organizacijo vojaške in civilne zdravstvene službe na nekem okupiranem področju. Če bi jo razvili na tleh zahodnih držav, bi bile o tem napisane knjige, slavili bi jo umetniki, uradna zgodovina bi pripravljala posvete. Ni ti bilo lahko med vojno, verjamem pa, da si bila kljub težavam, polna optimizma. Lahko si predstavljam tvojo skrb za zdravje in razvoj hčerkice, ki si jo vzela s seboj na osvobojeno ozemlje, saj so bili sovražni vojaki le kakšen kilometer daleč in nihče ti ni mogel zagotoviti varnega pribežališča.**

V Ivančni Gorici sem se po odhodu iz Ljubljane vključila v aktivno žensko gibanje do februarja 1944, ko sva se s sestro in otrokoma umaknili pred domobranci v Belo krajino, ki je bila osvobojeno ozemlje. Pot po visokem snegu in mrazu ob pičli hrani in prenočevanju v požganih hišah je bila zelo težka. V Črnomlju nama je bivša Titova žena Herta Haas odstopila nakazilo za stanovanje v lepi vili. Takoj po prihodu so me poslali v civilno bolnišnico OF Kanižarico pri Črnomlju, kjer sem se izučila za instrumentarko, skrbela za sterilizacijo in za nabavo zdravil.

Bolnišnica je sprejemala civilne bolnike z najrazličnejšimi boleznimi, tudi porodnice in kirurške bolnike. Veliko je bilo bolnikov z nalezljivimi boleznimi. Najbolj je bil pretresljiv pogled na številne otroke, ki so bili operirani zaradi hudih ran, povzročenih z odvrženim orožjem, ki so za vse življenje ostali invalidi. (Prav danes je za nekatere vprašljiva njihova visoka invalidnina, čeprav so bili nekateri ob ude in slepi.) Delo v Kanižarici je bilo zame velika življenjska šola. Naučila sem se trdega dela v skromnih razmerah in priučila izvirne partizanske improvizacije. Etični zalogaj, pridobljen pri vzornikih, požrtvovalnih zdravnikih, me je hranil vse življenje.

Sprašuješ me, kako je bilo z varnostjo in zdravjem moje hčerke Cvetke. Moja sestra Zdenka, otroka in jaz smo bili trikrat v hudi nevarnosti, vendar smo se srečno izognili okupatorjevemu nasilju. Za hčerko Cvetko je v moji odsotnosti skrbela moja sestra in se je v družbi s štiriletnim bratrancom Markom lepo razvijala. Marko, Cvetka in drugi otroci v Beli krajini so trpeli zaradi pomanjkljive in neakovostne hrane. Ob prihodu v Dalmacijo so tovrstne tegobe ob dobri prehrani hitro izginile.

**Po evakuaciji z letalom v Dalmacijo si se po koncu vojne vrnila v Ljubljano. Kaj te je čakalo doma, kdaj si nadaljevala študij na medicini? Kakšen je bil tvoj odnos do kolegov, ki se v času vojne niso opredelili za OF in so sodelovali s sovražniki?**

Marca 1945 je bilo iz Bele krajine z zavezniškimi letali v dalmatinske Kaštele pri Splitu evakuiranih preko 2000 starcev in žensk ter 600 otrok, da bi bili obvarovani pred nasiljem umikajočih se poražencev. V Dalmaciji sem bila sanitetna referentka v Kaštelu Gomilici in v begunski ambulanti sem pomagala dr. Dušanu Reji. Hrano in obleko nam je zagotovila UNRA, tako da so se podhranjeni otroci ob dobri hrani hitro popravili. Domov smo se vračali junija 1945 z ladjicami do Novega, nato pa z živinskimi vagoni v Ljubljano. Vrnila sem se k staršem, ki so vojno preživeli v Ljubljani. Že sem obupala nad možnostmi za nadaljevanje študija medicine, ker sem kot vdova morala poskrbeti za triletno hčerko, tudi starši so bili brez denarja. Zahvaliti se moram kolegici Pavli Kavčič, da mi je načelnik jugoslovanske vojne sanitete dr. Gojko Nikoliš omogočil nadaljevanje študija sedmega semestra v Beogradu z medicinci, ki so med vojno delali v vojaški partizanski saniteti. Konec leta 1945 smo se slovenski medicinci lahko vrnili iz Beograda in prestopili prag popolne slovenske medicinske fakultete. Nekdanji partizani smo morali prevzeti odgovorne funkcije, ki so nas ovirale pri študiju. Postala sem članica univerzitetnega študentskega odbora.



Zora kot instrumentarka pri oskrbi ranjenca z zdravnikoma Tonetom Cizljem in Bogdanom Brecljem v civilni bolnišnici OF Kanižarica pri Črnomlju na osvobojenem ozemlju jeseni leta 1944. (foto: Božidar Jakac)

Sprašuješ me, kako sem se obnašala do kolegov, ki so med vojno simpatizirali ali celo sodelovali z okupatorjem. Med njimi jih je nekaj, predvsem članov profašistične Erlichove Straže v viharju, pobegnili na Koroško in naprej v svet in niso sedli z nami v klopi. Nekatere kolege, ki so bil manj kompromitirani, sem skušala bolj ali manj uspešno obvarovati "defašizacije".

**Vrnimo se za hipec v tvoje zasebno življenje. Ni mi znano, kdaj si se ponovno poročila, ali še kot študentka medicine? Ob študiju si imela še "družbeno-politične" zadolžitve, ni ti bilo lahko skrbeti tudi za novo družino, mar ne?**

Bila sem vdova in študentka medicine, ko sem se leta 1947 poročila z inženirjem agronomije in mikrobiologom dr. Aleksandrom Konjajevim – Sašo. Bil je ruske narodnosti in potomec babice iz visoke plemiške družine ter deda, ki je bil sin tlačana. Nekoč ga je dr. Aleksandra Kornhauser na sprejemu predstavila sovjetski državni delegaciji z besedami: "Najbolj slovenski Rus in najbolj ruski Slovenec." Bil je pravi navdušenec za kulturo in nikoli mu ni bilo dovolj umetniških užitkov. Bil je poliglot, lepo je pisal pesmi v različnih jezikih in za dve mladinski knjigi o koristnih drobnoživkah v vsakdanjem življenju je dobil dve Levstikovi nagradi.

Po vrnitvi iz Beograda sem bila članica univerzitetnega študentskega odbora in kot predsednica zdravstvenega sklada sem prevzela njegovo organizacijo. V boju z razširjeno tuberkulozo smo v preventivni akciji dosegli, da so bili vsi študentje fluorografirani, brigadirji pa pregledani pred odhodom na delovne akcije, ker smo na ta način lahko izločili bolne.

Skrb za družino, zadolžitve v študentskem odboru, zahteven študij, spremljanje moža na kulturnih pohodih je bilo tudi kdaj pa kdaj zame preveč. Hudo mi je bilo, ker nisem bila dovolj z otroki, ki so me potrebovali. Petletni sinček mi je rekel, ko sem mu šivala nove hlačke: "Mama, zakaj si otroška zdravnica?! Če bi bila otroška šivilja, bi bila vedno z nami!"

**Ali si se po diplomi na MF takoj zaposlila na otroški kliniki? Kakšne spomine imaš na takratno kliniko, ko jo je vodil legendarni profesor Derč. Znano mi je, da so kadrovske težave nastale, še preden je predstojništvo prevzel Marij Avčín, saj je MF določila internista za odgovornega na kliniki, njegova sodobnika pa sta bila Lev Matajč in Branko Šalamun, vsi trije odlični pediatri.**

Po končanem študiju medicine je tedanji minister za zdravstvo dr. Marijan Ahčín odločil, da naj specializiram pediatrijo, čeprav sem si od nekdanj želela specializacijo iz porodništva. Brez opravljenega enoletnega staža me je poslal na pediatrično kliniko. Tam tedaj ni bilo več profesorja Bogdana Derča in je kliniko vodil internist profesor Ludvik Merčun. Profesorja Derča sem poznala z njegovih predavanj in vizit na otroški kliniki. Enkrat sem mu pobegnila, ko sem se noseča onesvestila na njegovi viziti in je naročil, naj me peljejo domov s staro kočijo, ki je sicer prevažala bolne otroke in mrličke v splošno bolnišnico. Po vrnitvi iz Pariza 1954 sem ga obiskala bolnega na kliniki. Ležal je v sobi, ki je bila potem do konca službovanja delovna soba kolegice Benedikove in moja. Z navdušenjem sem mu pripovedovala o vtisih iz Pariza in tudi o predavatelju, starem angleškem zdravniku, ki je spodbujal dojenje in priporočal nosečnicam, naj nosijo v nedrčku plastično polkroglo z odprtino, ki je oblikovala prsno bradavico. Profesor Derč je pripovedovanju pozorno sledil in se pri poslušanju razburil in skoraj zakričal: "Milostna, kakšna neumnost! Zakaj pa imajo ženske može?" Derč mi je bil vse življenje vzornik v svojih prizadevanjih, da bi slovenske matere dojile. S specializacijo pediatrije smo začeli sočasno Majda Benedik, Jože Jeras, Milan Šilc in jaz poleti 1949. Ob mojem prihodu na kliniko sta bila dr. Marij Avčín in dr. Ana Hawlina asistenta. Na kliniki so tedaj delali še



Zora s Cvetko, svojim prvim otrokom, iz zakona s Cvetom Močnikom Florjanom, ki je padel kot partizan na Primorskem. Fotografija je bila posneta maja 1945 v Kaštelah Gomilici (pri Splitu) v begunski bazi Slovenskega narodnega osvobodilnega sveta.

Zdenka Ivančič, Zdenka Humar, Krista Kocijančič, Lev Matajč in Frida Vudler, ki jo je pozneje v ZDA odlikoval predsednik J. Carter za njeno delo s prizadetimi otroki. Krajši čas je vodila kliniko Božena Grossman, ki je pozneje prevzela otroški oddelek na otorinolaringološki kliniki.

**Neonatologija je postala področje tvoje ožje specializacije. Ali si jo izbrala sama, ali ti jo je določil profesor Avčín, ki je šele oblikoval otroško kliniko kot sodobno otroško bolnišnico in izbral tudi vodilne sodelavce. Zanimivo bo izvedeti, kako si uspela zgraditi svoj klinični oddelek, da je postal metodološki center v naši bivši državi, da si uspešno sodelovala tudi s tujino, zlasti s Parizom. Neonatologijo si predstavljamo predvsem v ozki povezavi s porodnišnico, česar v Ljubljani ni bilo. Ali te je ta delitev ovirala pri vsakdanjem delu?**

Profesor Marij Avčín je po prevzemu predstojništva klinike vedel, da mora razviti stroko iz tedaj skromnih osnov. Spoznal je, da potrebuje veda razvejanost in ožje specialiste, ki bodo obvladali specialno vejo in jo tudi organizirali. Zato je mlade pediatrie razposlal po svetu na usposabljanje v znane svetovne centre. Dobila sem trimesečno štipendijo SZO za izobraževanje v perinatologiji v mednarodnem centru za otroke in šoli za puerikulturo v Parizu, ob kateri je bil tudi velik center za nego nedonošenčkov. Izpopolnjevanje je SZO podaljšala za staž na Fanconijeve kliniki v Zürichu.

Po vrnitvi domov sem zavrnila predlog SZO, da bi odšla v francosko Indokino in tam organizirala oskrbo nedonošenčkov. Pač pa sem po vrnitvi leta 1954 prevzela vodstvo novoustanovljenega centra za nedonošenčke, ki ga je opremil Unicef. Morala sem organizirati delo na oddelku, povezavo z vsemi porodničnicami v Sloveniji, ki so pošiljale nedonošenčke v center, in vzgojiti osebe, ki ni poznalo tedanjih naj-novejših načel oskrbe nedonošenčkov.

Strokovnjakinja SZO dr. Mary Cross se je leta 1956 seznanila s stanjem oskrbe nedonošenčkov v tedanji državi in predlagala, da prevzame ljubljanski center nalogo vsejugoslovskega demonstracijskega centra. To je bil za center velik in zahteven zalogaj, zlasti pri pedagoškem delu. Poleg trdega dela na oddelku je moralo osebje, ki za to ni bilo najgrajevano, še vzgajati zdravnike, pediatrie, porodničarje, specializante in medicinske sestre iz drugi republik, ki na primer niso imeli pojma o bolnišnični higieni. Kot vodja neonatalne službe na kliniki sem skrbela za prenos informacij in enotne doktrine med neonatologi. Tesna povezava

s porodničnicami je širila načela sodobnega varstva nedonošenčkov in novorojenčkov med porodničarji in v porodničnicah so zato v oddelkih za novorojenčke postopoma prevzeli skrb za novorojence pediatri, sprva z nekajurnim, nato s polnim delovnim časom. Tako se je tedaj rojevala pri nas perinatologija, skupna stroka neonatologov in porodničarjev.

Center za nedonošenčke je bil edina in osrednja ustanova v Sloveniji za nego nedonošenčkov. Tu se je izdelovala enotna doktrina nege in zdravljenja bolezenskih stanj nedonošenčkov ter se posredovala vsem neonatologom in porodničnicam v Sloveniji in posredno z delovanjem demonstracijskega centra tudi neonatologom v skupni državi. Posebnost je bila v tedanji državi aseptična tehnika nege, ki jo je osebje izvajalo disciplinirano. Center ni poznal navzkrižnih bakterijskih okužb in zato ni bilo treba osamiti novorojencev, ki so jih matere ob porodu okužile z zelo patogenimi klicami. Posebnost je bila tudi prehrana nedonošenčkov. Izogibali smo se kravjemu mleku in smo jih hranili z liofiliziranim ženskim mlekom v prahu, ki ga je za nas izdeloval transfuzijski zavod v Beogradu. Včasih smo to mleko v manjših količinah dodajali materinemu mleku, da smo ga obogatili. Tuji neonatologi, ki so prihajali k nam, so se čudili, ker nismo poznali nekrotičnega enterokolitisa, ki je pestil njihove centre. Redno smo nadzorovali pojav retinopatije pri nedonošenčkih, ki jih je vsak teden pregledovala okulistka dr. Karmen Dereani. Prvi smo uporabljali oksimeter, ki je nadzoroval količino kisika v izoleti in



Na plesu pred ljubljansko Unionsko dvorano s soprogo Sašom (dr. Aleksandrom Konjajevim, profesorjem na Biotehnični fakulteti v Ljubljani).

s tem odpravljali pojave retinopatij in slepote. Veliko let pozneje sem bila sodna izvedenka za primere slepote v centru za nedonošenčke v sosednji republiki. Drugi centri niso spodbujali sožitja med starši in novorojenci in so ga odklanjali zaradi neutemeljenega strahu vnosa okužb. Ob higienizaciji staršev te nevarnosti ni bilo. Nenevarni saprofiti, ki jih novorojenec dobi od staršev, so zanj celo koristni, ker ob njih uri pomanjkljivo odpornost za prihodnje srečanje s patogenimi.

Posebnost oskrbe nedonošenčkov in novorojencev je bil vsakodnevni rutinski nevrološki pregled. V Parizu sem se pri profesorju A. Thomasu naučila, kako nevrološko pregledati novorojence in ponavljanje pregleda mi je pomagalo pri oceni otrokovega stanja in bodočega razvoja. Tako sem spremljala, na primer, hudo zlateničnega novorojenca in zgodaj odkrila pretečo nevarnost možganske poškodbe ter ukrepala, čeprav laboratorijska vrednost ni govorila temu v prid. Pozneje je nevrološki nadzor prevzel razvojni nevrolog dr. Milivoj Veličkovič Perat in oddelek za razvojno nevrologijo je izvajal potrebno zdravljenje. Ogrožene ali prizadete novorojence smo skupaj nadzorovali več let. Kakovost delovanja oddelka se je prav s to dejavnostjo občutno dvignila. Opravljala sem konziliarne preglede kirurških bolnikov, dokler nisi ti, Pavle, redno prevzel – na pobudo profesorja Lavriča, pediatrično skrb na otroškem oddelku Kirurške klinike.

**Iz tvoje obsežne strokovne dejavnosti izstopajo raziskave o vlogi citomegalnega virusa v patologiji novorojenčka. Zakaj si se posvetila – tudi v doktorski nalogi – temu področju? In še nevsakdanje vprašanje: ali si bila zadovoljna z odmevom svojih raziskav, zlasti pa z učinki: z zdravljenjem in preventivo zoper to okužbo? Ali še slediš objavam o diagnostiki in epidemiologiji citomegalije, kam so usmerjene raziskave danes?**

Iskanje etioloških dejavnikov zlatenice pri novorojenčkih me je pripeljalo do razjasnitve različnih oblik znotrajmaternične okužbe plodov s citomegalovirusom (CMV). Bolezen je tedaj veljala za redko in vselej smrtno. Preiskovala sem z modificirano eksfoliativno citologijo urinskega sedimenta pri vseh zlateničnih novorojenčkih in presenečena ugotovila, da so bili številni okuženi s CMV, čeprav so imeli samo nekatere znake bolezni in tudi zlatenica pri njih ni bila huda. Preiskovala sem tudi urinski sediment njihovih mater in prva na svetu ugotovila, da tudi one izločajo celice velikanke v urinu. Pozneje je bilo to potrjeno z imunofluorescenco. Raziskave sem objavila v članku v Zdravstvenem vestniku, (leto 35, štev. 9 – 10, 1966, 269 – 275), ki je prikazal vso obsežno sliko bolezenskih znamenj znotrajmaternične okužbe s CMV pri 75 novorojenčkih. O izsledkih raziskav sem odmevno poročala v Parizu, Atenah, Pragi, Bologni, na Dunaju in na številnih domačih kongresih. Nekatere ugotovitve so bile presenetljive. Da okužba povzroča znaten imunski primanjkljaj pri boleznih, da je CMV najpogostejši povzročitelj neonatalnega hepatitisa in neonatalne ciroze; da so številne prirojene hibe, na primer mikrencefalija, atrezija črevesja, atrezije in ciste žolčnih in pankreatičnih vodov posledice vnetnega procesa in ne genskih sprememb. Odziv doma je bila nejevera: "Konjajeva sliši travo rasti." Tudi virologi so se zaradi istih razlogov otepali sodelovanja. Raziskovalna skupnost je nalogo odklonila, češ da obravnava salonsko vprašanje. Vrednost mojih raziskav je bila omejena, ker ni bilo potrditve z osamitvijo virusa. Raziskave na domačih tleh, ki bi bile potrjene tudi z osamitvijo virusa, bi bile sijajna promocija slovenske neonatologije in virologije. Za vselej zamujena priložnost. O izsledkih, ugotovljenih z eksfoliativno citologijo, sem poročala na kongresu v Sankt Gallenu, kjer so se zbrali virologi z vsega sveta. Izsledki so bili tako prepričljivi, da je prišlo do ene največjih raziskav o devetih povzročiteljih znotrajmaterničnih okužb plodov s skupnim delom mikrobiološkega inštituta v Sankt Gallenu in profesorja U. Krecha ter Mirka Junga s sredstvi švicarskih

raziskovalnih skladov.

Klinične, serološke, imunске, virološke in patomorfološke preiskave so potrdile opazovanja, da je okužba s CMV najpogostejša znotrajmaternična okužba v našem prostoru. Skupna objava v tujem slovstvu o materi, ki je znova v drugi nosečnosti okužila plod, je bilo drugo opazovanje na svetu. Sama sem ugotovila osem podobnih primerov, ki pa niso bili dokazani z osamitvijo virusov, ker preiskava tedaj ni bila narejena. Leta 1971 so U. Krech, M. Jung in F. Jung izdali knjigo *Cytomegalovirus Infectons of Man*, ki so jo opremili s fotografijami iz našega neonatalnega oddelka (označeno Courtesy of Z. Konjajev). Izsledke lastnih, skupnih raziskav in psihometrije otrok sem zagovarjala 1974 v doktorski disertaciji. Napisala sem 20 člankov o CMV v domačem slovstvu in šest v tujem. Preprečevanje širjenja CMV, ki se izloča v vseh telesnih sokovih in se prenaša tudi spolno, je temeljito umivanje rok. Zdravljenja okužbe novorojencev ni, spremljajočo okužbo CMV pri aidsu pa zdravijo danes z ganciclovrom.

Med prvimi pri nas si dojela pomen ustreznih higienskih ukrepov za preprečevanje bolnišničnih okužb. Spominjam se odličnega predavanja ženevskega epidemiologa Ducela, ki je prišel v Ljubljano na tvojo pobudo. Bila si prva predsednica higienske komisije KC, obenem ko sem jaz oblikoval in vodil komisijo za racionalno uporabo antibiotikov. V času, ko sem opravljal naloge medicinskega direktorja KC, sem začrtal naloge higiensko-epidemiološke službe KC: zaposlena je bila stalna epidemiologinja, na "otroški kirurgiji" prva stalna higieničarka. Danes si ne predstavljamo več uspešnega boja zoper hišne okužbe, zlasti s klicami, odpornimi na antibiotike, brez sistematskih ukrepov in ustrezno šolanega osebja. Kakšen odmev so imela tvoja opozorila na otroški kliniki?

V Parizu sem 1953 pridobila osnovno znanje o preprečevanju navzkrižnih okužb na oddelku za nedonošenčke z doslednim umivanjem rok in o aseptični tehniki nege. Da se je moje znanje pozneje še poglobilo, je res "kriv" prijatelj George Ducel, ki je bil priznan evropski bolnišnični higienik. Ob vrnitvi domov je bilo stanje na kliniki dokaj žalostno, zlasti ob obsežni epidemiji na oddelku za dojenčke in otroke s *Salmonello* Oranienburgi in ga je opisal profesor Mirko Bedjanič, ki je bil član preiskovalne komisije, z besedami: "Nekje na Švedskem v srednjem veku." Znanje o bolnišnični higieni sem leta in leta posredovala zdravstvenemu osebju na kliniki, pa se razen pri posameznikih ni prijelo. Več uspeha sem imela na neonatalnih oddelkih v slovenskih porodnišnicah in pri "plastičnem" kirurgu profesorju Mirku Dergancu, ki je v Ljubljani organiziral zdravljenje opeklin. Zdi se mi, da še danes ni med zdravniki (ne samo pediatri) pravega navdušenja za tako neugleden in preprost, a zelo učinkovit način preprečevanja okužb, kot je bilo nekoč umivanje, zdaj pa razkuževanje rok. O tem priča anekdota iz začetnih časov mojih prizadevanj.

*Med dežurstvom je vodilni pediater na kliniki\* vstopil v bolniško sobo na našem oddelku z neumitimi rokami. Medicinska sestra ga je pred pregledom na to opozorila. Zaleglo je. Umil si je roke in ji jezen zabrusil, če morda zahteva, da bi si preoblekel tudi »gate«. Odgovor je bil izstreljen kot iz topa: "To bi bilo tudi primerno." Pozneje se je stanje na kliniki izboljšalo, zlasti pod vodstvom glavne sestre Alenke Vračko, ki je imela veliko znanja o bolnišnični higieni.*

Na centru za nedonošenčke in pozneje na Oddelku za bolne novorojence sem delala z odlično in zanesljivo ekipo sester, ki jih je vodila in vzgojila sestra Ema Oblak, ki je bila nekoč negovalka lichtensteinskih knežjih otrok. Ko so zgradili KC, se je oblikovala služba zoper bolnišnične okužbe. Zlasti dr. Meta Derganc ima zasluge, da so v Centru za intenzivno terapijo otrok uvedli nove ukrepe zoper bolnišnične okužbe hudo bolnih otrok. Ta center je vabil tuje strokovnjake in organiziral



Profesorica Zora Konjajev preiskuje nedonošenčka v inkubatorju.

številne posvete, tudi o tej temi.

Še en ukrep je zaznamoval tvoje vodenje oddelka za novorojence. Spodbujala si sožitje mamice z otrokom, tudi ko je bil še v inkubatorju, široko si odprla vrata tudi očetom, in to v času, ko je bila klinika skoraj "hermetično" zaprta za vsakega obiskovalca (razen za redke "privilegirane" izjeme). Jaz sem to gibanje imenoval "humanizacija hospitalizacije" in sem na "otroški kirurgiji" med prvimi, ne le v Jugoslaviji, temveč v vsej Evropi, spodbujal starše, še v stari stavbi iz Franc-Jozefovih časov, da so ob otroku dan in noč. In oba sva doživela v teh dneh enako usodo, da v zborniku, ki ga je tiskalo sedanje vodstvo Pediatrične klinike o otroku v bolnišnici, nisva omenjena. (V eni od zadnjih števil revije *Isis* (7/2004) je primarij dr. Anica Kos ustrezno ocenila nemoralnost kolegov, ki za lastno uveljavitev zamolčijo dejanske pionirje).

Pri spodbujanju sožitja staršev z nedonošenčkom ali novorojencem je sodelovala celotna ekipa oddelka in veliko posluha prav za to dejavnost je imela moja sodelavka dr. Maridi Erjavec. Informacije o otrokovem stanju in obiski so bili dovoljeni preko celega dneva. S tem smo se izognili vstopu večjega števila ljudi naenkrat, kar bi otežilo naš nadzor nad njihovo higienizacijo. Potreben je bil tudi nadzor nad starši, ko so se dotikali in ljubkovali nedonošenčke v izoleti ali hranili in pestovali novorojence. S tem smo preprečevali čustveno deprivacijo staršev, ki





Predavateljica na Derčevih dnevih junija 1977.

pri prepovedanih obiskih ne morejo razviti pristnih čustvenih odnosov pri zelo majhnih nedonošenčkih, ki ležijo zelo dolgo v izoleti, kar pozneje otežuje sožitje staršev z otrokom. Dobra stran odprtega oddelka je bila tudi ta (nekateri zdravstveni delavci se bojijo prav tega), da so se starši sami prepričali, kaj in kako delamo in da se za zdravje otrok resnično trudimo. Vse to je vodilo do zelo dobrih odnosov staršev in medicinskega osebja in tudi ob visoki smrtnosti hudo bolnih nedonošenčkov in novorojencev starši niso nikoli naprtili krivde za izgubo otroka zdravstvenemu osebju. Z nekaterimi od njih imam še po dolgih letih prave prijateljske odnose.

Vprašuješ me tudi, kako sem doživljala prebiranje zbornika, ki je bil posvečen tej temi.

Ob zborniku ob 50. obletnici delovanja pediatrične klinike bi se omejila na prvi zgodovinski članek, v katerem pogrešam resnični in popolni prikaz razvoja pediatrične stroke od skromnih povojnih začetkov do zavidljivega današnjega stanja. Pisanje zgodovinskih člankov je odgovorno. Zanamci praviloma ne bodo posegali po zastarelih strokovnih člankih, zgodovinski članki pa bodo imeli tudi v prihodnosti veljavo vira pristnih informacij. Obžalujem, da avtor ni izkoristil védenja še živečih nekdanjih sodelavcev klinike, ki dobro poznajo pot strokovnega razvoja od začetkov naprej. Nista bila samo dva človeka motorja razvoja, k sreči jih je bilo kar nekaj, ki so sodelovali v utemeljitvi in razcvetu bogato razvejane pediatrične stroke, ki nam je danes vsem v ponos.

**Leta 2001 sem te predlagal za državno odlikovanje. Bil sem, seveda, zelo zadovoljen, ko ti ga je osebno izročil predsednik Milan Kučan. Katera javna priznanja, ki si jih prejela v svojem življenju, so te še posebej razveselila?**

Priznanj in odlikovanj za moje delo ni ravno na pretek. Najbolj sem se razveselila Derčevega priznanja, ki bi mi ga prav gotovo on privoščil, ker sem se trudila ohraniti njegova prizadevanja za spodbujanje dojenja. Doktrini izpred desetletij, da ima žensko mleko premalo beljakovin za pravi razvoj otroka, nisem verjela. Kje bi bilo človeštvo, če bi bilo to res. Zavračala sem tudi prehranjevanje majhnih dojenčkov s kravjim mlekom, obogatenim z jajčnim rumenjkom. Kar ponosna sem na dve priznanji za uvajanje bolnišnične higiene v kliničnem centru in na oddelkih za novorojenčke v slovenskih porodnišnicah.

Pri visokem državnem odlikovanju me je veselilo, da ste bili vsi predlagatelji, ti, Pavle, kot prvi predlagatelj, ob Pediatrični kliniki, Združenju pediatrov in sekciji za partizansko zdravstvo SZD, enotni, da si ga zaslužim. Tudi častno članstvo Slovenskega zdravniškega društva in red

dela z zlatim vencem nista kar tako.

So pa tudi kolajne, ki si jih ne moreš obesiti in jih razkazovati. To so zdravi in uspešni ljudje, ki si jih srečujem in so bili nekoč hudo bolni novorojenčki. Ponosna sem na nedonošenčke z zelo nizko porodno težo, ki dosegajo danes najvišje nazive za intelektualne stvaritve in dokazujejo, da imajo tudi nedonošenčki dovolj sivih celic.

**Sedaj si, draga in spoštovana kolegica Zora, že 23 let v pokoju, vendar še vedno duševno enako čila in dejavna kakor v mlajših letih. Znan je tvoj prispevek k biografiji akademika profesorja Franca Novaka, našega vodilnega ginekologa in partizanskega kirurga, s tiskano knjigo. Sodelovala si v zbornikih o partizanski saniteti in o usodi otrok staršev, ki so bili med vojno v ilegali. Oglašal se še vedno v medicinskih časopisih in redno sodeluješ na strokovnih srečanjih pediatrov, tako kakor je bila navajena naša generacija (česar ni moč trditi za današnje vodilne bolnišnične pediatre!) Pač, živeli smo v obdobju, ko glavno gonilo za društveno dejavnost večine ni bilo pridobivanje "točk" za napredovanje ... Sicer, značilno je za starejše, odhajajoče generacije, da z nostalgijo povečujejo pridobitve "svoje-ga časa". Kako pa bi ti ocenila spremembe zdravstvene politike na Slovenskem, ki smo jim priča; kako jih ti doživljaš?**

Duševna lenoba je največja nevarnost za starega človeka. Zaenkrat pri sebi ne opažam bistvenih sprememb in znatnega upadanja delovanja organa pod lobanjskim svodom. Še vedno me vse zanima: življenje okoli mene, v naši deželi in v širnem svetu. Veliko berem najrazličnejše vrsti, čeprav so mi pri srcu ruski klasiki, po katerih rada segam, utrujena od sodobnega romana. Zlasti cenim in dovolj dobro poznam Čehova, ki se je znal prikristi bolj kakor drugi v žensko srce in raziskovati njegove dobre ter slabe strani.

Res se pridno udeležujem strokovnih sestankov različnih sekcij zdravniškega društva. Na plečih nosim pezo spominov in izkušenj začetnih časov strokovnega delovanja in me večkrat misli zapeljejo v tragikomično primerjavo med današnjimi možnostmi diagnostike in zdravljenja, ko so na voljo naj sodobnejša sredstva in tedanjimi – na začetku. Mi, pionirji v stroki, smo prisluskovali, pritrkavali, tipali, opazovali, poslušali in včasih ovohavali bolničke, ali dišijo po jabolkah ali zemlji, da smo končno prišli do prave diagnoze. In ob vsem tem nismo niti slabo delali! Tako se je pletel med bolnikom in zdravnikom tesen stik. Ob vseh današnjih tehničnih pripomočkih zdravnik izgublja stik



Državno odlikovanje za leto 2001 ji izroča predsednik Republike Milan Kučan. (foto: S. Živulović/Bobo)

z bolnikom: mehanizacija je izpodrinila humanizacijo.

Spremembe v zdravstveni politiki spremljam z velikim začudenjem. Narod, ki mu grozi, da bo izumrl v stoletju ali dveh, nima varstva mater in otrok na prvem mestu nacionalne prednostne liste! Prvenstvena skrb za mater in otroka je po 2. svetovni vojni omogočila gradnjo porodnišnic, otroških oddelkov in številnih otroških dispanzerjev, čeprav je bila Slovenija razrušena, siromašna in nerazvita in je zaostajala v napredku. Kažejo se znamenja, da se utegne sesuti ta imenitna, v desetletjih zgrajena stavba, kar bo ogrozilo zdravje mater in otrok, najboljčutljivejšega dela populacije. Pred več kot tremi desetletji sem po resnem preudarku na osnovi izsledkov komisije za razvoj pediatrije posredovala strokovnemu kolegiju pediatrične klinike zahtevo o gradnji nove stavbe. Politični sistem se je zamenjal, desne in leve vlade si podajajo štafetno palico, a nova klinika še ni zgrajena, čeprav stara otroška klinika že zdavnaj poka po šivih. Ali lahko upam, da bom živa prestopila prag nove?

**Živiš že precej let sama v velikem stanovanju. Skrbiš za gospodinjstvo, celo za počitniško hišo na morju. Nisi nikoli tarnala, da si bila operirana zaradi rakave bolezni, na srečo uspešno, saj si danes zdrava. Sva oba v letih, ko nekateri obupujejo nad usodo, se pesimistično odzivajo tudi nad radosti, ki jih ponuja življenje. Kako doživljaš svoje "tretje življenjsko obdobje", ali se kdaj zbujáš, te tlačí mora pred prihodnostjo? V pogovorih s teboj sem skoraj prepričan, da racionalno ocenjuješ svoj vsakdan in da ti je malodušje tuje.**

Trudim se na vse kriplje, da me ne bi obsedli depresija, občutek osamljenosti in malodušje, tako značilni za stare ljudi. Sicer pa človek po preboleli rakavi bolezni ceni življenje drugače kakor prej in se veseli vsakega dne, ki ga preživi. Nočne more dobro poznam in so me tlačile

še dolgo po končani vojni. V spanju sem podoživljala moževo smrt pod fašističnimi kroglami ali neznosno vzdušje v okupirani Ljubljani. Padlemu možu sem ob njegovi devetdesetletnici rojstva spesnila pesem *Nočna mora*. Nekaterim se zdi strašna. Zaradi prihodnosti me mora ne tlačí: pravijo, da se človeško življenje nadaljuje v potomcih. Če je temu tako in bo samo mrvice mene v vsakem od šestih vnukov in petih pravnukov in še jih bo kaj, bo to vse skupaj kar zajeten delež mene. Ne skrbi me, kako bom živela, če bom betežna, saj v nekem domu za ostarele že leži prošnja za sprejem.

Morda pa se niti ne zavedam, da se v življenju ravnam po filozofu, pesniku in satiriku Ivanu Robu, ki so ga med vojno domobranci zajeli in Italijani ustrelili, ker je širil kulturo med borci Cankarjeve brigade. V spominsko knjigo mi je namreč dvanajstletni deklici napisal:

*"Dekle prepevaj v durih vseh  
in žela boš vseobči smeh,  
a če srce ti stiska bol,  
ne presedlaj na tužni mol."*

**Draga Zora: zahvaljujem se za intervju. Opravi sem ga z zadovoljstvom. Upam, da ga urednica Izide ne bo ocenila za predolgega. Marsičesa iz tvojega bogatega in pestrega osebnega in strokovnega življenja ni bilo mogoče zajeti v tej kroniki. Naj bo ta pomanjkljivost spodbuda, da se boš morda lotila pisanja avtobiografije.** ■

*Opomba:*

\* To ni bil profesor Avčin (pripomba P. K.).

# Razpis specializacij s področja dentalne medicine 2. 11. 2005

## Praktični napotki ob prijavi na razpis specializacij ♦

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja drugi razpis specializacij s področja dentalne medicine v letu 2005, ki poteka na nov, spremenjen način, tako glede izbirnega postopka kot glede zaposlovanja tekom usposabljanja. Da bi vse potekalo nemoteno, vas želimo vnaprej obvestiti o poteku dogodkov, ki jih lahko pričakujete od prijave do izdaje odločbe.

Predvsem vam svetujemo, da si natančno preberete Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05)!

### 1. Prijava na razpis

Na razpis se prijavite z izpolnitvijo obrazca »Prijava na javni razpis specializacij«. Posebej bodite pozorni na rok za oddajo prijave (1. december 2005) in navodilo, da prijavo pošljete IZKLJUČNO priporočeno po pošti z oznako »NE ODPIRAJ – ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ«.

V kolikor na ovojnici ni jasne oznake "Ne odpiraj - Za javni razpis specializacij," se šteje, da vloga sploh ni bila vložena.

### 2. Odpiranje vlog

Odpiranje vlog bo javno, kar pomeni, da mu lahko prisostvuje vsaka oseba, ki je kandidirala na razpisu. Pričelo se bo 7. 12. 2005 ob 10. uri v sejni sobi Zdravniške zbornice Slovenije, Dalmatinova 10. Ob odpiranju vlog bodo komisije za odpiranje vlog preverile, ali je vloga prispela pravočasno, ali jo je podala upravičena oseba in ali je popolna. Kandidate, ki bodo poslali nepopolno vlogo, bomo po telefonu pozvali, naj v treh dneh vlogo dopolnijo. Zato vas prosimo, da na obrazec »Prijava za razpis« vpišete telefonsko številko, na kateri boste dosegljivi. Vloge, ki v predpisanem roku ne bodo dopolnjene, bodo zavržene.

### 3. Preusmerjanje

Po odprtju vlog boste na Zbornici (od 8. do 12. decembra 2005) lahko pridobili podatke o številu prijavljenih kandidatov za posamezna specializantska mesta. V tem času boste lahko svojo vlogo tudi prenesli na drugo razpisano mesto – bodisi na isto specializacijo v drugi regiji bodisi na drugo specializacijo.

### 4. Izbirni postopek

Decembra bomo prijavljene kandidate s priporočeno pošto vabili na osebne razgovore, ki so del izbirnega postopka. Zato vas prosimo, da ob prijavi na razpis na vlogo vpišete naslov, kjer boste lahko prevzeli priporočeno pošiljko. Razgovori bodo potekali od 5. januarja do predvidoma 17. januarja 2006 v popoldanskem času na Zdravniški zbornici Slovenije. V primeru, da se razgovora ne boste udeležili in svojega izostanka ne boste opravičili vsaj dva dneva prej, bomo vašo vlogo ocenili le po preostalih treh kriterijih.

### 5. Izbor kandidatov

Izbirna komisija, kot jo določa Pravilnik o specializacijah, bo vsakega kandidata ocenila po štirih kriterijih, ki so opisani v omenjenem pravilniku. Izbirna merila in ustrezna dokazila zanje so (glejte tudi izbirne kriterije, ki so sestavni del tega razpisa):

1. Povprečna ocena dodiplomskega študija: Za dokazilo o povprečni oceni dodiplomskega študija potrebno je predložiti originalno potrdilo o povprečni oceni, ki ga izda Medicinska fakulteta v Ljubljani. V kolikor je kandidat diplomiral na medicinski fakulteti v tujini, je potrebno predložiti overjen prevod potrdila o povprečni oceni in potrdilo te medicinske fakultete o razponu pozitivnih ocen (se pravi, katere ocene se na tej fakulteti štejejo za pozitivne; npr. v RS so to ocene od vključno 6 do 10).
2. Mnenja dosedanjih mentorjev in priporočila kandidata: 1 mnenje ali priporočilo. Tu priložite »mnenje oziroma priporočilo katedre s področja specializacije, za katerega se boste prijavi ali mnenje oziroma priporočilo specialista s področja specializacije in regije, za katero se boste prijavi. Mnenje ali priporočilo mora biti opisno (napisano).
3. Kandidatovi dosedanji dosežki in reference: Vsa potrdila o dosežkih je potrebno predložiti v izvorniku ali ustrezno overjeni kopiji. Sem sodijo nagrade, priznanja, sodelovanja v projektih in podobno. Za dokazilo »objave članka« je potrebno predložiti vsaj kopijo prve strani (oziroma naslov, izdajatelja in navedbo avtorjev). Kot dokazilo o aktivni udeležbi na medicinskih seminarjih, kongresih, delavnicah, tečajih mora kandidat obvezno priložiti program srečanja (medicinskega seminarja, kongresa, delavnice, tečaja), iz katerega je razvidna njegova aktivna udeležba, izvleček iz zbornika srečanja ali potrdilo o aktivni udeležbi. Za dokazilo o pasivnih udeležbah na medicinskih seminarjih, kongresih, delavnicah, tečajih, je potrebno priložiti izvorno potrdilo o udeležbi oziroma ustrezno overjeno kopijo; kandidatove evidence kreditnih točk za udeležbe na SPI, ki jih Zbornici pošiljajo organizatorji srečanj, ne zadoščajo.
4. Osebni pogovor: Zaradi velikega števila razgovorov, ki jih moramo opraviti v čim krajšem času, vas prosimo, da na razgovore prihajate točno ob uri, ki bo zapisana v vabilu. Če boste na razgovor zamudili, boste prišli na vrsto za ostalimi kandidati, ki bodo prišli točno. Vse izvornike lahko pred oddajo vloge overite tudi na Zbornici! Predlagamo, da jasno označite, katera dokazila naj se ocenjujejo pri posameznemu kriteriju, v nasprotnem primeru bo o tem presodila izbirna komisija. Po opravljenih razgovorih in ovrednotenju ostalih izbirnih kriterijev, bo uradna oseba predlagala predsedniku Zbornice odobritev za tiste kandidate, ki so pri posamezni razpisani specializaciji/upravni zadevi dosegli največje število točk.

### 6. Posredovanje informacij

Zbornica po telefonu ne posreduje informacij glede izbirnega postopka (ocenjevanje dokazil, izbor kandidatov).

### 7. Izdaja odločbe

V skladu z Zakonom o splošnem upravnem postopku prejmejo eno

odločbo vsi kandidati, ki so se prijavi na razpis za eno specializacijo v eni regiji. Pritožbo na odločbo je možno vložiti v roku 15 dni po prejemu odločbe na Zdravniško zbornico Slovenije. O njej odloča Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Odločba o specializaciji vsebuje osebne podatke vseh kandidatov, izdana pa je izključno z namenom odločitve v upravni zadevi odobritve specializacije.

V skladu z navedenim opozarjamo, da lahko kandidati omenjeno odločbo in v njej vsebovane osebne podatke uporabijo izključno za namen, za katerega so jim bili posredovani. V kolikor bi z vsebino navedene odločbe oziroma osebnimi podatki v njej seznanili osebe, ki niso bile stranke v tem postopku oziroma niso njihovi pravni svetovalci, bi s tem kršili določila Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/04).

#### 8. Izdaja sklepa o začetku opravljanja specializacije

Ko postane odločba pravno močna po preteku 15 dni, ko so jo pre-

jeli vsi kandidati oziroma odkar jo je prejel zadnji kandidat, pa ni bila vložena pritožba, oziroma potem, ko so končani morebitni pritožbeni postopki, izda Zbornica posameznemu kandidatu, ki mu je bila specializacija odobrena, sklep, v katerem se določi datum začetka opravljanja specializacije in glavni mentor.

#### 9. Priprava individualnega programa kroženja

Individualni program opravljanja specializacije specializantu pripravi glavni mentor (v sodelovanju s specializantom) in ga predlaga Zbornici. Zbornica preveri zasedenost specializantskih delovnih mest in specializantu pripravi potek specializacije.

#### 10. Kroženje v pooblaščenih ustanovah

Specializanti so zaposleni pri pooblaščenih zdravstvenih zavodih in zasebnih ordinacijah na specializantskih delovnih mestih skladno s programom specializacije. ■

Pripravili: Staša Favai in Ika Krevzel



Zdravniška zbornica Slovenije na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 36/04-prečiščeno besedilo) ter na podlagi prvega odstavka 11. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05)

objavlja

# JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ

za specialistična področja dentalne medicine  
za potrebe javne zdravstvene mreže

## I. Vrste, število specializacij in regije: TABELA ◆

	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroškem	Razpis SKUPAJ
1. Otroško in preventivno zobozdravstvo	1										1
2. Parodontologija						1					1
3. Stomatološka protetika						1			1		2
Skupaj	1					2			1		4

## II. Pogoji za prijavo na razpis ◆

Prijava na razpis (v nadaljevanju: vloga) mora vsebovati:

1. dokazilo o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji, potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete ali odločbo o priznanju izobraževanja in enakovrednosti tujega naslova slovenskim strokovnim naslovom dr. med in dr. dent. med;\*
2. dokazilo o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji;\*

\* Kandidati ali kandidatke iz držav članic Evropske unije namesto dokazil iz 1. in 2. točke vlogi priložijo odločbo o priznanju kvalifikacij za opravljanje poklica v Republiki Sloveniji, pridobljeno v postopku za priznavanje kvalifikacij po posebnem zakonu.

3. izjavo, da bo po končani specializaciji za prvo zaposlitev kot specialist, sprejel ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v regiji, za katero kandidira, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije; če ponudbe iz regije ne prejme, je dolžan biti zaposlen v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije;

Prijava na razpis (vloga) in izjava iz 3. točke sta prilogi tega razpisa. V svoji vlogi lahko kandidat navede glavnega mentorja, pri katerem želi opravljati specializacijo. Kandidat se lahko na enem razpisu prijavi le na eno upravno zadevo (ena specializacija v eni regiji).

Na razpis se lahko prijavijo le kandidati, ki še nimajo odločbe za

specializacijo in regijo, na katero se prijavljajo.

### III. Dokazila za ocenjevanje izbirnih meril ♦

Vlogi lahko priložite tudi dokazila za ocenjevanje izbirnih meril, ki niso obvezna priloga k vlogi in se vloga brez njih ne šteje za nepopolno, zato Zbornica od kandidatov NE BO ZAHTEVALA dopolnitve vloge. V kolikor pa kandidat vlogi katerega izmed omenjenih dokazil ne bo priložil, bo pri tem izbirnem merilu prejel 0 točk! Vsa dokazila morajo biti predložena v izvorniku ali ustrezno overjeni kopiji. NAVADNIH (NEOVERJENIH) KOPIJ NE BOMO UPOŠTEVALI IN BOMO ŠTELI, KOT DA TA DOKAZILA NISO BILA VLOŽENA!

Za potrebe tega javnega razpisa velja kopija, če je overjena s strani delodajalca kandidata, Zdravniške zbornice Slovenije ali notarja.

Za dokazilo o povprečni oceni dodiplomskega študija je potrebno predložiti originalno potrdilo o povprečni oceni, ki ga izda Medicinska fakulteta v Ljubljani. V kolikor je kandidat diplomiral na medicinski fakulteti v tujini, je potrebno predložiti overjen prevod potrdila o povprečni oceni in potrdilo te medicinske fakultete o razponu pozitivnih ocen (se pravi, katere ocene se na tej fakulteti štejejo za pozitivne; npr. v RS so to ocene od vključno 6 do 10).

Če so kandidati katera od zgoraj navedenih dokazil že predložili Zdravniški zbornici Slovenije (npr. v postopku za pridobitev licence, ob prejšnji prijavi na javni razpis specializacij), jim jih ni potrebno prilagati ponovno. V svoji vlogi morajo navesti, katera dokazila so že predložili in kje. Zbornica bo v izbirnem postopku upoštevala izključno in samo tista dokazila, ki bodo priložena vlogi oziroma bo v vlogi navedeno, da kandidat izrecno želi, da se upoštevajo.

### IV. Merila za izbiro ♦

Izbirni postopek za vse ustrezne vloge opravi Zbornica.

Izbirna merila, sorazmerni delež možnega števila doseženih točk in načini vrednotenja so:

#### 1. Izbirno merilo: povprečna ocena dodiplomskega študija (največje število točk: 30)

- povprečna ocena od 6,00 do 6,99: 1 točka
- povprečna ocena od 7,00 do 7,49: 4 točke
- povprečna ocena od 7,50 do 7,74: 8 točk
- povprečna ocena od 7,75 do 7,99: 12 točk
- povprečna ocena od 8,00 do 8,49: 16 točk
- povprečna ocena od 8,50 do 8,99: 20 točk
- povprečna ocena od 9,00 do 9,49: 25 točk
- povprečna ocena od 9,50 do 10,00: 30 točk.

#### 2. Izbirno merilo: mnenja dosedanjih mentorjev in priporočila kandidata (največje število točk: 20)

A.	Mnenje oziroma priporočilo katedre s področja specializacije, za katerega so se kandidati prijavi ali mnenje oziroma priporočilo specialista s področja specializacije in regije, za katero so se kandidati prijavi, ki vsebinsko izkazuje nadpovprečne (odlične) strokovne in osebne kvalitete kandidata ter podrobno opisuje poznavanje kandidata.	20 točk
----	--	---------

B.	Mnenje oziroma priporočilo katedre s področja specializacije, za katerega so se kandidati prijavi ali mnenje oziroma priporočilo specialista s področja specializacije in regije, za katero so se kandidati prijavi, ki vsebinsko izkazuje dobre strokovne in osebne kvalitete kandidata ter podrobno opisuje poznavanje kandidata.	10 točk
C.	Mnenje oziroma priporočilo katedre s področja specializacije, za katerega so se kandidati prijavi ali mnenje oziroma priporočilo specialista s področja specializacije in regije, za katero so se kandidati prijavi, ki vsebinsko izkazuje zadovoljive strokovne in osebne kvalitete kandidata ter podrobno opisuje poznavanje kandidata.	5 točk

Opomba: Ocenjuje se samo eno priporočilo oziroma mnenje.

#### 3. Izbirno merilo: dosedanja dosežki in reference (največje število točk: 30)

a)	udeležba na večdnevni podiplomski šoli in/ali učni delavnici **	2 točki
b)	aktivna udeležba na sestankih domačega strokovnega združenja (Slovenskega zdravniškega društva, SDO, ZMOKS, DZDS, Slovenskega ortodontskega društva) in/ali na strokovnih seminarjih medicinske fakultete, Kliničnega centra in sicer s področja dentalne medicine in/ ali aktivna udeležba na sestankih tujega strokovnega združenja s področja dentalne medicine*, #	4 točke
c)	pasivna udeležba na sestankih domačega strokovnega združenja (Slovenskega zdravniškega društva, SDO, ZMOKS, DZDS, Slovenskega ortodontskega društva) in/ali na strokovnih seminarjih medicinske fakultete, Kliničnega centra, in sicer s področja dentalne medicine in/ ali aktivna udeležba na sestankih tujega strokovnega združenja s področja dentalne medicine**	0,5 točke
d)	objava članka v strokovni reviji *	6 točk
e)	objava strokovnega članka v poljudni reviji *	2 točki
f)	Prešernova nagrada*	10 točk
g)	Prešernovo priznanje*	6 točk
h)	podiplomski študij javnega zobozdravstva	8 točk
i)	podiplomski študij otroškega in preventivnega zobozdravstva	8 točk
j)	dokončan magistrski študij	10 točk
k)	dokončan doktorski študij	15 točk
aa)	nagrade z rep. tekmovanj, ki nimajo neposredne zveze z medicino (kemija, logika, fizika; Vegova, razvedrilna matematika, tuji jeziki – srednja šola), različna občinska priznanja, prvo mesto na sprejemnih izpitih na MF, seminar Šola za mladinske animatorje (in podobno), diploma Teološko-pastoralne šole (in podobno), glasbena šola/udejstvovanje, športni dosežki na državni ali mednarodni ravni, licenca za sodnika na domačih/mednarodnih športnih prireditvah, licenca za športnega pilota/potapljača VSE	0 točk

\*Če je avtorjev prispevka, posterja, predavanja, članka ali članov uredništva več, se število točk deli s številom avtorjev; avtorju, ki je naveden na prvem mestu, se število točk množi z 2.

# Kot dokazilo o aktivni udeležbi mora kandidat obvezno priložiti program srečanja (medicinskega seminarja, kongresa, delavnice, tečaja), iz katerega je razvidna njegova aktivna udeležba; izvleček iz zbornika srečanja in ostala podobna potrdila za dokazovanje kandidatove aktivne udeležbe ne zadoščajo!

\*\* za dokazilo o udeležbi na medicinskem seminarju, kongresu, delavnici, tečaju, je potrebno priložiti originalno potrdilo o udeležbi; kandidatove evidence kreditnih točk za udeležbe na SPI, ki jih Zbornici pošiljajo organizatorji srečanj, ne zadoščajo.

#### 4. Izbirno merilo: osebni pogovor s kandidatom: po presoji izbirne komisije (največje število točk: 20)

Uradna oseba bo predlagala predsedniku Zbornice odobritev specializacije za tiste kandidate, ki bodo pri posamezni specializaciji/upravni zadevi dosegli največje število točk ter za toliko kandidatov, kolikor je bilo pri posamezni specializaciji razpisanih specializantskih mest.

## V. Roki in način oddaje vloge ♦

Pisne vloge z oznako »NE ODPIRAJ! – ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ« in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, do 01. 12. 2005 (razpisni rok).

Vloga se pošlje IZKLJUČNO priporočeno po pošti na naslov Zbornice. Na kuverti mora biti jasna oznaka: »NE ODPIRAJ! – ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ«.

Če na ovojnici ni jasne oznake "Ne odpiraj – Za javni razpis specializacij," se šteje, da vloga sploh ni bila vložena.

Vloga je pravočasna, če je oddana priporočeno na pošto zadnji dan razpisnega roka.

Vloga je popolna, če vsebuje vse sestavine, ki so zahtevane v tem razpisu. Izpolnjevanje pogojev se ugotavlja na osnovi obveznih dokazil.

Po poteku razpisnega roka komisija za odpiranje vlog hkrati odpre vse vloge, ki so prispele do tedaj (datum odpiranja: 7. 12. 2005 ob 10. uri).

Odpiranju vlog sme prisostvovati vsakdo, ki kandidira na razpisu. Če komisija za odpiranje vlog ugotovi, da manjka katero izmed obveznih dokazil in je potrebno vlogo dopolniti, ker ne vsebuje vseh zahtevanih podatkov, obvesti kandidata o pomanjkljivostih, in zahteva, da jih odpravi v roku treh dni in ga opozori na posledice, če jih ne bo pravočasno odpravil. Če pomanjkljivosti niso odpravljene, se vloga s sklepom zavrže. Če kandidat ne predloži katerega izmed dokazil za ocenjevanje izbirnih meril, bo pri tem izbirnem merilu prejel nič točk.

Dokazila za ocenjevanje izbirnih meril lahko, kot dopolnitev vloge, kandidati pošiljajo izključno priporočeno po pošti na naslov Zbornice, najpozneje do izteka razpisnega roka, to je do 01. 12. 2005. Dokazil, oddanih na pošto po tem datumu, Zbornica ne bo upoštevala, ne glede na to ali je kandidat v vlogi navedel, da jih bo priložil pozneje.

V postopku za odobritev specializacij se obravnavajo vloge, ki vsebujejo vse z razpisom zahtevane podatke in dokazila ter prispejo na Zbornico v predpisanem roku.

Podatki o številu prijavljenih kandidatov za posamezno razpisano mesto bodo na voljo pri Zdravniški zbornici Slovenije od 8. 12. 2005 dalje.

Kandidati, ki se bodo v predpisanem roku prijavi na razpis, vendar se bodo želeli preusmeriti, lahko prenesejo svojo prijavo za katerokoli drugo razpisano specializacijo od 8.12.2005 do 12. 12. 2005.

Prenos prijave je možen z izpolnitvijo obrazca »Prenos vloge za odobritev specializacije«, ki ga lahko dobite na Zbornici ali njenih spletnih straneh (<http://www.zzs-mcs.si>). Šteje se, da je vloga za preusmeritev oddana v roku, če je oddana priporočeno po pošti ali poslana po faksu 01 3072 169 do vključno 12. 12. 2005.

## VI. Rok, v katerem bo Zbornica odločila o vlogah ♦

Izbirni postopek za vse prijavljene kandidate opravi Zbornica, ki odloči o vlogi v dveh mesecih po preteku razpisnega roka. Odločbo o specializaciji izda Zbornica v upravnem postopku.

V primeru, ko je na posamezno razpisano specializacijo v eni regiji s popolno vlogo prijavljenih enako ali manjše število kandidatov, kot je razpisanih prostih specializantskih mest, se izbirni postopek za te kandidate ne opravi.

Če za eno specializantsko mesto kandidira več kandidatov, ki so na podlagi izbirnih meril dosegli enako število točk, izbirna komisija določi dopolnilno merilo. To je ocena na dodiplomskem študiju, iz predmeta oziroma področja, ki se vsebinsko nanaša na specializacijo, za katero kandidat kandidira. Če ni mogoče uporabiti navedenega dopolnilnega merila, lahko izbirna komisija soglasno določi novo dopolnilno merilo.

## VII. Ostalo ♦

Razpisna dokumentacija (razpis specializacij, prijava na razpis in izjava iz tretje točke drugega poglavja) je vsem zainteresiranim dosegljiva tudi na Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana. Prav tako imajo možnost vpogleda v Pravidnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS št. 59/03, 51/04 in 15/05). Uradne ure so: ponedeljek, sreda in petek: od 9. do 12. ure, četrtek od 13. do 16. ure.

Ljubljana, 2. november 2005





ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
 Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija  
 tel.: \*\*386/1/30-72-165, faks: \*\*386/1/30-72-169  
 E: stasa.favai@zzs-mcs.si

## Prijava na javni razpis specializacij za posamezna specialistična področja dentalne medicine za potrebe javne zdravstvene mreže

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_

Datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Stalni naslov: \_\_\_\_\_

Naslov za vročanje poštih pošilk: \_\_\_\_\_

Telefon (na katerem je kandidat dosegljiv): \_\_\_\_\_

Datum in fakulteta diplome: \_\_\_\_\_

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita: \_\_\_\_\_

Vrsta specializacije: \_\_\_\_\_

Regija, za katero kandidat kandidira: \_\_\_\_\_

Za glavnega mentorja predlagam: \_\_\_\_\_

*(Izpolnjevati mora pogoje 29. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Ur. list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05). V kolikor kandidat glavnega mentorja ne predlaga oziroma je predlagani glavni mentor že zaseden, mu glavnega mentorja določi Zbornica.*

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

### Obvezne priloge vlogi (v kolikor niso bile že posredovanje Zbornici):

- izvirnik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji, potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete ali odločba o priznanju izobraževanja in enakovrednosti tujega naslova slovenskim strokovnim naslovom dr. med. ali dr. dent. med.;
- izvirnik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji; ali
- izvirnik (ali ustrezno overjena kopija) odločbe o priznanju kvalifikacij za opravljanje poklica v Republiki Sloveniji, pridobljene v postopku za priznavanje kvalifikacij po posebnem zakonu
- izjavo, da bo po končani specializaciji za prvo zaposlitev kot specialist, sprejel ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v regiji, za katero kandidira, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije; če ponudbe iz regije ne prejme, je dolžan biti zaposlen v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.

### Dokazila za ocenjevanje izbirnih meril:

- izvirnik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o povprečni oceni na dodiplomskem študiju,
- izvirnik (ali ustrezno overjena kopija) mnenja oziroma priporočila kandidatu,
- izvirnik (ali ustrezno overjena kopija) dokazil o kandidatovih dosedanjih dosežkih.

Če kandidat ne predloži katerega izmed dokazil o izpolnjevanju drugih pogojev, bo pri tem izbirnem merilu prejel nič točk.



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
 Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija  
 tel.: \*\*386/1/30-72-165, faks: \*\*386/1/30-72-169  
 E: stasa.favai@zzs-mcs.si

## IZJAVA

\_\_\_\_\_ (ime in priimek)

\_\_\_\_\_ (datum in kraj rojstva)

se na podlagi 13. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05)

**zavezujem,**

da bom za prvo zaposlitev kot specialist/-ka, po končani specializaciji s področja \_\_\_\_\_, sprejel/-a ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v \_\_\_\_\_ regiji, za katero sem kandidiral/-a, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.

Če ponudbe iz regije ne prejmem, sem dolžan/dolžna sprejeti zaposlitev v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_





Zdravniška zbornica Slovenije na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS št. 36/04-prečiščeno besedilo) ter na podlagi 1. odstavka 11. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05)

objavlja

# JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ

za posamezna specialistična področja dentalne medicine  
z znanim plačnikom

## I. Vrste, število specializacij

	število	regija Ljubljana plačnik	RAZPIS skupaj
1. Stomatološka protetika	1	Univerza v Ljubljani Medicinska fakulteta	1
Skupaj	1		1

## II. Pogoji za prijavo na razpis

Prijava na razpis (v nadaljevanju: vloga) mora vsebovati:

1. dokazilo o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji, potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete ali odločbo o priznanju izobraževanja in enakovrednosti tujega naslova slovenskim strokovnim naslovom dr. med in dr. dent. med,\*
2. dokazilo o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji,\*

\* Kandidati ali kandidatke iz držav članic Evropske unije namesto dokazil iz 1. in 2. točke vloge priložijo odločbo o priznanju kvalifikacij za opravljanje poklica v Republiki Sloveniji, pridobljeno v postopku za priznavanje kvalifikacij po posebnem zakonu.

3. izjavo plačnika, kot je naveden v tabeli o plačilu vseh stroškov specializacije.

Prijava na razpis (vloga) in izjava iz 3. točke sta prilogi tega razpisa.

V svoji vlogi lahko kandidat navede glavnega mentorja, pri katerem želi opravljati specializacijo.

## III. Dokazila za ocenjevanje izbirnih meril

Vlogi lahko priložite tudi dokazila za ocenjevanje izbirnih meril, ki niso obvezna priloga k vlogi in se vloga brez njih ne šteje za nepopolno, zato Zbornica od kandidatov NE BO ZAHTEVALA dopolnitve vloge. V kolikor pa kandidat vlogi katerega izmed omenjenih dokazil ne bo priložil, bo pri tem izbirnem merilu prejel 0 točk! Vsa dokazila morajo biti predložena v izvorniku ali ustrezno overjeni kopiji. NAVADNIH (NEOVERJENIH) KOPIJ NE BOMO UPOŠTEVALI IN BOMO ŠTELI, KOT DA TA DOKAZILA NISO BILA VLOŽENA!

Za potrebe tega javnega razpisa velja kopija, če je overjena s strani delodajalca kandidata, Zdravniške zbornice Slovenije ali notarja.

Če so kandidati katera od zgoraj navedenih dokazil že predložili

Zdravniški zbornici Slovenije (npr. v postopku za pridobitev licence, ob prejšnji prijavi na javni razpis specializacij), jim jih ni potrebno prilagati ponovno. V svoji vlogi morajo navesti, katera dokazila so že predložili in kje. Zbornica bo v izbirnem postopku upoštevala izključno in samo tista dokazila, ki bodo priložena vlogi oziroma bo v vlogi navedeno, da kandidat izrecno želi, da se upoštevajo.

## IV. Merila za izbiro

Merila za izbiro so enaka kot v javnem razpisu specializacij za posamezna specialistična področja za potrebe javne zdravstvene mreže, objavljena na 2. strani razpisa (glej razpis za potrebe javne zdravstvene službe).

Uradna oseba bo predlagala predsedniku odobritev specializacije za tiste kandidate, ki bodo pri posamezni specializaciji dosegli največje število točk.

## V. Roki in način oddaje vloge

Pisne vloge z oznako »NE ODPIRAJ! - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ« in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, do 01. 12. 2005 (razpisni rok).

Vloga se pošlje IZKLJUČNO priporočeno po pošti na naslov Zbornice. Na kuverti mora biti jasna oznaka: »NE ODPIRAJ! - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ«.

Če na ovojnici ni jasne oznake "Ne odpiraj - Za javni razpis specializacij," se šteje, da vloga sploh ni bila vložena.

Vloga je pravočasna, če je oddana priporočeno na pošto zadnji dan razpisnega roka.

Vloga je popolna, če vsebuje vse sestavine, ki so zahtevane v tem razpisu. Izpolnjevanje pogojev se ugotavlja na osnovi obveznih dokazil.

Po poteku razpisnega roka komisija za odpiranje vlog hkrati odpre vse vloge, ki so do tedaj prispele (datum odpiranja: 07. 12. 2005 ob 10. uri).

Odpiranju vlog sme prisostvovati vsaka oseba, ki kandidira na razpisu. Če komisija za odpiranje vlog ugotovi, da manjka katero izmed obveznih dokazil in je potrebno vlogo dopolniti, ker ne vsebuje vseh zahtevanih podatkov, obvesti kandidata o pomanjkljivostih in zahteva, da jih odpravi

v roku treh dni in ga opozori na posledice, če jih ne bo pravočasno odpravil. Če pomanjkljivosti niso odpravljene, se vloga s sklepom zavrže. Če kandidat ne predloži katerega izmed dokazil za ocenjevanje izbirnih meril, bo pri tem izbirnem merilu prejel nič točk.

Dokazila za ocenjevanje izbirnih meril lahko, kot dopolnitev vloge, kandidati pošljajo izključno priporočeno po pošti na naslov Zbornice, najkasneje do izteka razpisnega roka, to je do 01. 12. 2005. Dokazil, oddanih na pošto po tem datumu, Zbornica ne bo upoštevala, ne glede na to, ali je kandidat v vlogi navedel, da jih bo priložil pozneje.

V postopku za odobritev specializacij se obravnavajo vloge, ki vsebujejo vse z razpisom zahtevane podatke in dokazila ter prispejo na Zbornico v predpisanem roku.

Podatki o prijavljenih kandidatih za posamezno razpisano mesto bodo na voljo pri Zdravniški zbornici Slovenije od 08. 12. 2005 dalje.

Kandidati, ki se bodo v predpisanem roku prijavili na razpis, vendar se bodo želeli preusmeriti, lahko prenesejo svojo prijavo za katerokoli drugo specializacijo od 08. 12. 2005 do 12. 12. 2005.

Prenos prijave je možen z izpolnitvijo obrazca »Prenos vloge za odobritev specializacije«, ki ga lahko dobite na Zbornici ali njenih spletnih straneh (<http://www.zzs-mcs.si>). Šteje se, da je vloga za preusmeritev oddana v roku, če je oddana priporočeno po pošti ali poslana po faksu 01 3072 169 do vključno 12. 12. 2005.

## VI. Rok, v katerem bo Zbornica odločila o vlogah ◆

Izbirni postopek za vse prijavljene kandidate opravi Zbornica, ki odloči o vlogi v dveh mesecih po preteku razpisnega roka. Odločbo o

specializaciji izda Zbornica v upravnem postopku.

V primeru, ko je na posamezno specializacijo s popolno vlogo prijavljenih enako ali manjše število kandidatov kot prostih specializantskih mest, se izbirni postopek za te kandidate ne opravi.

Če za eno specializantsko mesto kandidira več kandidatov, ki so na podlagi izbirnih meril dosegli enako število točk, izbirna komisija določi dopolnilno merilo. To je ocena na dodiplomskem študiju iz predmeta oziroma področja, ki se vsebinsko nanaša na specializacijo, za katero kandidat kandidira. Če ni mogoče uporabiti navedenega dopolnilnega merila, lahko izbirna komisija soglasno določi novo dopolnilno merilo.

## VII. Sklenitev pogodbe ◆

Pred začetkom opravljanja specializacije skleneta specializant in plačnik z Zbornico pogodbo, s katero se uredijo medsebojne obveznosti v zvezi s specializacijo. Specializant lahko prične s specializacijo šele po podpisu te pogodbe.

## VIII. Ostalo ◆

Razpisna dokumentacija (razpis specializacij, prijava na razpis in izjava iz tretje točke drugega poglavja) je vsem zainteresiranim dosegljiva tudi na Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana. Prav tako imajo možnost vpogleda v Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05). Uradne ure so: ponedeljek, sreda in petek: od 9. do 12. ure, četrtek od 13. do 16. ure. ■

Ljubljana, 2. november 2005





ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
 Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija  
 tel.: \*\*386/1/30-72-165, faks: \*\*386/1/30-72-169  
 E: stasa.favai@zzs-mcs.si

# Prijava na javni razpis specializacij

## za posamezna specialistična področja dentalne medicine z znanim plačnikom

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_

Datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Stalni naslov: \_\_\_\_\_

Naslov za vročanje poštnih pošiljk: \_\_\_\_\_

Telefon (na katerem je kandidat dosegljiv): \_\_\_\_\_

Datum in fakulteta diplome: \_\_\_\_\_

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita: \_\_\_\_\_

Vrsta specializacije: \_\_\_\_\_

Za glavnega mentorja predlagam: \_\_\_\_\_

*(Izpolnjevati mora pogoje 29. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Ur. list RS, št. 59/03, 51/04 in 15/05). V kolikor kandidat glavnega mentorja ne predlaga oziroma je predlagani glavni mentor že zaseden, mu glavnega mentorja določi Zbornica.*

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

### IZPOLNI PLAČNIK:

Plačnik specializacije :

\_\_\_\_\_  
 (izvajalec javne zdravstvene službe ali druga pravna ali fizična oseba, ki je plačnik)

\_\_\_\_\_  
 (naziv, naslov, kontaktna oseba)

Izjavljam, da bom za zgoraj navedenega specializanta kril vse stroške specializacije ter se zavežem, da bom pred začetkom opravljanja specializacije, s specializantom in Zdravniško zbornico Slovenije sklenil pogodbo, s katero bomo uredili medsebojne obveznosti v zvezi s specializacijo.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

### Obvezne priloge vloži (v kolikor niso bile že posredovane Zbornici):

- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji ali potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete ali odločba o priznanju izobraževanja in enakovrednosti tujega naslova slovenskim strokovnim naslovom dr. med. ali dr. dent. med.;
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji;
- ali izvornik (ali ustrezno overjena kopija) odločbe o priznanju kvalifikacij za opravljanje poklica v Republiki Sloveniji, pridobljene v postopku za priznavanje kvalifikacij po posebnem zakonu.

### Dokazila za ocenjevanje izbirnih meril:

- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o povprečni oceni na dodiplomskem študiju
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) mnenja oziroma priporočila kandidatu,
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazil o kandidatovih dosedanjih dosežkih.

V kolikor kandidat ne predloži katerega izmed dokazil o izpolnjevanju drugih pogojev, bo pri tem izbirnem merilu prejel nič točk.

# Svetovni dan brez tobaka 2005

## Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom

Zaključki strokovnega posveta 31. 5. 2005

**K**ajenje predstavlja kljub številnim uspešnim javno zdravstvenim ukrepom in nižanju števila kadičev še vedno najobsežnejši javnozdravstveni problem. Kajenje je eden najbolj raziskanih dejavnikov tveganja, ki se mu je moč popolnoma izogniti. Ukrepi za zmanjševanje obsega in posledic kajenja so osredotočeni na preprečevanje začetka kajenja, pospeševanje prenehanja kajenja, zaščito nekadilcev pred pasivnim kajenjem in nadzor nad tobačnimi proizvodi ter njihovo promocijo. Zdravstveni delavci in njihova stanovska in strokovna združenja imajo pomembno vlogo pri izvajanju ukrepov za zmanjševanje kajenja.

1. Podpiramo Pravila ravnanja: Nadzor nad tobakom – navodila za zdravstvene delavce in njihove stanovske organizacije, ki so bila sprejeta in podpisana januarja 2004 v Ženevi na neformalnem srečanju stanovskih združenj zdravstvenih delavcev. Po posvetu bo odbor za zdravstvo pri Državnem zboru in stanovskim organizacijam zdravstvenih delavcev posredovana pobuda za delovanje v okviru zgoraj omenjenega kodeksa.
2. Podpiramo, da zdravstveni delavci rutinsko preverjajo kadilski status in izpostavitev pasivnemu kajenju ter rutinsko svetujejo kadilcem, jim pomagajo pri odvijanju in jih opozarjajo na to, naj ne ogrožajo drugih s svojim kajenjem. V podporo takemu delovanju je pripravljenih že veliko gradiv tako za zdravstvene delavce kot tudi za kadilce. Veljavna gradiva bomo namestili na sedanje spletne strani sodelujočih na posvetu in drugih zainteresiranih združenj, zvez, društev ipd. in poskrbeli za spletne povezave.
3. Ugotavljamo, da se še vedno v velikem številu zdravstvenih ustanov ne upošteva popolna prepoved kajenja. Pripravljena bo pobuda skupine za zagotavljanje izvajanja zakona in poslana Zdravstvenemu inšpektoratu RS.
4. Kajenje je še vedno obsežen problem med izvajalci zdravstvene nege, predvsem tistimi, ki so zaposleni v bolnišnicah. Predlagamo, da se posebej za to skupino pripravi program aktivnosti za odvijanje od kajenja. Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije bo posredovano vabilo, da se zainteresirani nosilci in ustanove vključijo v program izobraževanja oziroma delavnic za odvijanje kajenja v okviru programa CINDI.
5. Ugotavljamo tudi, da je osveščenost o problematiki kajenja in preventivi na nivoju bolnišnic majhna. Vsem bolnišnicam bo ponujena možnost vpeljave evropskega programa Bolnišnice brez tobaka, ki se trenutno izvaja v Bolnici Golnik.
6. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva so zapisana le za osnovno raven (UL RS št. 19/12. 3. 1998, UL RS št. 67/10. 8. 2001 in UL RS št. 117/29. 10. 2004). Menimo, da je potrebno razširiti obseg na druge izvajalce zdravstvenega varstva, kot so bolnišnice, lekarne idr. Pobuda bo po strokovnem posvetu poslana na Ministrstvo za zdravje.
7. Ocenjujemo, da je treba okrepiti izobraževanje zdravstvenih delavcev. Stanovskim združenjem posredujemo pobudo za to, da se del časa

večjih prireditev nameni tej temi. IVZ v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in programom CINDI Slovenija povabi k sodelovanju skupino strokovnjakov, ki oblikuje predlog programa in nosilce predavanj, prilagojenih posamezni skupini zdravstvenih delavcev. Sredstva skušamo zagotoviti iz različnih virov.

8. Podpiramo, da zdravstveni delavci delujejo v smislu preprečevanja in zmanjševanja kajenja v lokalnih skupnostih. Zelo pomembno je povezovanje zdravstvenih delavcev z nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju omejevanja kajenja in sodelovanje z mediji.
9. Zdravstveni delavci podpirajo prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih mestih. Podpora zdravstvenih delavcev posredujemo tudi ministru za zdravje. Prav tako podpiramo uvedbo prodaje tobačnih izdelkov v specializiranih trgovinah.
10. Podpiramo, da se strošek za nikotinsko nadomestno zdravljenje vseh, ki se odvajajo od kajenja v programih pod nadzorom zagotovi iz pravic zdravstvenega zavarovanja. Prav tako podpiramo, da se v okviru sprememb in dopolnitev Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju razmisli o možnostih uvedbe drugačnih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in nadomestila za čas zadržanosti od dela za skupino kadičev zaradi večje zbolewnosti in pogostejših odsotnosti z dela zaradi bolezni, povezanih s kajenjem. Pobudo pošljemo ZZZS, zdravstvenim zavarovalnicam in Ministrstvu za zdravje RS.
11. Potrebna je kadrovska in finančna okrepitev služb, ki delujejo na področju omejevanja kajenja. Zaključke posveta bo Inštitut za varovanje zdravja v imenu vseh sodelujočih posredoval Odboru za zdravstvo pri Državnem zboru, stanovskim organizacijam zdravstvenih delavcev ter društvom, zvezam in drugim nevladnim organizacijam, ki delujejo na področju omejevanja rabe tobaka.

Pripis: Izjavo je 13. oktobra 2005 sprejel tudi izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije.



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

# Imam dve vroči želji!

Alenka Žagar Slana

Prva se glasi: »Bog, daj mi še pred penzionom razumeti sistem financiranja zdravstva v naši domovini!«

Tudi druga je vezana na prošnjo višjim silam: »Bog, pomagaj mi postati koncesionarka!«

**O**denarju, ki se obrača v osnovnem zdravstvu, zdravnikom, ki smo zaposleni v zdravstvenih domovih, beseda steče nerada. Ob kavi mogoče še rečemo kakšno, pisanja takole črno na belem pa se zlepa kdo ne loti. Tiho ali glasno se nam daje na znanje, da se na denar ne spoznamo in da imamo za urejanje tega težkega področja vodstva, ki iz leta v leto z velikanskimi naporji rešijo zapleteno situacijo. Neumen in neveden nihče ne želi izpasti, to je to!

Zdravstveni birokrati, ki že dolgo niso videli notranjosti ambulate, se občasno oglasijo z izdelki, ki so močno podobni tistim iz časov načrtnega gospodarstva. Količniško-glavarinska solata, preračunana na ure in time (ali obratno), je okostje analitičnih prispevkov, ki jih tisti med nami, ki nam po tej metodi odmerijo delo in plačo, seveda ne razumemo. Baje pa naš sistem osnovnega zdravstvenega varstva naredi velik vtis na tuje strokovnjake, ki se čudijo, kako lepo pri nas osnovno zdravstvo deluje in nas zato hvalijo. Verjamem. Čudimo se seveda tudi sami, pohvali pa nas nihče. Zanimivo bi bilo slišati, zakaj nas nihče na svetu, kjer je 2 krat 2 vedno in samo 4, ne posnema, če smo tako dobri!? Prejšnji minister za zdravje je iskal čarobno formulo za spremembe v osnovnem zdravstvu od Norveške do Nove Zelandije, pred nosom pa je ves čas imel popoln sistem!

V beli knjigi je bilo osnovno zdravstvo tako ignorantsko spregledano, da je bilo jasno, da ne bo nobenih sprememb. In tako se takrat ni zdelo vredno prevečkrat oglašati niti zagovornikom niti kritikom veljavnega osnovnega zdravstva, malo mogoče tudi zato, ker bivši minister za zdravje ni znal poslušati in je zelo rad govoril in govoril in skakal drugim v besedo.

Novi minister za zdravje verjetno misli precej bolj resno, sicer se ne bi kar naenkrat oglasila direktorja obeh največjih zdravstvenih domov v državi, kolega Zvonko Rauber v julijski številki Izide, in Anton Židanik v avgustovski številki Zdravniškega vestnika. Oba po svojih najboljših sposobnostih zagovarjata sedanjo organizacijo osnovnega zdravstvenega varstva v obliki zdravstvenih domov, okrcata zdravnike s koncesijami s stereotipnimi očitki, o zdravstvenem domu kot delovnem okolju za zdravnike in medicinske sestre pa govorita prav ganljivo lepo. Kljub obetavnemu naslovu, da bo članek v Zdravniškem vestniku spregovoril o prednostih in pomanjkljivostih privatizacije v zdravstvu na osnovni ravni, ni avtor iz svoje dolgoletne perspektive direktorja zdravstvenega doma našel niti ene prednosti, ki bi mu prišla res od srca. Je pa naštel kot prednost vse tisto, zaradi česar bi jo večina od nas, tam zaposlenih, rada čim prej ucvrla na svoje.

Strokovnega sestanka v našem zdravstvenem domu nismo imeli vsaj 15 let, o strokovni direktorici vem samo to, da jo imamo.

Všeč mi je bilo, da se je spomnil dr. Andrije Štamparja, katerega genialnost je bila predvsem v tem, da je istočasno videl vse bolnike in tudi posameznika med njimi že pred skoraj sto leti. Na noge je postavil zdravstveni sistem za družbo izpred stotih let! Družbo kmetov in delavcev, ki je hodila peš, se vozila z vozovi, ženske so prale v potokih, vse povprek pa so pestile in morale nalezljive bolezni in bolezni revščine. Njegov je nasvet: »Vsak zdravnik naj opazuje, razmišlja in sklepa kot epidemiolog in ukrepa preventivno!« Danes bi se verjetno zgrozil ob togem sistemu, v katerem zdravniki delamo po zdravstvenih domovih! Njegova dispanzerska metoda, primerna za njegov čas in tedanjo družbo, se je izrodila v zdravstvene domove, kjer zdravstveno osebje z zdravniki vred dela v izmenah in na količniško normo kakor »knapi«, brez možnosti, da bi si sami organizirali delo in izbrali sodelavke, za dodatna izobraževanja se je treba »nagravžno« kregati, si jih sam plačati ali pa biti kar lepo v ambulanti ... Za posvetovanje s kolegi ni časa, od delovnih pripomočkov imam na razpolago otoskop, stetoskop, loparčke, baterijo in sebe. Strokovnega sestanka v našem zdravstvenem domu nismo imeli vsaj 15 let, o strokovni direktorici vem samo to, da jo imamo. Naročeni nismo niti na eno strokovno revijo, nimamo dostopa do medmrežja, le predstavniki farmacevtskih družb nam ponujajo slavospeve o svojih izdelkih skupaj s piškotki, sokom in sadjem. Pa da je zdravstvo zaradi dispanzerske metode dela dostopnejše? Ne bi rekla. Svoje čase so bolniki res cele ure hodili ali potovali do prvega zdravnika nekje v sedmi vasi ali bližnjem mestu, sedaj pa na pregled čakajo debele ure v zatohli čakalnici.

Pri plačah imamo v zdravstvenih domovih na delu najtršo uravnilovko. Smešno nizka stimulacija, ki je običajno ne dobim, je kar pravnja. Višja bi silila vodstva, da se soočijo z dejstvi: nismo vsi enako »dobri«, karkoli že stlačimo v kategorijo »dober zdravnik« ali »dobra sestra«! Kaj šele v »dobrih odnosih«, ki so za stimulacijo še kako potrebni.

Žarek svetlobe je posvetil v temo moje nevednosti o zdravstvenih finančah, ko sem pokukala v avgustovski Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kjer je objavljeno besedilo Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2005.

Suhoparno besedilo so podpisali vsi, ki se z zdravstveno dejavnostjo v državi kakorkoli ukvarjajo, predvsem pa je Dogovor podpisal Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki drži roko nad denarjem. In kaj so podpisali? Poenostavljeno povedano bo osnovno zdravstveno varstvo v letošnjem letu dobilo za svoje delo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja slabih 63 milijard tolarjev. Denar iz dopolnilnih zavarovanj je verjetno zagotovljen v drugih dogovorih.

Moja prva misel je bila: »Hura! Denar je in bo! Zdravstveni management osnovnega zdravstva je odlično izpogajal denar za vse, kar bomo po naših ambulantah naredili in vse, česar ne bomo. Dobili bomo denar za kader, ki ga ni, dobili bomo denar za kader, ki je, pa ga ne potrebujemo, pa še za dvo odstotno stimulacijo ga bo ostalo!« Končno sem razumela, zakaj lokalne skupnosti bogato nagradijo poslovno uspešnost direktorjev zdravstvenih domov! Ne razumem pa naivnosti ostalih podpisnikov tega Dogovora, ki očitno ne vedo, kdo v resnici dela oziroma »izvaja«

delo v zdravstvenih domovih in v kakšnih pogojih.

Podrobno sem pogledala poglavje Kalkulacije za ambulantno dejavnost za svoje področje, torej dispanzer za otroke in šolarje – kurativa in preventiva, in glej ga šmenta, kar vidim, kako denar priteka v blagajno zdravstvenega doma! »Mojemu« delovnemu mestu pripadata med 1,35 in 2 medicinski sestri, v vsakem primeru pa polovica administrativne delavke. Administrativnih delavcev v kalkulacijah kar mrgoli v vseh ambulantah! Po grobem izračunu bi moral sedeti vsaj eden na dva zdravnika nekje v zdravstvenem domu. Pa sedi? V našem bežigranskem zdravstvenem domu jih je po teh izračunih nekje vsaj še 10. Kako je v drugih hišah, ne vem, bi bilo pa zanimivo vedeti. Zadnja administratorica, ki sem jo v živo videla delati v ambulanti, je že zdavnaj upokojena, administrativna dela so prevzele medicinske sestre, ki naj bi ves čas delale ob zdravniku.

Malo se moram spotakniti tudi ob številu medicinskih sester, ki naj bi delale ob zdravniku. Dve sestri sta dogovorjeni in nikoli izvajani normativ, kruta resničnost pa mi iz dneva v dan daje v ambulanto eno samo sestro, pogosto vsak dan drugo, saj kot nosilka dejavnosti nimam nobene besede pri izbiri sodelavk. Vendar ne bom poudarjala organizacijskega kaosa v našem zdravstvenem domu. Poudariti želim, da bodo zdravstveni domovi po Dogovoru dobili denar za vse administrativne delavce in medicinske sestre, ki so jih podpisniki Dogovora vtaknili v time, jih pa tam ni, jih ni več ali pa jih nikoli ni bilo. So to tiste »mrtve duše«, ki jih omenjajo kolegi Franc Šuta, Tatjana Puc Kous in Dean Klančič v svojem prispevku v juljski številki Izide oziroma samo ene izmed »mrtvih duš«?

Kako pa v Dogovoru kaže zdravnikom, ki kot vodstveni kader delajo polovičen delovni čas, v preostalem pa »vodijo« javni zavod? Plačo menda dobijo in celo še obogateno z dodatki, stimulacijo in nagrado, vendar postavka za ta denar v Dogovoru ni niti omenjena. Bi utegnili biti vsaj teoretično možno, da so vodstveni delavci in nekateri drugi zaposleni v zdravstvenih domovih brez jasnih delavnih zadolžitev, plačani iz denarja, ki ga zavodi dobijo za neobstoječe administrativne delavke in prav tako neobstoječe medicinske sestre? Odgovor na to vprašanje bi bil zelo zanimiv za vse zdravnike, ki dan za dnem »klofamo« ambulanto in pri tem delamo še izgubo.

Praktični del moje pameti mi pravi, da s takim dokumentom v žepu ni treba nobenemu direktorju niti s prstom migniti v smislu »vodenja«, kaj šele »menadžeriranja«, kajti denar priteče vsak mesec lepo sproti, tako kakor je podpisano v Dogovoru. Od osebnega stila je odvisno, kako da posamezen vodstveni delavec kolegom zdravnikom vedeti, da naj ne pozabijo narediti svojih mesečnih količnikov, sicer ne bomo dosegli plana in potem bomo v izgubi.

O zdravnikih s koncesijo se govori bolj ali manj vljudno predvsem kakor o brezobzirnih zaslužkarjih, ki si polnijo žepa z denarjem, ki ga privarčujejo s poceni laboratorijskimi preiskavami in seveda ne dežurajo, ti-ti lumpki! In seveda ne zaposlujejo medicinskega kadra, ki bi ga morali, v lakomne žepa pa si stlačijo še njihovo plačo! Kaj več očitkov ni slišati; zavarovalnica je z njihovim delom zadovoljna in bolniki se ne pritožujejo nič več in nič manj kakor sicer. Če sem prav razumela prispevek kolegov v juljski številki Izide, plačujejo vse predpisane dajatve skladno s predpisi in so pri tem v izrazito slabšem položaju kakor zdravstveni domovi.

Direktorji trdijo drugače ... Nenavadno je, zakaj ni mogoče denarja enostavno prešteti, tako lepo enostavno en milijon, dva milijona in lepo do konca milijonov, posebno še, ker se pogosto omenja zdravstveni menedžment, ta bi pa že moral znati vsaj osnovne računске operacije, ker ga zato imamo zaposlenega in plačanega. Zdravniki koncesionarji to kategorijo strokovnjakov manj omenjajo, verjetno zato ker vedo,

da morajo izpolniti pogoje podpisane pogodbe, ki so enostavni kakor poštevanka.

Postati zdravnic s koncesijo za zdravstveno varstvo šolarjev in mladine v Ljubljani je že nekaj let nemogoče, ker MOL koncesij kratko in malo ne podeljuje. Obrazložitev, ki je bila napisana meni, kaže, da mestno uradništvo ne pozna in ne razume razlike med zasebno zdravstveno dejavnostjo in zdravstveno dejavnostjo zdravnikov s

Podrobno sem pogledala poglavje Kalkulacije za ambulantno dejavnost za svoje področje, torej dispanzer za otroke in šolarje – kurativa in preventiva, in glej ga šmenta, kar vidim, kako denar priteka v blagajno zdravstvenega doma! »Mojemu« delovnemu mestu pripadata med 1,35 in 2 medicinski sestri, v vsakem primeru pa polovica administrativne delavke. Administrativnih delavcev v kalkulacijah kar mrgoli v vseh ambulantah! Po grobem izračunu bi moral sedeti vsaj eden na dva zdravnika nekje v zdravstvenem domu. Pa sedi? V našem bežigranskem zdravstvenem domu jih je po teh izračunih nekje vsaj še 10. Kako je v drugih hišah, ne vem, bi bilo pa zanimivo vedeti. Zadnja administratorica, ki sem jo v živo videla delati v ambulanti, je že zdavnaj upokojena, administrativna dela so prevzele medicinske sestre, ki naj bi ves čas delale ob zdravniku.

koncesijo. MOL nima nobene strategije razvoja zdravstvenega varstva za edini javni zdravstveni dom na osnovni ravni, ki ga je ustanovila že pred desetletji in ga pomaga ohranjati pri življenju z denarjem, kadrovske rešitve in seveda nujnim dušenjem osebne pobude tistih zdravnikov, ki zaprosimo za koncesijo. Mestnemu uradništvu ni pretirano zameriti, da se ne spoznajo na svoj posel, za katerega so zaposleni in plačani, kajti tudi v drugih ustanovah, ki mešajo karte v zdravstvu, ni zaznati niti večjega poznavanja sistema niti njegovega delovanja, kaj šele znanja in volje za nujne spremembe.

Izbrani osebni zdravnik, naj je to pediater, šolski zdravnik, splošni ali družinski zdravnik, ki skrbi za približno 2000 opredeljenih zavarovancev, ima vse potrebne strokovne reference za samostojno delo. Pregledno in enakopravno financiranje osnovnega zdravstva s strani države je predpogoj za korak naprej v njegovi organizaciji.

Delati v svoji ambulanti sama in ob pomoči svoje medicinske sestre ne pomeni nič drugega kakor delati v miru tisto, kar najbolje znam. Pomeni imeti čiste račune, predvsem pa pomeni mir pred vsiljevanjem organizacijskih rešitev, ki so tako zastarele kakor pranje perila na roke.

Koliko vode bo še preteklo do nujnih sprememb? Veliko. Odvisno tudi od ministra za zdravje. Sama pa bom še velikokrat naslovila prošnjo na nebo. Tako za vsak slučaj bom med priprošnjike vtaknila še sv. Luko, Eskulapa in Apolona. ■

# Partnerstvo za zdravje

Elizabeta Bobnar Najžer

Vsako leto se v Bad Gasteinu neformalno srečajo ustvarjalci evropske zdravstvene politike. V preteklosti se je pokazalo, da so bile mnoge teme, ki so jih predlagali na Evropskem zdravstvenem forumu, kasneje zajete in financirane iz programov Evropske zveze. Zato ni odveč, da na kratko povzamemo letošnje razprave in predstavitve. Predvsem zato, da bi širši zdravniški javnosti ponudili okvirna izhodišča Evropske zveze za načrtovanje politike na področju zdravja in zdravstva. Znano je, da Slovenija kot članica slabo črpa sredstva iz skupne blagajne. Morda bo zato prispevek pripomogel k razmišljanju in odločitvi za kandidiranje za kos evropske pogače.

Organizatorji so poročali, da se je foruma udeležilo 20 ministrov za zdravje ali zdravstvo, evropski komisar za zdravje Marcos Kyprianou, direktor Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo Marc Danzon, v razpravah po različnih sekcijah so sodelovali tudi številni evropski poslanci. Organizator je v skoraj vsako sekcijo vključil predstavnike različnih evropskih teles, ki so predstavljali predvidene programe, ter Svetovne banke za razvoj. Kar pravzaprav ne preseneča, saj zdravstveno področje v Evropi razpolaga z 8,6 odstotka bruto družbenega dohodka (statistika zajema le stare članice) in zaposluje 10 odstotkov vse delovne sile, zato je nedvomno pomemben družbeni in gospodarski dejavnik. Ni odveč tudi statistični podatek Svetovne zdravstvene organizacije, da pomeni desetletno podaljšanje povprečne življenjske dobe dvig bruto družbenega dohodka posamezne države za 0,35 odstotka. Nasprotno s tem bolniške odsotnosti zmanjšujejo BDP in v deležu pomenijo kar 50 odstotkov razlike v rasti med bogatimi in revnimi državami. Cilj ekonomistov, za njimi politikov, je jasen: **zdravi prebivalci s čim daljšo življenjsko dobo – nižji stroški za zdravljenje in višji dobiček iz zdrave delovne sile. Formalizacija cilja je lizbonska strategija, ki je izdatke za zdravstvo prerazvrstila iz stroškov v naložbe** (za prihodnost posamezne države).

Evropska zveza je zato v vseh svojih formalnih dokumentih pričela pripravljati podlage za doseg svojega cilja s posebnim poudarkom na

zdravi delovni sili, naložbah v zdravstveno infrastrukturo in preprečevanju tveganj za zdravje. V tem okviru imajo posebno možnost nove države članice, ker so statistično slabše razvite in slabše opremljene na zdravstvenem področju.

Ker se sedanji Program javnega zdravstva izteče leta 2008, program za potrošnike pa leta 2007, je Evropska komisija 6. aprila 2005 predstavila program **Zdravje in zaščita potrošnikov za obdobje med letoma 2007 in 2013** (COM 2005 115 final) in ga tudi že posredovala v obravnavo Evropskemu parlamentu in Evropskemu svetu. Da bi bil sprejet, ga morata potrditi oba. V svojem videnju doseganja ciljev lizbonske strategije je komisija pripravila morda najbolj revolucionarni predlog: združitve

Že aprila 2005 so v Nemčiji (s sponzorstvom farmacevtskega podjetja) izdali pregled vseh desetih novih članic, kako bi "stare" članice lahko skupaj z novimi kandidirale za sredstva s pregledom in predvidenim (možnim) črpanjem posamezne države iz evropskih virov. Knjižica je na voljo.

denarja za zdravstvo in zaščito potrošnikov. Eden od avtorjev, Bernard Merkel, je pri predstavitvi programa sicer povedal, da trenutno stanje moči v evropskem parlamentu ne bo dopustilo združitve, vendar uradno predlog še ni zavrjen. Kljub temu, da bi se področji zdravstva in zaščite potrošnikov ponovno razdružili,

meni, da bodo smernice ostale enake, denarja bo zagotovo enako ali več, le financiranje bo drugačno, ker bodo kandidati iste projekte lahko prijavljali na obe področji, treba pa bo pregledati vsak projekt posebej. Skratka, več papirnega dela.

## Programi Evropske zveze

Novi predlog priporočil so številni strokovnjaki iz Evropske komisije, vključno s komisarjem za področje zdravstva Kyprianoujem, predstavljali po delih glede na temo pri posameznih sekcijah kongresa.

V priporočilih za nov sektor so med **akcijami** posebej navedene: izboljšanje sporazumevanja z državljani, dvig ravnih sodelovanja civilne družbe, podpora prednostni zdravstveni in potrošniški politiki tudi v drugih vladnih sektorjih (gospodarstvo, kmetijstvo ...) tako na državni ravni kakor na ravni Evropske unije, promocija varnosti bioloških proizvodov in snovi, znanstveno svetovanje in ocena tveganj ter promocija mednarodnega sodelovanja.

Zaželeno je (kar pomeni, da drugih ne bodo financirali), da so akcije namenjene zaščiti prebivalcev pred nevarnostmi za zdravje (mišljeno je širše družbeno okolje), **promociji zdravega načina življenja** (v ta namen že vzpostavljajo evropski spletni zdravstveni portal, na katerem bodo združene spletne informacije o zdravju – delati naj bi začel čez šest mesecev, na njem pa bodo objavljene le predhodno preverjene in ovrednotene informacije), **konkretnem prispevku pri zmanjševanju bolezni (srčno-žilnih, debelosti, diabetesu, bolezni zaradi posledic kajenja in alkoholizma)**, vzpostavljanju in ohranjanju dobrih odnosov med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi v različnih državah ter zagotavljanju več kakovostnih informacij o zdravju.

Način doseganja ciljev bo potekal tako, da bodo nadgradili dosedanje dejavnosti:

- spremljanje tveganj je še najbolj neobdelana tema in bodo tudi



vneprej namenili sredstva zanjo, posebej so navedli iskanje ustreznih ukrepov za zaščito tveganj,

- boj proti dejavnikom tveganja za zdravje, še posebej kajenju in debelosti: tu že potekajo dogovori o prepovedi kajenja v vseh javnih prostorih v vseh državah članicah, pri debelosti pa bodo program razširili z bojem proti vsem boleznim, ki povzročajo visoko smrtnost (posebej srčno-žilnim) ter promociji zdravega načina življenja,
- zagotavljanje informacij o zdravju je bila do sedaj široko odprta tema, ki jo nameravajo nadgraditi v "doseganje sinergij med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi": v ta sklop sodijo mobilnost zdravstvenih delavcev, mednarodne napotitve pacientov, elektronska izmenjava zdravstvenih dokumentov in podobno.

Posebej bodo okrepili sisteme nadzora na različnih ravneh, tako na ravni odkrivanja (tveganj za zdravje zaradi kužnih bolezni), preprečevanja in obvladovanja bolezni. Na ravni zdravstvenih sistemov je treba zagotoviti sisteme alarmiranja, nadzora tveganj, usposabljanja osebja, posebej poudarjajo povezovanje in izmenjavo dobrih izkušenj. Novo področje financiranja je dejavno preprečevanje bolezni in poškodb, ki bo obsegalo vse od preprečevanja do ukrepov pri večjih epidemijah – ad hoc so recimo zbrali dodatna sredstva za iskanje cepiva proti sarsu, saj želijo skrajšati proces od predvidenih 7 do 12 mesecev na tri mesece.

## Sredstva

V letih od 2007 do 2013 naj bi Evropska zveza za naložbe (v zgornjem pomenu besede, torej za vsebinske strokovne programe) iz predlaganih priporočil namenila okoli **1203 milijone evrov, od tega 80 odstotkov za zdravstvo**. Dodatno iz proračuna European Food Safety Agency (EFSA) in European Centre for Disease Control Prevention (ECDC) še 847 milijonov evrov. Trenutni predlog predvideva še dodatno financiranje nevladnih organizacij.

Za vodenje tega področja bi bila ustanovljena nova agencija, ki bo del evropske komisije. Za omenjena sredstva lahko kandidirajo vse države članice in članice EFTA, kandidatke za vstop, sosednje države članice, države zahodnega Balkana.

Financiranje bo potekalo po projektnem načelu. Prijaviti se bo, kadar do sedaj, možno v različne strukturne sklade (regionalne, socialne, državne). Poleg novoustanovljene agencije bo največ denarja verjetno razdelil European Regional Development Fund (ERDF).

V Programu javnega zdravja, ki trenutno še poteka (do leta 2008), so kot prednostne naloge našteje: zakonodaja za zmanjševanje uporabe alkohola in tobaka, vzpodbujanje prostega pretoka zdravstvenega osebja, vzpodbujanje prostega pretoka pacientov, pravne podlage za zviševanje kakovosti zdravstvene oskrbe, okrepitev promocije zdravja in zdravstvenih standardov, možnost dostopa pacientov do zdravniških informacij, izpopolnjeno zgodnje odkrivanje bolezni, izenačevanje kakovosti zdravstvene oskrbe v mestih in na podeželju, bolj učinkovita zdravstvena oskrba in ustrezno financiranje. Samo za nove članice je skupno še vedno na voljo okoli 24 milijard evrov, od tega skoraj 14 milijard za prednostni regionalni razvoj ("Objective 1"), iz sredstev ERDF bo na voljo okoli 9 milijard prav za zdravstvo. Če ta sredstva do leta 2008 ne bodo izčrpana, se bodo verjetno prenesla v nov program.

## Stanje v Sloveniji

Področje zdravstva ni bilo pogoj za včlanitev, zato ga večina novih držav članic ni obravnavala in ga med svojimi usmeritvami tudi ni zapisala med prednostne naloge. Med njimi je tudi Slovenija, kar se je izkazalo za zelo slabo, saj zato za področje zdravstva ni mogla črpati iz številnih virov sredstev (strukturni skladi, kohezijski skladi, sredstva za bilateralno pomoč starih članic novim – tako na državnih kakor regionalnih in celo mestnih ravneh, 6. okvirni raziskovalni program), ki jih Evropska zveza namenja za vzpostavljanje "enakosti" med članicami.

Evropska komisija ocenjuje, da je potrebno projekt, ki bi bil sprejet v financiranje, pripravljati povprečno dve leti. Zato je sedaj skrajni čas za pripravo projektov, ki naj bi bili financirani v obdobju 2007 do 2013.

Ker morajo vlade držav članic do konca leta 2005 poslati nove okvirne programe za obdobje od 2007 do 2013 je skrajni čas **tudi, da se skuša vplivati na vlado, pri nas preko Ministrstva za zdravje, da področje zdravstva opredeli kot prednostno nalogo**.

Slovenija je namreč v EU uvrščena v skupino regij "Objective 1", kar pomeni, da je upravičena do najvišje možne mere črpanja pomoči. (Tako bi bilo možno črpanje sredstev vsaj iz 7. okvirnega programa, ki ima že sam "zdravje" ("Health") kot nalogo, zapisano na prvem mestu.)

V Bad Gasteinu je bil javnosti prvič predstavljen slovenski projekt, ki bo kandidiral že za sredstva iz Programa javnega zdravja, obeta pa si financiranje iz novega programa do leta 2010. Kot strokovnjak Ministrstva za zdravje je Marjan Sušelj, sicer

zaposlen na Zavodu za zdravstveno zavarovanje, predstavil predlog projekta celovite informatizacije slovenskega zdravstva.

## Teme kongresa

Kongres sam je bil zastavljen tematsko, delo je potekalo v obliki forumov, delavnic, delovnih kosil in zajtrkov ter plenarnih srečanj. Povsod so bili predstavljeni primeri uresničene prakse delovanja na podlagi financiranja iz sredstev Evropske unije, pri posameznih sklopih so bili tudi primeri projektov, financiranih iz drugih virov. Največ poročil je bilo o projektih, ki so tematsko usklajeni s smernicami javnega zdravja v EU. Poročanje o vseh bi bilo preobsežno, ker vsak sklop zase zahteva izčrpno poročilo. Zato naj jih naštejemo, bolj zanimive pa lahko predstavimo kdaj pozneje: v treh sklopih so bile obravnavane farmacevtske teme (privolitev pacienta v zdravljenje, varnost zdravil, sporazumevanje ob poročanju o tveganju in koristih zdravil), preprečevanje goljufij in korupcije v zdravstvenem varstvu, prehrana, e-zdravje, vloga prebivalcev, zdravje je bogastvo, dopolnilne metode zdravljenja, sporazumevanje med zaposlenimi v zdravstvu, raziskave v medicini, zdrava izbira državljanov, jezik in zdravje, sporočanje o nevarnostih, mednarodna primerjava kakovosti, ekonomika in zdravje. Svoj program na zdravstvenem področju sta predstavili Anglija (sedanja predsednica) in Avstrija (predsednica EU v prvem polletju 2006). Plenarna predavanja so bila mešanica vsega, še najbolj pa predstavitev posameznih izzivov iz novega programa. ■

## Dodatne informacije

**Ministrstvo za zdravje**, Zvezdana Veber Hartman, Služba za evropske zadeve in mednarodno sodelovanje,  
T: 01 478 60 90; F: 01 478 60 49; e-pošta: eu.mz@gov.si;  
spletna stran: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>

**Ministrstvo za zdravje**, Mojca Gruntar Činč,  
T: 01 478 60 01; F: 01 478 60 50; e-pošta: mojca.cinc@gov.si

**Inštitut za varovanje zdravja**, dr. Andrej Marušič,  
T: 01 244 14 02; F: 01 244 14 47, e-pošta: andrej.marusic@ivz-rs.si; spletna stran: <http://ivz.over.net/>

**European Commission**, DG Regio, Slovenia Desk,  
T: +32 2 299 11 11, spletna stran: [http://europa.eu.int/comm/regional\\_policy/index\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/regional_policy/index_en.htm)



# Vpliv pasivnega kajenja na zdravje ter vloga zdravnikov

Tomaz Čakš

## Uvod ◆

Dim, ki nastane pri izgorevanju tobačnega proizvoda, je danes eden glavnih, če ne celo glavni onesnaževalec bivalnega okolja. Ta tobačni dim iz okolja oziroma dim, ki ga nehote vdihavamo nekadilci, pa tudi sami kadilci še dodatno, vsebuje vrsto strupenih snovi. Ljudje, ki so mu izpostavljeni, vdihavajo njegove strupene sestavine, ki jih lahko tudi določimo v njihovi krvi in urinu.

Večina ljudi danes preživlja svoj čas v zaprtem delovnem in bivalnem okolju, zato ni vseeno, kakšno je to okolje. Na splošno preživijo ljudje več kot 90 odstotkov svojega časa v stavbah. Bolni in starejši pa preživijo tako skoraj 100 odstotkov svojega časa. Nekadilci so zaradi pasivnega kajenja ogroženi v številnih prostorih: v domačem okolju, javnih prostorih, javnih prometnih sredstvih in tam, kjer so zaposleni. Koncentracija snovi, ki onesnažijo zrak v prostoru, je ponavadi mnogo višja kakor v zunanem zraku. Te koncentracije so lahko celo 200 do 500 odstotkov večje kot zunaj in ker ljudje preživijo večino časa v prostorih, so zaradi tega še toliko bolj izpostavljeni tveganju. Stopnja nevarnosti je odvisna od tega, kako se prostori prezračujejo in kakšne vrste onesnaženja so prisotne. Neprimerno načrtovani in narejeni ventilacijski sistemi samo poslabšajo težave. Posamezniki se pritožujejo zaradi draženja nosu, oči in žrela, utrujenosti, težav pri dihanju, kihanja, draženja kože, omotičnosti, zaspanosti, glavobolov, slabosti, pozabljivosti.

Ko vstopi določena snov v zrak notranjega prostora, jo je težko odstraniti. Je v stalnem gibanju zaradi dejavnosti ljudi v samih prostorih. To gibanje dopušča, da snov prihaja v stik z drugimi, kar lahko povzroči medsebojni vpliv, skupno delovanje na organizem pa je še večje.

Pasivno kajenje je opredeljeno kot izpostavljenost nekadilcev tobačnemu dimu v okolju zaprtega prostora. Zaskrbljenost zaradi nevarnosti za zdravje nekadilcev se je povečala, odkar so ugotovili, da je kemična sestava dima, ki ga pasivno vdihne nekadilec, podobna sestavi dima, ki ga vdihuje aktivni kadilec (1). Leta 1986 sta bili dve poročili mejnik v odnosu do pasivnega kajenja. Prvo je bilo poročilo ministra za zdravstvo ZDA (2), drugo pa Državne akademije za znanost ZDA (3). Obe poročili sta prišli do podobnih ugotovitev glede vpliva pasivnega kajenja na zdravje in da ta povzroča bolezen. Čeprav je v poročilu zapisano, da je manjše tveganje pri pasivnem kajenju kakor pri aktivnem, so opozorili, da je število ljudi, ki so izpostavljeni nehotenemu kajenju mnogo večje, kot število tistih, ki so izpostavljeni drugim vplivom onesnaževanja iz okolja. Dokončno so dokazali, da je "pasivno kajenje" oziroma izpostavljenost cigaretnemu dimu iz okolice vzročno povezano s pljučnim rakom pri odraslih ter ga lahko z vso gotovostjo opredelimo kot "poznan humani kancerogen" (4). Povezan je tudi s povečano nevarnostjo za nastanek infekcij. Lahko povzroča draženje oči, glavobol, kašelj, bolečine v žrelu, vrtoglavico in slabost. Daljša izpostavljenost poveča nevarnost za nastanek bolezni srca in ožilja.

## Sestava tobačnega dima ◆

Pri izgorevanju tobaka nastajajo dimni delci ter plinske organske in anorganske molekule. Iz dima se izločajo dokazani karcinogeni, kot so na primer N-nitrozamini. Ogljikov monoksid, ki nastaja pri vsakem tlenju ognja, kar je smojenje tobačnega izdelka, je povezan z razvojem ateroskleroze in boleznimi srca in ožilja. Dušikovi oksidi pospešujejo razvoj emfizema. Tobadni dim iz okolja prihaja iz dveh virov: gre za tako imenovani glavni in stranski dim. Glavni dim je kompleksna aerosolna mešanica, ki jo kadilec vdahne, filtrira v pljučih in izdahne. Stranski dim je aerosol, ki izpuhne neposredno v okoliški zrak s prižganega konca smodečega se tobačnega izdelka. Oba dima sestavljajo podobne sestavine, vključno z dušikovimi oksidi, nikotinom, ogljikovim monoksidom in različnimi karcinogeni in kokarcinogeni. Kakorkoli že, nerazredčen, stranski dim ima višji pH, manjše delce in večje koncentracije ogljikovega monoksida ter tudi drugih strupenih in rakotvornih sestavin. Tako je v njem tudi več amoniaka, hitro hlapljivih nitrozaminov in aromatičnih aminov. Ocenjujejo, da 85 odstotkov dima v prostoru med kajenjem sestavlja stranski dim. V kolikšni meri je nekadilec izpostavljen TDO, se določa glede na določene dejavnike, kakor so tip cigaret, količina pokajenih cigaret v prostoru, velikost prostora, prezračevalni pogoji, čas izpostavljenosti in drugo. Druge kemične snovi, ki jih najdemo v tobačnem dimu in jim je človek lahko izpostavljen, so aceton, akrolein, aldehidi, arzen, kadmij, hidrogen cianid, keton, svinec, metilnitrat, nikotin, dušikov dioksid, fenol, policiklični aromati in drugi. Tako imamo torej v tobačnem dimu rakotvorne snovi; snovi, ki dražijo; mutagene snovi; strupe in snovi, ki povišujejo krvni pritisk, prizadenejo osrednji živčni sistem, kvarijo pljuča in povzročajo okvaro ledvične funkcije.

Tobačni dim se lahko dodatno onesnaži s kemikalijami, ki se uporabljajo na delovnem mestu in se tako poveča količina strupenih snovi, ki vstopijo v delavčevo telo. Lahko tudi pripomore k dodatnemu biološkemu učinku strupenih snovi, ki so prisotne na delovnem mestu. Kombinacija klora in cigaretnega dima ima mnogo večji škodljivi biološki učinek kakor sam klor. Tobadni dim lahko deluje sinergistično s strupenimi snovmi, ki so prisotne na delovnem mestu in ima tako mnogo močnejši učinek na človekovo zdravje kakor sama strupena snov. Najbolj znana primera sta kombinaciji tobačnega dima z azbestom ali radonom. Izpostavljenost tobačnemu dimu in različnim etrom povzroča kronični kašelj in izkašljevanje. Mednarodna agencija za raziskave raka (International Agency for Research on Cancer – IARC) je opravila več serij raziskav mednarodne literature o tako imenovanih »karcinogenih IARC« v tobačnem dimu. Od 227 kemičnih sestavin, ki spadajo po opredelitvi v skupino 2B, so za 48 ugotovili, da so del cigaretnega dima.

V eni od raziskav so ugotavljali učinkovitost prepredivi kajenja v različnih restavracijah. Določali so koncentracijo delcev v zraku restavracij z različnimi stopnjami dovoljenja za kajenje. Srednja vrednost

koncentracije delcev je bila 70 odstotkov višja v prostorih, kjer je bilo kajenje dovoljeno kakor tam, kjer je bilo vsaj deloma prepovedano. Koncentracije v nekadilskih restavracijah so bile manjše še za nadaljnjih 20 do 30 odstotkov. Določanje kadmija kot markerja za opredelitev količine tobačnega dima iz okolice, je pokazalo, da je tobačni dim glavni vir delcev v zraku restavracij, kjer je kajenje dovoljeno (5).

V današnjem času je vse bolj priljubljeno kajenje cigar. Tako se posebej na različnih sprejemih in zabavah vse bolj širi to kajenje kakor znak neke odličnosti. Vendar se je pokazalo, da dim prižgane cigare prinaša v zaprt prostor še večje vsebnosti ogljikovega monoksida, dušikovih oksidov, različnih drobnih delcev, nikotina, policikličnih aromatičnih hidrokarbonatov in drugih škodljivih snovi kakor pa cigarete. V primerjavi z eno cigareto, ki se je pokadi 70 odstotkov, odda velika cigara, ki se je prav tako pokadi 70 odstotkov, okoli 20-krat več ogljikovega monoksida, 5-krat več drobnih delcev in dvojno količino policikličnih aromatičnih hidrokarbonatov (6, 7).

## Pasivno kajenje odraslih ◆

Epidemiološke študije so povezale celo vrsto zdravstvenih težav zaradi pasivnega kajenja. Tako lahko nastanejo le manjše težave, kakor je draženje oči in nosu, pa do vse težjih, kakor so povečano število vnetij dihal, disfunkcija dihalnih poti, angina pectoris in povečana nevarnost za koronarno srčno bolezen ter seveda še posebej za raka.

Leta 1981 je bila objavljena prva raziskava, ki je pokazala, da pasivno kajenje poveča nevarnost za nastanek pljučnega raka pri nekadilskih, katerih možje so kadili (8). To je bil prvi prikaz povezave pasivnega kajenja in pljučnega raka. Nedolgo za tem sta takšno povezanost ugotovili še dve drugi raziskavi (9, 10). Vendar ni ostalo samo pri povezanosti pasivnega kajenja z rakom pljuč. Dokončno je bilo pasivno kajenje prepoznano kakor »poznani človeški kancerogen« v publikaciji Ameriške agencije za zaščito okolja (EPA), ki je svoji objavi iz leta 1992 pripravila pregled dosedanjih raziskav, na podlagi katerih so prikazali škodljive učinke pasivnega kajenja. Tako so izračunali, da je tobačni dim iz okolja v ZDA odgovoren za približno 3000 umrlih zaradi pljučnega raka na leto. Ugotovili so tudi, da ima sicer manjši, vendar pomemben učinek na zmanjšanje pljučne funkcije, pogostejši kašelj, povečano produkcijo sputuma.

Po prvih ugotovitvah in dokazih o povezanosti pasivnega kajenja in pljučnega raka, je kmalu prišlo tudi do dokazov o povezanosti pasivnega kajenja ter boleznih srca in ožilja. Več epidemioloških raziskav, ki so jih opravili na različnih lokacijah, je pokazalo, da je okrog 30 odstotkov večje tveganje za smrt zaradi ishemične bolezni srca ali srčne kapi med nekadilci, ki živijo s kadilci. Večje raziskave so celo pokazale znaten odmerka odvisen učinek, torej da je s povečanjem izpostavljenosti tobačnemu dimu v okolju povezano večje tveganje za smrt zaradi bolezni srca. Iz študij se tudi vidi, da tobačni dim iz okolja vpliva na funkcijo trombocitov in kvart arterijski endotelij tako, da poveča nevarnost za koronarno bolezen. Tobadni dim iz okolja, ob veliki izpostavljenosti, pomembno vpliva na delovno sposobnost tako zdravih ljudi kakor tistih z boleznijo srca, saj zmanjšuje sposobnost telesa, da sprejema in uporabi kisik. Policiklični aromatični hidrokarbonati v tobačnem dimu iz okolja tudi pospešujejo in lahko povzročijo razvoj aterosklerotičnih plakov.

Tobačni dim iz okolja vpliva tudi na nastanek drugih bolezni dihal. Več raziskav je pokazalo povezavo med izpostavljenostjo tobačnemu dimu in respiratornimi simptomi pri tistih, ki niso nikoli kadili. Določena raziskava je potrdila tudi jasno povezanost in odvisnost od odmerka med izpostavljenostjo tobačnemu dimu na delovnem mestu in kroničnimi respiratornimi težavami pri moških in ženskah. Ena najtežjih bolezni dihal je prav gotovo astma. Izpostavljenost astmatikov tobačnemu dimu

je povezana z večjo resnostjo bolezni, slabšim zdravstvenim stanjem in večjo uporabo zdravstvenih storitev.

## Otroci in pasivno kajenje ◆

Tobačni dim iz okolja je resna nevarnost za zdravje otrok. Zakonski ukrepi za zaščito otrok pred tobačnim dimom, ki veljajo za vrtce, šole in javne ustanove ne vplivajo na glavni vir njihove izpostavljenosti tobačnemu dimu – to je v njihovih domovih. Še posebej zaskrbljujoča je občutljivost otrok na tobačni dim, tako zaradi medicinskih kakor etičnih vzrokov. Otroška pljuča so manjša in njihov imunski sistem je slabše razvit, zaradi česar je mnogo bolj verjeten razvoj vnetij dihal in ušes kot posledica izpostavljenosti tobačnemu dimu. Ker so manjši in dihalo hitreje kakor odrasli, vdahnejo mnogo več škodljivih kemikalij glede na svojo telesno težo, kot je to običajno pri odraslih v enakem časovnem obdobju. In končno, otroci imajo v primerjavi z odraslimi mnogo manjšo možnost izbirati. Mnogo manj možnosti imajo zapustiti sobo, polno dima, če si to želijo: dojenčki ne morejo prositi, nekateri otroci se bojijo vprašati, drugim ni dovoljeno oditi, tudi če bi želeli.

Ameriška agencija za zaščito okolja (EPA) je v svoji publikaciji leta 1992 prikazala vplive tobačnega dima iz okolja na zdravje otrok, pri katerih so ugotavljali vzročno povezanost s povečanim tveganjem za vnetja spodnjih dihalnih poti. Tako so ocenili, da naj bi zaradi tobačnega dima zbolelo 150.000 do 300.000 dojenčkov in manjših otrok do 18 mesecev starosti letno. Ugotovili so vzročno povezanost z dodatnimi epizodami in težjimi simptomi pri otrocih z astmo. Izpostavljenost tobačnemu dimu pa pomeni tudi dejavnik tveganja za nastanek novih oblik astme pri otrocih, ki prej niso imeli simptomov. Tako naj bi zaradi pasivnega kajenja nastalo od 8000 do 26.000 novih primerov astme med otroki v ZDA (4).

Seveda pa se od takrat vrstijo vedno novi dokazi o škodljivosti pasivnega kajenja. Tobadni dim iz okolja povzroča tako akutna kakor kronična vnetja srednjega ušesa. Leta 1997 je kalifornijska EPA izračunala, da je sam učinek tobačnega dima vzrok za 0,7 do 1,6 milijonov obiskov pri zdravniku na leto v ZDA. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je zdravje skoraj polovice otrok na svetu ogroženo zaradi izpostavljenosti tobačnemu dimu. Za male otroke je glavni vir tobačnega dima, ki so mu izpostavljeni, kajenje staršev in drugih članov gospodinjstva.

Ugotavljajo tudi, da je velika verjetnost, da tobačni dim iz okolja povečuje nevarnost za nastanek sindroma nenadne smrti pri dojenčku. To je lahko povzročeno z izpostavljanjem tobačnemu dimu med nosečnostjo ali z izpostavljenostjo dojenčka pasivnemu kajenu. Zbor mednarodnih strokovnjakov SZO je leta 1999 zaključil, da je kajenje matere vzrok za eno tretjino do eno polovico primerov nenadne smrti dojenčka (11).

## Preprečevanje pasivnega kajenja ◆

Pasivno kajenje je med dejavniki tveganja, ki jih je mogoče povsem odpraviti, na tretjem mestu, takoj za aktivnim kajenjem in alkoholom. Naj bo to doma, na delu, v šoli, restavraciji, gledališču ali baru, pasivno kajenje je dokazana nevarnost za zdravje tako mladih kakor starih. Zato so potrebni različni interventni programi ter medijske in politične dejavnosti na ravni družbe za ureditev primerne delovnega in bivalnega okolja. Pasivno kajenje je velika nevarnost za zdravje na delovnem mestu. Strupi in rakotvorne snovi se hitro širijo skozi pisarne, hotele, restavracije in druge notranje prostore, kjer se dela. Analiza študij, ki so obravnavale izpostavljenost zaposlenih v restavracijah in barih, je pokazala, da je tobačni dim v teh lokalih velik dejavnik tveganja za nastanek bolezni pri zaposlenih (12).

Tobačna industrija se seveda težko sprijazni s spoznanji o škodljivosti tobačnega dima in predvidenimi ukrepi zaradi strahu pred izgubo ogromnih dobičkov od prodaje tobačnih izdelkov, ki so seveda strupeni. Zato poskuša z različnimi strategijami vplivati na javno mnenje in tobačno zakonodajo ter ovreči raziskave, objavljene v medicinski literaturi. Delna prepoved kajenja tobaka pomembno zmanjša izpostavljenost TDO, vendar ga ne odstrani. Edino učinkovita je popolna prepoved (13). Prav tako niso dovolj ventilacijske naprave, ker le delno lahko odstranijo nevarne snovi iz zraka v prostoru.

V razvitem svetu je sicer vse več omejitev, kje vse se ne sme kaditi. Zelo velika težava pa je domače okolje, kjer so otroci in drugi domači, ki ne kadijo, najbolj obremenjeni s pasivnim kajenjem, saj starši, ker ne morejo kaditi drugje, to počnejo doma. Skupnost bi morala imeti posebno odgovornost do pasivnega kajenja med otroki, ker se omejevanja kajenja na domovih ne da urediti z zakonodajo. Zato je zelo pomembno osveščanje staršev. Svetovanja materam, da naj ne kadijo ob svojih otrocih, lahko zaščitijo milijone otrok pred tobačnim dimom v njihovih domovih.

## Vloga zdravnikov in TAG/EFMA

Zdravniki so prvi začeli opozarjati na nevarnost kajenja. Prav tako so bile prve pomembne epidemiološke raziskave in javnozdravstveni ukrepi izvedeni prav med zdravniki (Doll in Peto). Zato je seveda pomembno, da prav zdravniki delujemo naprej in ne zaostajamo za različnimi pobudami – z izobraževanjem, obveščanjem, posredovanjem informacij, kar vse zvišuje zavest o vplivu tobaka na zdravje in drugih ukrepah za zmanjševanje uporabe tobaka, povezanimi z odvisnostjo od tobaka in odvajanjem od kajenja. Zdravniki imajo temeljno vlogo na teh področjih. Pri svojem delu se srečajo z veliko ljudmi. Na ta način lahko pomagajo ljudem, da spremenijo svoj način obnašanja, lahko jim dajejo nasvete, navodila in odgovarjajo na vprašanja, povezana s posledicami rabe tobaka, še posebej o pasivnem kajenju in zaščiti otrok ter drugih sorodnikov, ki ne kadijo. Lahko pomagajo pacientom prenehati kaditi, še posebej tistim, ki so že zboleli zaradi bolezni, povezanimi s tobakom.

Akcijska skupina za tobak (TAG) pri Evropskem forumu zdravniških društev (EFMA), katero podpisani vodim v imenu in s podporo Zdravniške zbornice Slovenije, spodbuja nacionalna zdravniška združenja in njihove člane pri teh dejavnostih. Zdravniki bi morali imeti prevladujočo vlogo pri preventivnih ukrepih, še posebej pri obravnavi in zaščiti mladih. TAG poziva članice EFMA, naj podpirajo vključevanje programov za obvladovanje rabe tobaka v vzgojne in izobraževalne programe za zdravstvene strokovnjake. TAG opozarja tudi na vpliv zdravnikov in njihovih združenj na oblikovanje zakonodaje ob sprejemanju preventivnih ukrepov nadzora tobaka na državni in mednarodni ravni. TAG



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

uskkljuje in vodi gibanja v EU in na mednarodni ravni v podporo tako novi ureditvi kakor harmonizaciji zakonodaje v EU in pristopnih državah kakor tudi podporo pri mednarodni okvirni konvenciji za nadzor tobaka FCTC (Framework Convention on Tobacco Control). Vse to počne na podlagi znanstveno podprtih informacij o tveganju zaradi aktivnega in pasivnega kajenja, ekonomskih posledicah rabe tobaka, obdavčenja kot strategije nadzora tobaka in učinkovitosti programov z namenom preprečevanja kajenja.

Zdravniki smo zaščitniki svojih bolnikov in zaradi tega bi morali tudi skrbeti, da naši pacienti niso izpostavljeni pasivnemu kajenju in številnim strupom v tobačnem dimu, ki jih obdaja doma, na delovnem mestu ali kjerkoli na javnem prostoru.

## Zaključek

Nehoteno vdihavanje cigaretnega dima je torej velika težava. Marsikdo se mu sicer lahko izogne, še več pa je takih, ki tega ne morejo in so na silo izpostavljeni tobačnemu dimu. Posebej so tukaj v nevarnosti otroci, ki se v večini primerov sami temu ne morejo izogniti, ali pa uveljaviti svoje volje enostavno zato, ker so še premajhni.

Vendar pa se tudi veliko zaposlenih nekadilcev ne uspe izogniti pasivnemu kajenju. Veliko zaposlenih nima možnosti, da bi spremenili svoje delovno okolje ali zapustili službo, da bi zaščitili svoje zdravje. Zato je izredno pomembna vloga države in družbene skupnosti pri tem, da zaščiti nekadilce pred neprosto voljnimi vdihavanjem strupenega tobačnega dima. Zmanjšanje kajenja v domačem okolju, popolna prepoved kajenja na javnih mestih in šolah bi lahko zmanjšalo delež tobačnega dima v okolju in vpliv na pasivnega kadilca.

### Literatura:

1. US Department of Health and Human Services. *The Health consequences of involuntary smoking: a report of Surgeon General*. Washington, DC: Office on Smoking and Health, 1986 (DHHS publication no. (CDC) 87-8398).
  2. Department of Health and Human Services. *The Health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1986. (Publication no. DHHS (CDC) 87-8398.)
  3. National Research Council, Committee on Passive Smoking. *Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects*. Washington, D.C.: National Academy Press 1986.
  4. US Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Washington, DC: US Environmental Protection Agency; 1992.
  5. Brauer M, Manette A. Restaurant smoking restrictions and environmental tobacco smoke exposure. *Am J Public Health* 1998; 88 (12): 1834 – 1836.
  6. Baker F, Ainsworth SR, Dye JT et al. Health Risk Associated With Cigar Smoking. *JAMA* 2000; 284 (6): 735 – 740.
  7. National Cancer Institute. *Cigars: Health Effects and Trends*. US Dept of Health and Human Services, Public Health Service. *Smoking and Tobacco Control Monograph No. 9*. NIH publication 98-4302
  8. Hirayama T. Nonsmoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br med J* 1981; 282: 183 – 185.
  9. Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L. Lung cancer and passive smoking: conclusions of Greek study. *Lancet* 1983; 2: 677 – 678.
  10. Garfinkel L, Auerbach O, Joubert L. Involuntary smoking and lung cancer: a case-control study. *JNCI* 1985;75: 463 – 469.
  11. Consultation Report, *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*, 11-14 January 1999, Geneva. <http://tobacco.who.int/en/health/papers/ets-report.pdf>
  12. Siegel M. Involuntary Smoking in the Restaurant Workplace. *JAMA* 1993; 270(4): 490 – 493.
  13. Koren H, Bisesi M. *Handbook of Environmental Health and Safety: principles and practices*. Boca Raton: CRC Press, Inc., 1996: 327 – 328.
- Podrobnejša literatura v članku: Čakš, T. Pasivno kajenje v bivalnem in delovnem okolju. *Zdrav var* 2001; 40 (37): 271 – 276.

# Imam raka! Kako mi lahko pomagajo zdravilci?

Predlog zgbanke za bolnike in svojce

Mihael Sok

Kot torakalni kirurg – več kakor 70 odstotkov operacij naredimo zaradi raka – sem na kontrolah spraševal bolnike tudi o alternativnih metodah zdravljenja. Lahko trdim, da vsaj 60 odstotkov naših bolnikov išče pomoč tudi pri zdravilih.

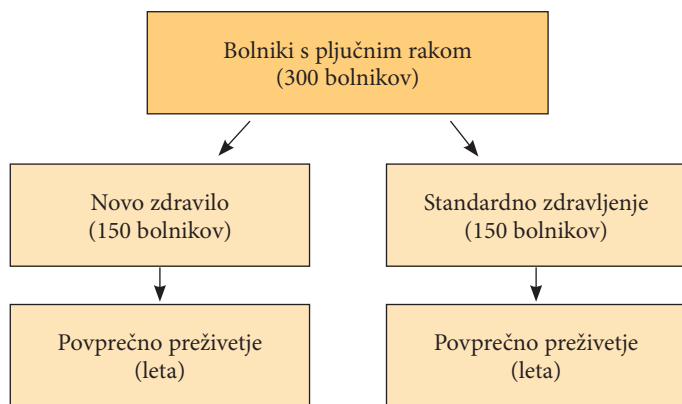
Zdravilci so tu, ne moremo jih skotomizirati, veliko med njimi jih dela z dobrim namenom. Lahko pa vzgajamo bolnike in njihove svojce, da ostanejo v težkem trenutku boleznii razumni.

Zamislil sem si besedilo v obliki zloženke, ki bi bila dostopna v zdravstvenih domovih in bolnišnicah. Objavljena bi bila lahko tudi na spletnih straneh, mogoče našega kliničnega oddelka ali Kliničnega centra ali Zbornice, če bi besedilo sprejeli za svoje. Vsekakor je zadeva aktualna, pogledi so različni, celo nasprotni in bilo bi prav, da besedilo v osnutku prebere in kritično oceni slovensko zdravništvo.

## Kaj je znanstvena ali uradna medicina? ◆

Tako opisujemo medicino, ki temelji na znanstveno (zlasti s pomočjo statističnih metod) dokazanih učinkih. Zdravljenje se na podlagi novih odkritij s časom spreminja in izboljšuje. Izvajalci so zdravniki.

*Primer*, kako v uradni medicini pridemo do novega načina zdravljenja



Komentar: če je novo zdravilo bolj učinkovito (bolniki so preživeli v povprečju dalj časa) je zanimivo za zdravljenje. Pri tem ne sme imeti pomembnih in hudih stranskih učinkov ter ne sme biti toksično.

## Kaj je t. i. alternativno in kaj komplementarno zdravljenje? ◆

Oznaki alternativno in komplementarno zdravljenje označujeta skupino različnih postopkov, ukrepov in »zdravil«, ki niso del uradne medicine. Del uradne medicine niso zato, ker njihova učinkovitost in

primernost nista dokazani z uveljavljenimi strokovnimi merili.

Alternativno zdravljenje nastopa namesto standardnega zdravljenja. Komplementarno zdravljenje dopolnjuje standardno in ga zato imenujemo tudi dopolnilno zdravljenje. Oboje izvajajo zdravilci, večinoma ljudje brez medicinske izobrazbe, med njimi je tudi nekaj zdravnikov in medicinskih sester.

*Primer*, kako zdravilec pride do novega načina zdravljenja

Pismo je prejel dr. M. S. 3. oktobra 2004.

»Pišem v dobro bolnikov, ki so že zboleli za žlezo ščitnico in v 80 odstotkih se jim lahko pomaga s homeopatskim zdravilom, ki ne povzroča stranskih učinkov in je celo zastoj. Treba ga je uporabiti samo s pravega mesta ob pravem času.

Zdravljenje poteka tako, da si vsak sam s svojo slino namaže dvakrat dnevno svojo povečano slinavko in pusti, da se na koži posuši. V slini je en hormon, ki po tej poti pride v žlezo in oteklino odpravi. Sam sem pozdravil svojo muco z mojo slino in 80 let staro polsestro ter še nekaj znancev.«

Podpisan J. Ž. iz Žalca

Naš komentar: Takšne trditve bi morali spremljati in preverjati z ustreznimi laboratorijskimi preiskavami na večji skupini bolnikov, sicer so lahko bolniki zavedeni z neutemeljenimi pričakovanji in izgubo dragocenega časa za učinkovitejšo zdravljenje.

## Zakaj raka ne moremo vedno pozdraviti? ◆

Na splošno je majhnega raka lažje pozdraviti kakor velikega. Rak je pogubna bolezen takrat, ko pride bolnik na zdravljenje prepozno. Rak ponavadi raste počasi in povzroči težave zaradi velikosti in vraščanja ali pritiskanja na pomembne bližnje organe in zaradi zasevkov – metastaz. Zato je zgodnja diagnoza tako pomembna za uspeh zdravljenja.

## Kako danes zdravimo raka? ◆

Standardno zdravljenje temelji na kombinaciji kirurgije, radioterapije, kemoterapije in bioloških zdravil. Pri zdravljenju raka imamo pred sabo dva enako pomembna cilja. Prvi je pozdraviti, drugi pa ustaviti rast raka oziroma zmanjšati težave, ki jih povzročata. Težav je ponavadi veliko: bolečina, hujšanje, slabost, bruhanje, težko požiranje, dušenje, paraliza pa tudi strah, dvomi, skrbi, slabo spanje in tako naprej. Zdravljenje raka in lajšanje težav, ki jih rak in tudi zdravljenje povzročata, je za zdravnike enako pomembno.

## Slaba novica, ko izvemo za raka! ◆

Najprej ne moremo verjeti, se jezimo, ne verjamemo, smo šokirani. Noči so dolge in brez spanja. Pojavi se strah. Kar naenkrat se mudi. Dobimo napotnico za zdravljenje. Zdravniki predlagajo zdravljenje. Sorodniki in prijatelji želijo pomagati, polni so nasvetov: sosed z rakom je po operaciji živel samo pol leta ali pa, mojemu stricu obsevanje ni pomagalo. Pri tem pa ponavadi ničesar ne vedo o bolezni. Kakor da

imamo vsi enakega raka. Pa ni tako – rak ni ena bolezen, kot je na primer ateroskleroza ali srčna kap. Vsak bolnik ima svojega raka in vsak potrebuje sebi prilagojen način zdravljenja.

Zdravniki razlagamo in odgovarjamo na vprašanja bolnikov in svojcev. Teh pogovorov je ponavadi vedno premalo. Zgodi se, da tu odpovemo z izgovorom, da smo vse že stokrat razložili. Vemo, da ta življenjska stiska pomeni dvome in strah. Bolnik in svojci upravičeno razmišljajo, kaj pa, če obstaja še kakšen način zdravljenja, kaj pa, če je še kje kdo, ki lahko pomaga. Svojci se sprašujejo, če so naredili vse. V tem nejasnem in temnem breznu se človek razumljivo oprime vsake bilke.

**S to zgibanko želimo objektivno opisati koristi, pomen, zadrege, stranpoti in zmote alternativnega in komplementarnega zdravljenja raka. Bolnike in svojce želimo opozoriti na tiste zdravilce, ki ponujajo trhle bilke.**

## Vprašanja, ki si jih morate zastaviti pred začetkom zdravljenja ♦

Vprašanja za zdravnika in zdravilca:

1. Ali je predlagano zdravljenje učinkovito?
2. Ali je predlagano zdravljenje varno?
3. Kakšni so pričakovani stranski učinki zdravljenja?
4. Katera bolezenska znamenja lahko odpravite ali izboljšate in katera ne. Tako boste nedvoumno sodelovali pri vrednotenju zdravljenja.
5. Ali predlagano zdravljenje temelji na dokazih uspešnosti? Pri tem mislimo na pisne dokaze, na strokovna poročila o zdravljenju velike skupine bolnikov. Da je ta in ta bolnik ozdravel ni dokaz o uspešnosti zdravila ali načina zdravljenja – niti za postopke šolske medicine niti za postopke alternativne ali komplementarne medicine. Tudi zdravilec naj pokaže strokovna poročila. Vsako zdravljenje, ki je izrazito bolj učinkovito od drugih, je mogoče zelo preprosto in prepričljivo ovrednotiti in rezultate objaviti – bodisi v strokovnih revijah šolske ali alternativne medicine. Zdravilec, ki se mu ne zdi vredno vsaj s preprosto statistiko spremljati svojih bolnikov in vrednotiti rezultatov zdravljenja, kaže na tak način brezbržnost, po drugi strani pa strah pred soočanjem z rezultati svojih postopkov.
6. Ali gre za poskusno zdravljenje? Poskusno zdravljenje je vsako zdravljenje, pri katerem zdravnik ali zdravilec nimata predhodnih izkušenj na dovolj veliki skupini bolnikov z enako boleznijo in z enakim zdravljenjem; zato pred zdravljenjem ne moreta oceniti verjetnih potekov zdravljenja vključno z verjetno uspešnostjo, zapleti in stranskimi pojavi. O tem, da gre za poskusno zdravljenje, mora biti bolnik vedno obveščen, dati mora pisno soglasje, zdravljenje mora biti brezplačno. Če terapevt zahteva plačilo za poskusno zdravljenje, je to prevara.

Večina bolnikov se strinja, da je uradna medicina realna pri postavljanju diagnoze in ji pri tem zaupa bolj kakor zdravilcem. In čeprav je uradna medicina v enaki meri realna tudi pri ocenjevanju možnosti zdravljenja, se v primeru »slabe realnosti« bolniki pogosto obrnejo na tiste, ki jim pomagajo realnost omiliti in jo narediti človeško sprejemljivo. Zanimivo je, da lahko to v določeni meri celo izboljša realno dosegljiv uspeh medicinskega zdravljenja, če se nadaljuje v okvirih, ki so dokazano potrebni in koristni.

7. Kje so potrdila, spričevala o usposobljenosti za zdravljenje? Ali ima zdravilec kakšne veljavne diplome, licence, spričevala? Nekaj uradnega medicinskega predznanja že mora imeti. Če vam reče, da nima dokumentov, ima pa bioenergijo, je to isto, kakor da bi spustili mesarja, ki zna z nožem, k operaciji slepiča.
8. Ali alternativno in dopolnilno zdravljenje vplivata na standardno zdravljenje in kako?
9. Vprašajte sebe, komu zaupate. Prespite svojo odločitev. Uporabite zdravo pamet!

Večkrat se nam zdi, da nekaj pomaga, po kritičnem pregledu pa ugotovimo, da to ni vedno res. Na primer: ob praskanju v grlu vzamemo vitamine, da bi preprečili nastanek angine. In pogosto naslednji dan nimamo angine, zato verjamemo v učinkovitost vitaminov pri preprečevanju angine. Če pa bi si pol leta zapisali vsako praskanje v grlu in ob tem ne vzeli vitaminov, bi izračunali, da se tudi brez vitaminov naslednji dan približno enako pogosto pojavi angina, kakor ob jemanju vitaminov. Preprosto – ni vsako praskanje v grlu znak nastajajoče angine.

## Nasvet! Izogibajte se zdravilcu, če: ♦

1. niste opravili vseh pomembnih diagnostičnih preiskav in se posvetovali z več strokovno usposobljenimi ter izkušenimi zdravstvenimi delavci, ki jim zaupate.
2. govori proti uradni medicini. Če brez zadržkov sodi o nečem, česar ne pozna, bo tudi pri zdravljenju verjetno slepo uporabljal svoje metode za boleznijo, pri katerih nima izkušenj.
3. govori, da je žrtev zarote, da mu uradna medicina nagaja. Nihče ne more zdravilcu odvzeti možnosti, da ovrednoti svoje uspehe zdravljenja in jih objavi v strokovni literaturi.
4. zdravljenje stane nesorazmerno veliko. Največji del cene registriranih zdravil uradne medicine nastane zaradi dragih razvojnih postopkov, registracij in kliničnih testiranj. Neregistrirana zdravila in postopki nimajo velikih razvojnih in registracijskih stroškov, zato je njihova velika cena praviloma znak, da gre za prevaro.
5. ima enostavne rešitve, ne glede na vrsto ali obliko bolezni. Če bi obstajala univerzalna, učinkovita zdravila, bi jih že zdavnaj posvojila tudi uradna medicina.
6. pritrjuje diagnozi uradne medicine, ne pa tudi zdravljenju.
7. obljublja, da vas bo zagotovo pozdravil. Vsako zdravljenje ima določene, na osnovi izkušenj predvidljive učinke, uspehe in neuspehe. Terapevt, ki trdno obljublja vse najboljše, ima verjetno neodgovoren, nekritičen odnos do svojega dela in do svojih bolnikov. Zelo mogoče je tudi, da gre za namerno zavajanje in okoriščanje.

## Zdravilci so nam lahko v pomoč ♦

Kaj mora vedeti zdravnik! Poznati bolezen in predlagati možnosti sodobnega načina zdravljenja bolezni. Zdravniki vemo, da je človek tudi duševno, duhovno in družbeno bitje in da imajo volja, zavest, vera, upanje, upornost, trma, klenost, načrti in hrepenenje svojo neizmerljivo moč, ki pomaga pri zdravljenju. Vsak človeški stik je koristen in zato ne odklanjamo iskanja pomoči še zunaj uradne medicine.

Kaj mora vedeti zdravilec! Kritičen zdravilec ve, da lahko le v

## 7 nasvetov ◆

- Če razmišljate o bioenergetiku, jogi, radiostezistu, ne odlašajte in pojdite, ampak pojdite tudi k svojemu zdravniku. Povejte mu o svoji odločitvi, razumel vas bo in vam mogoče dal kak dober nasvet.
- Molite, pojdite na Brezje, v Lurd ali Medjugorje, če tako čutite, ampak pojdite tudi k specialistu na zdravljenje.
- Če ste se odločili za čaje, rdečo peso, dieto, brokoli, je to prav, ampak ne stradajte.
- Če želite k homeopatu, je to vaša dobra svobodna odločitev, mogoče si boste s tem kupili dobro počutje, olajšanje, ampak vzemite tudi zdravila, ki vam jih je predpisal vaš zdravnik.
- Če ne verjamete svojemu zdravniku, ga zamenjajte, poiščite drugo mnenje.
- Če boste morali za zdravljenje veliko plačati, vedite, da zdravje sicer res ima svojo ceno, vendar se zdravja kupiti ne da. Lahko pa si kupite dobro počutje, občutek varnosti, olajšanje in tolažbo.
- Izberite svojo pot zdravljenja, izberite jo tudi po srcu, ki se mu ne da ukazovati. Ampak ne zavržite svojega razuma in razuma drugih, znanja uradne medicine, ki ga že več deset let gradi na tisoče znanstvenikov tudi za vas.

posameznih primerih pomaga, blaži bolezenske znake in povečuje bolnikovo vlogo v lastnem zdravljenju. Pošten zdravilec ne izkorišča bolnikove telesne in duševne stiske, ga slepi z velikimi uspehi in služi na račun bolezni. Dober zdravilec zato nikoli ne pristane na to, da se bolnik odpove predlaganemu standardnemu načinu zdravljenja. Dober zdravilec je lahko dragocen, ker izboljša počutje, da občutek varnosti in izboljša kakovost življenja.

Dopolnilna zdravljenja pri raku, ki lahko pomagajo in so lahko koristna

1. Lep primer dopolnilnega zdravljenja je akupunktura. Prej čisto dopolnilno zdravljenje je danes del uradne medicine, saj so učinki na zmanjšanje bolečine ter slabosti in bruhanja po kemoterapiji jasno dokazani.
2. Homeopatska zdravila na žalost ne ozdravijo raka. S tem se strinjajo tudi resni homeopati. Lahko omilijo nekatere težave, ki jih povzročajo rak sam ali zdravila.
3. Zelišča in prehrana. Čeprav na tisoče ljudi po vsem svetu prisega na zelišča, naj bo jasno: samo z zelišči raka ne moremo pozdraviti. Največkrat slišimo za sok rdeče pese, izvleček brokolija, zeleni čaj, kitajska zelišča. O hrani danes vemo, da je zdrava, izbrana, naravna in uravnotežena prehrana neprecenljive vrednosti in da z njo ohranjamo dobro zdravje ter lahko preprečimo nastanek določene vrste raka. V zadnjem času je znanstveno dokazano, da s primerno prehrano lahko celo ustavimo rast raka prostate in raka dojke. Na splošno so zelišča in izbrana hrana seveda zelo pomembna za telesno in duševno kondicijo med samim zdravljenjem. Zlasti zdravljenja, ki oslabijo splošno stanje organizma (kemoterapija, radioterapija), bi morala biti kombinirana z ustrezno izbrano dieto.
4. Masaža, bioenergija, joga, ajurveda, pranoterapija, meditacije, hipnoza, radiestezija, duhovni programi itd. imajo skupni imenovalec, zmanjšajo namreč stres, izboljšajo počutje bolnikov, spodbujajo izražanje čustev, zaposlijo bolnika, zmanjšajo občutek osamljenosti in povečajo optimizem.

## Alternativna in dopolnilna zdravljenja, ki so škodljiva ◆

1. Stradanje raka. Dieta s stradanjem, očiščevanjem, jemanjem vitaminov je bližnjica do smrti. Pri nas priljubljena dieta po Broesu je naredila že veliko škode (glej primera iz prakse).
2. Tako imenovana multiterapija Di Bella ni učinkovita, spremlja jo celo znatna toksičnost. Imenovana je po italijanskem fiziologu, ki je v medijih in s svojimi privrženci v devetdesetih letih prejšnjega stoletja populariziral svojo terapijo, vanjo iskreno verjel in dovolil, da so jo ocenili v kliničnem poskusu. Rezultati so razočarali vse.
3. Terapije 714X in nadomestki hrustanca morskega psa, biološko vodena kemoterapija, terapija z neoplastoni iz človeškega urina, hidrazin sulfat, laetril – vitamin 17 – postopki in zdravila so eni od več tisoč alternativnih načinov zdravljenja raka, ki so si v zadnjih letih izborili vsaj nekaj pozornosti, vendar so v resnici veliko razočaranje za bolnike in zdravnike. Med predlagatelji so tudi zdravniki, raziskovalci, ki so iskreno verjeli v svoj način zdravljenja, posvetili temu celo življenje, na koncu pa so rezultati pokazali, da so bili v slepi ulici.

## Primeri iz prakse na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo, KC Ljubljana ◆

Bolnik J. P., 65 let. Karcinom požiralnika. Predlagamo operacijo. Tumor je omejen samo na požiralnik. Bolnik se s podporo svojcev odloči drugače – raka bomo izstradali. Čeprav jim razložimo nesmiselnost odločitve, jim pustimo vrata odprta: ko se odločijo za operacijo, naj pridejo. Po dveh mesecih stradanja je bolnik postal kost in koža, se je pa odlično počutil. Dogovorili smo se, da ponovno ocenimo možnost operacije. Ponovili smo preiskavo RT, ki je pokazala enako velik tumor in številne metastaze v bezgavkah ob tumorju. Zaradi telesne izčrpanosti in pojava metastaz operacija ni bila več smiselna. Čez dva meseca je bolnik umrl.

Bolnik V. P., 58 let. Pri operaciji raka želodca smo ugotovili, da raka zaradi velikosti in vraščanja v jetra ne moremo odstraniti. Napeljali smo cevko za hranjenje v želodec. Z onkologi smo se dogovorili, da ga bodo zdravili z obsevanjem in kemoterapijo. Bolnik se je pojavil pri nas čez tri mesece. Bil je suh kakor prej, dinamičen, brez bolečin, zadovoljen. Povedal je, da se zdravi alternativno s stradanjem in vitaminskimi napitki. Zahteval je, da mu cevko iz želodca odstranimo, ker dobro je in jè ne potrebuje več. To smo tudi naredili. Čez poldrugi mesec smo sprejeli obupen klic žene: mož je telesno izčrpan in umira, naj vendar naredimo kaj. Čez en teden je umrl. ■

# O celostni obravnavi bolnika

Zlata Remškar

**V** zdravniški praksi se vse bolj uveljavlja hitra obravnava bolnikov, kar usmerja ravnanje k razreševanju težave, da je bolnik sploh iskal našo pomoč. Pogosto so bolniki napoteni na višje ravni obravnave le z napotnico, brez dokumentacije o že opravljenih pregledih v zvezi z aktualno problematiko ali tudi brez dokumentacije o že poznanih boleznih in zdravljenjih pri bolniku. Zožitev zdravniške obravnave le na aktualno problematiko lahko povzroči stranpot v obravnavi in zakasni odkritje prave narave bolezni, kar včasih za bolnika ni nepomembno, kot bom prikazala v nadaljevanju.

Bolnica S. D. je bila rojena leta 1937. Do starosti šestdeset let je bila zdrava. Takrat pa so se ji pojavile stopnjujoče se bolečine v ramenskih sklepih, komolcih, malih sklepih rok in kolenih. Opredeljene so bile kot spremembe degenerativne narave. Ugotovili so ji tudi sladkorno bolezen, ki jo je urejala z dieto.

Ker so se težave s sklepi stopnjevale v tolikšni meri, da je zaradi njih postala slabše gibljiva in je splošno zelo oslabela, je bila 15. 2. 2000 usmerjena v internistično obravnavo regionalne bolnišnice. Ugotovili so ji močno pospešeno sedimentacijo krvi, mikrocitno sideropenično anemijo z znižanim Hb na 7,2 g/L, trombocitozo, hipergamaglobulinemijo z najdbo imunskih kompleksov v krvi in povišane vrednosti revma faktorja v serumu. Citološki pregled punktata kostnega mozga je prikazal kopičenje plazmocitomskih celic v kostnem mozgu (19 odstotkov) ter mikrocitozo eritrocitov in trombocitozo, kar je bilo ocenjeno kot sumljivo za obstoj plazmocitoma ob sočasni krvavitvi v organizmu. Po rentgenskem slikanju zgornjih prebavil, ki je odkrilo znake kroničnega gastritisa in bulbitisa, 1. 3. 2000, so jo usmerili na pregled k revmatologu, ki je po dopolnitvi preiskav, opredelil bolezensko dogajanje za seropozitivni revmatoidni artritis ter svetoval zdravljenje z medrolom v odmerku 8 mg na dan. Po uvedbi priporočenega zdravljenja se je bolnično stanje zelo izboljšalo.

Konec septembra 2003 si je bolnica poškodovala prst na levi nogi ter poškodbo zdravila, ker se je slabo celila, z mazilom ihtiol. Pojavile so se nekroze na stopalu. 27. 10. 2003 je bila napotena k angiologu, ki je opravil oksimetrijo in izmerite perfuzijske tlake na levi spodnji okončini ter ugotovil kritično ishemijo levega stopala z vidnimi večjimi nekrozami na prstih in nartu levega stopala. 12. 11. 2003 so ji izvedli urgentno angiografijo leve spodnje okončine, ki je odkrila okluzijo vseh treh golenskih arterij nad gležnjem s šibkimi kolateralami na stopalu, ob sicer na prikazanem žilju izraženih naplastitvah, vendar brez drugje vidnih pomembnih stenoz. 24. 1. 2004 so na kirurškem oddelku regionalne bolnišnice bolnici opravili transmetatarzalno giljotinsko amputacijo levega stopala. Žilni zaplet so opredeljevali za diabetično angiopatijo. Ker se je krn celil slabo, so 2. 2. 2004 opravili kritje krna s presadkom kože z levega stegna, velikega kot površina dlani. Mesto odvzema kože na stegnu se v nadaljnjem poteku ni celilo, medtem ko se je krn postopoma zdravil.

Septembra 2004 so se bolnici ponovno pojavile nekrozantne spremembe, tokrat na palcu desne noge. 6. 9. 2004 so ji na kirurškem oddelku regionalne bolnišnice naredili amputacijo palca na desni nogi. Zaradi anemije so ji isti dan in ponovno 16. 9. 2004 aplicirali koncentrirane eritrocite. 16. septembra 2004 so jo napotili na arteriografijo desne spodnje okončine, ki je svetovala urgentno razrešitev motenj pretoka v desni goleni s PTA. Zaradi napredujoče gangrene stopala so ji 18. 9. 2004

izvršili transmetatarzalno amputacijo desnega stopala. Istega dne 18. 9. 2004 so ji opravili rentgenogram prsnih organov, ki je prikazal multiple okroglaste lezije v obeh pljučnih krilih, katerih klinično vrednotenje iz medicinske dokumentacije ni razvidno. 24. 9. 2004 so prekrili sveži krn s prostim kožnim presadkom z desnega stegna, čeprav se mesto predhodnega odvzema na levem stegnu še vedno ni celilo. 16. 11. 2004 so nadaljevali, zaradi še naprej neugodnega kliničnega poteka, kirurško zdravljenje še s podkolensko amputacijo desne noge ter bolnico 24. 11. 2004 odpustili v ambulantno vodenje ter svetovali napotitev na pregled v Zavod za rehabilitacijo invalidov.

V tem času se je pričelo sladkorno bolezen bolnice, ki je bila do tedaj vodena le z dieto, urejati z inzulinom.

14. 4. 2005 je bila bolnica ponovno sprejeta v regionalno bolnišnico, tokrat na interni oddelek regionalne bolnišnice. Bilo ji je slabo, kolcala je in tožila za bolečinami pod levim rebernim lokom. Mesti odvzemov kože na stegnih sta bili nezaceljeni. Bila je slabokrvna s Hb 66g /L. Rentgenogram prsnih organov je odkril napredek že septembra 2004 vidnih sprememb v pljuči.

Napravljena je bila računalniška tomografija prsnih organov, ki je prikazala obojestransko v vseh režnjih pljuči številne okroglaste zgostitve različnih velikosti, nekatere z razpadi, ki bi lahko predstavljale metastaze, revmatoidne nodule ali spremembe pri Wegenerjevi granulomatozi.

Sprva so diagnostično obravnavo usmerili v izključevanje malignomske bolezni. Iskani so bili tumorski markerji, ki so bili odsotni. Ultrazvočna preiskava parenhimskih organov abdomna ni pokazala pomembnih odstopov od običajnega. Opravljeni sta bili gastrokopija in kolonoskopija. Pri slednji so videli številne ulceracije v sigmi in po vsem kolonu, katerih etiologija je ostala, tudi po histološkem pregledu odvzetih vzorcev tkiva, nerazjasnjena. Mamografija in ginekološki pregled nista pokazala odstopov od normalnega. Preverjena je bila avtoimunska dejavnost ter najdena prisotnost revma faktorja in P-ANCA. Med hospitalizacijo so se ugotavljali tudi patološki urinski izvidi.

Zaradi pojasnitve rentgensko ugotovljenih pljučnih sprememb so bolnico 11. 5. 2005 napotili v klinično bolnišnico z diferencialno diagnostično dilemo med sistemskim vaskulitisom morda Wegenerjevo granulomatozo ali drugo granulomatozo pljuči.

V klinični bolnišnici se je diagnostični postopek usmeril v citohistološko opredelitev dogajanja v pljuči in izključitev infektivnega dogajanja. 16. 5. 2005 so ji opravili s histološko iglo RT-vodeno punkcijo lezije v levem zgornjem režnju. Histološki pregled odvzetega tkiva je bil ocenjen kot sumljiv za granulomsko vnetje z nekrozo. Vidne so bile spremenjene žilne strukture. Glivic in acidorezistentnih bacilov ni bilo videti. 27. 5. 2005 je bila opravljena še aspiracijska biopsija ene od lezij v levem zgornjem pljučnem režnju, katere citološki pregled je prikazal nekrotične mase, številne nevtrofilce in nekaj degeneriranih epitelnih celic, v vzorcu pa niso bile najdene glivice ali bacili tuberkuloze in ne maligne celice.

2. 6. 2005 so bolnico predstavili pulmološko-kirurškemu konziliju, ki je indiciral kirurško biopsijo ene od lezij v levih pljuči.

13. 6. 2005 so ji na kliničnem kirurškem oddelku opravili levostransko monitorakotomijo z odvzemom vzorcev tkiva iz lingule in spodnjega režnja, katerih histološki pregled je pokazal v odvzetih vzorcih pljuči nodularno granulomatozno nekrozantno vnetje z vaskulitisom, ki lahko ustreza Wegenerjevi granulomatozi.

Po opravljenem kirurškem posegu je bila bolnica vrnjena v klinično bolnišnico. Spremembe v pljučih so napredovale, dodatno je bil viden levostranski plevralni izliv, bila je v respiratorni insuficienci, zaradi katere je potrebovala dodajanje kisika, oslabela, shujšana, febrilna, bruhalo je in pogosto odvajala blato, s patološkim urinskim izvidom in na novo izraženimi ultrazvočnimi kazalci internistične okvare obeh ledvic.

17. 6. 2005 so uvedli antivnetno zdravljenje z medrolom in endoksanom.

24. 6. 2005 se je bolnici opravil okulistični pregled, ki ni odkril sprememb na očesnem ozadju. Ugotovil pa je sivo mreno.

11. 7. 2005 so ji bile z elektromiografijo zgornjih okončin najdene spremembe, ki bi bile lahko posledica multiple mononevropatije ob vaskulitisu.

15. 7. 2005 je imela opravljeno konzilijarno revmatološko analizo bolezenskega dogajanja, pri kateri so ugotovili, da gre za sistemski vaskulitis s prizadetostjo drobnega žilja in verjetno tudi žilja srednjega preseka (angiografsko dokazane zapore golenskih arterij, kazalci prizadetosti pljuč, črevesja, ledvic). Pozitivna testa na revma faktor in ugotovitev P-ANCA bi lahko ob klinični sliki in sklepni prizadetosti govorila za vaskulitis v poteku revmatoidnega artritisa, manj verjetno mikrovaskularnega angiitisa. Proti vaskulitisu ob revmatoidnem artritisu govori dejstvo, da redko prizadene pljuča in da se pojavlja predvsem pri bolnikih z agresivnim erozivnim potekom bolezni, o čemer pri bolnici ni bilo podatkov. Glede na histologijo pljuč je bila diagnoza Wegenerjeve granulomatoze možna, saj se v manjšem odstotku pri tej bolezni pojavi pozitivnost P-ANCA, bolezen pa lahko prizadene tudi žilje večjega preseka.

Na uvedeno antivnetno zdravljenje z medrolom in endoksanom se je bolnica odzvala s takojšnjim kliničnim izboljševanjem stanja, upadom vnetnih parametrov, normalizacijo urinskih izvidov in dobro regresijo rentgensko vidnih sprememb. Rane na stegnih po presadkih kože so se naposled pričele celiti. Ker se je zdravljenje z endoksanom zapletlo s toksično levkopenijo in agranulocitozo, se ga je nadomestilo z metotrekstatom. 25. 7. 2005 se je ponovno pojavila levkopenija, zato so ugotovili, da tudi s tem zdravilom bolnice ne bo mogoče zdraviti. Avtoimunska dejavnost se zaenkrat zavira z dvigom odmerka kortikosteroidnega zdravljenja. Bolnično izboljšanje se ta čas vzdržuje.

Po podrobnem prikazu poteka bolezni bolnice S. D. moramo, kakor vidimo, vendarle ovrednotiti prikazano zdravniško odločanje!

Najprej lahko ugotovimo, da sta osnovni bolezni pri bolnici sladkorna bolezen in avtoimunska bolezen, ki je bila ob odkritju opredeljena za revmatoidni artritis.

Septembra 2003 je prišlo do prvega žilnega zapleta na levi spodnji okončini, ki se je razložil z diabetično angiopatijo in zdravil z amputacijo levega stopala. Bi bil takrat smiseln posvet z diabetologom?

Septembra 2004 je prišlo do ponovitve žilnega dogodka na desni spodnji okončini. Ob dogodku sta bili ugotovljeni tudi anemija in prizadetost pljuč, ki se nista upoštevali pri diferencialni diagnostiki žilnega zapleta, kar je še posebej razvidno iz odpustnice, ki pljučnih sprememb niti ne omenja. Čeprav je bila po urgentni angiografiji svetovana razrešitev motenj pretoka v desni goleni s PTA, do posega ni prišlo; v dokumentaciji ni pojasnjeno, zakaj. Namesto tega so bolnici v obdobju od septembra do novembra 2004 postopoma, "po delih", amputirali desno nogo. Po analogiji z opredelitvijo dogodka pred letom dni, so spremembe razložili z diabetično angiopatijo. Bi bilo za bolnico bolje, če bi bila napotena najprej na internistični oddelek!? in ne na kirurški oddelek?!

Aprila 2005 se je pri bolnici ugotovilo poslabšanje pljučnega stanja. Bi pridobili na času, če bi jo takoj usmerili v klinično ustanovo zaradi neposrednejše diagnostike pljučnih sprememb?

Maja 2005 se je bolnici z semiinvazivnimi diagnostičnimi postopki ugotovilo granulomsko nekrozantno vnetje v pljučih ob odsotnosti kazalcev infektivne etiologije granulomatoze.

Junija 2005 se ji je kljub temu indiciralo odprto biopsijo pljuč. Je bilo res potrebno?

17. 6. 2005 se ji je naposled uvedlo antivnetno zdravljenje, ki je povzročilo preobrat v do takrat poslabšujočem kliničnem poteku s hitrim izboljševanjem prej vsak dan slabše bolnice, ki pa se na žalost zapleta s toksičnimi učinki citostatikov. Bo to uspelo avtoimunsko vnetno aktivnost pri bolnici učinkovito zavirati?!

Bi upoštevanje obeh osnovnih bolezni pri bolnici, njihovo bolj sistematično spremljanje ter ob žilnih dogodkih manj toga usmeritev le v razreševanje nekrozantnih pojavov na nogah brez natančnejše poglobitve v njihovo etiologijo lahko preprečilo pohabitev bolnice?

Bi zgodnejša ugotovitev vaskulitisa lahko prispevala k uspešnejšemu zdravljenju sicer prognozično nemalokrat neugodne bolezni?

Kakor vidimo, odpira opravljena analiza bolezni bolnice S. D. vprašanje celostne obravnave bolnika in prikaže težo in odgovornost našega dela, ki bi se je morali včasih bolj zavedati. ■



# Doktor, povejte, če je kje na svetu kakšno zdravilo, pa naj stane, kolikor hoče!

Branko Zakotnik

"Ne razumem, zakaj onkologi odklanjate aplikacijo zdravil vašim bolnikom, če si jih kupijo sami v tujini, ker pri nas niso zagotovljena?" me je na ploščadi pred KC vprašal kolega prim. asist. Martin Možina. Če ne bi bil to ravno Martin, bi zamahnil z roko, se pošalil in odbrzel naprej, saj je tempo pri nas na Onkološkem tak, da odkar so nam pred dvema letoma ukinili prehrano, jem največkrat šele zvečer doma. Ustavil sem se in se z njim pogovoril o težavah, ki jih imamo internisti onkologi zaradi izvajanja novega zdravljenja. Vprašanje, ki mi ga je zastavil dr. Možina, je v bistvu vprašanje, o katerem smo že večkrat razpravljali, nazadnje tudi na naši etični komisiji (predsednik prof. dr. Matjaž Zwitter) in je to dejansko vprašanje, na katerega bo treba čim prej odgovoriti.

Dovolite, da slovenski zdravniški javnosti osvetlim stanje na področju systemskega zdravljenja raka, ki v zadnjem času precej buri slovensko javnost, da bo morda moj odgovor na zgornje vprašanje bolj razumljiv.

**Zdravila:** Odkar smo v Evropski uniji, so vsa nova zdravila za zdravljenje raka obvezno registrirana po centraliziranem postopku (EMA) in to hkrati v vseh državah članicah. Seveda je zagotavljanje financiranja teh zdravil stvar vsake posamezne države, vendar so ta zdravila z registracijo lahko na policah lekarn in s tem dostopna vsakemu. V čem je torej težava? Glavni vzrok, da prihaja do težav, je cena zdravil, ki je v primerjavi z zdravili, ki smo jih uporabljali do sedaj, tudi do 100-krat višja (povprečno stane zdravljenje za enega bolnika okoli 3000 evrov na mesec). Ponavadi se uporabljajo v kombinaciji skupaj s citostatiki, ki smo jih uporabljali pred dobo "novih zdravil". Res je, da lahko več bolnikov pozdravimo, vendar na področju razsejanih solidnih tumorjev bolnike le zazdravimo in je ozdravitev (zelo abstrakten pojem) bolj izjemna. Ker je teh zdravil vedno več, jih lahko pri posamezniku uporabimo večkrat v času zdravljenja (ob ponovitvah bolezni), veliko pa je takih, ki se uporabljajo, dokler so učinkovita (dosmrtno kot npr. zdravila za pritisk).

**Bolniki:** Bolnikov z rakom je vedno več (pogostnost 2000/01 se je povečala za 4,9 odstotka, 2001/02 za 3,3 odstotka). Zdravljenje je bolj učinkovito, na voljo imamo vedno več zdravil in bolniki živijo dlje (hvala Bogu). Vsi ti dejavniki se med seboj množijo. Internisti onkologi smo v letu 2004 v primerjavi z 2003 imeli kar za 18 odstotkov več ambulantnih pregledov (velika večina ambulantno zdravljenje) in za 11 odstotkov več sprejemov. Povprečno smo internisti onkologi pogledali v naših ambulantah leta 2004 30,5 bolnika na ambulantno/zdravnika (od jutra pa ponavadi do 15 h, velikokrat tudi do 16 h). Gre za bolnike, ki so na zdravljenju in zahtevajo poleg natančnega pregleda tudi obsežno diagnostiko (evalvacija zdravljenja!), ki je, kot veste, težko dostopna.

**Prostori:** V situacijo, v kakršni smo na OI (že deset let gradimo bolnišnico v bolnišnici!) ne bomo mogli več dolgo zagotavljati zdravljenja našim bolnikom. S selitvijo v nove prostore v naslednjem letu, predvsem pa z novimi diagnostičnimi možnostmi, ki so bile do sedaj pri nas zelo skromne, upam, da bo tehnični del težave izboljššan.

**Zdravniki:** Trenutno nas je 15 internistov onkologov. Po mednarodnih priporočilih naj bi vsak internist onkolog sprejel in obravnaval na novo 100 do 150 bolnikov s solidnimi tumorji. Smo daleč pod številkami na prebivalca v evropskih državah, pogostnost pa pri nas ni nič manjša. Na Zbornico sem z utemeljitvijo poslal prošnjo (potrebe po specialistih do 2013) za devet dodatnih specialistov. Specializacija traja 6 let. Če pomislimo na naraščanje incidence, bomo lahko v Sloveniji

zagotavljali sodobno zdravljenje za vse bolnike z rakom le, če bomo uspeli zagotoviti primerno osnovno sistemsko zdravljenje za pogoste rake z ustreznimi usposobljenimi specialisti internisti onkologi še v treh regionalnih centrih, kakor smo to skupaj zastavili letošnjo pomlad. Upam, da bodo ob razpisu specializacij te potrebe zadolženi na Zdravniški zbornici uspeli izboriti.

**Ustava, zakon, pravice:** Zdravljenje raka je našim bolnikom zagotovljeno v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**"Real life":** Dejansko v Sloveniji še nimamo presejalnega programa za raka dojke in raka debelega črevesa in danke, ki sta dokazano koristna (bilo bi manj bolnikov v napredovali fazi bolezni za zdravljenje z dragimi zdravili). Imamo čakalne dobe za diagnostične postopke in operacije, kar močno vpliva na možnost ozdravitve, če gre za maligno bolezen, vendar to posameznika takrat še ne prizadene toliko, ker še ne ve, da ima raka. Čim pa to ve in izve (tu je internet!), da obstaja neko zdravilo, ki je dostopno na polici lekarn, bo želel tako on kakor svojci to zdravilo **ne glede na ceno** (to so farmacevtska podjetja izkoristila in postavila **pravo ceno**).

Kako smo do sedaj zagotavljali, da je novo zdravilo prišlo do bolnika? Vloge za nova zdravila ali širitev programov smo predstavljali na Zdravstvenem svetu, ki je po mojem mnenju povsem nepotrebna faza, saj se je izkazalo, da je šlo le za sififovo delo tako ZS kakor zdravnikov, ki smo te vloge pisali (že tako imamo komaj dovolj časa za svoje delo). Še nobeno zdravilo ni bilo zavrženo. Kakor sem dejal, so to vsa zdravila, ki so registrirana po centraliziranem postopku in imajo svoje točne indikacije. Zato smo spomlad na to težavo opozorili ministra za zdravje.

## Možne rešitve:

1. Zagotavljanje vseh registriranih zdravil glede na indikacije, ki jo zdravilo ima. V to igro bi bilo treba vključiti **vs**a zdravila, ki jih v Sloveniji uporabljamo, tako zdravila na recept, ki imajo dejansko biano menico za predpisovanje kakor bolnišnična zdravila, ki imajo omejitve s proračunom bolnišnice. Plačnik bi moral izvajati strokovni nadzor zdravljenja glede na indikacijo (SMPC zdravila). Zaradi racionalne uporabe zdravil bi morali nujno uvesti participacijo na recept ali zdravilo. Večina držav jo ima. Menim, da bi lahko na tak način držali korak s svetom še nekaj časa.
2. Če se račun na tak način ne bi izšel, bo treba omejevati zdravljenje v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. To omejitev bi bilo treba jasno strokovno opredeliti, jo zapisati in obvestiti javnost (zavarovalnica, minister, parlament), saj tega ne more nase prevzeti zdravnik. V tem primeru bi bilo treba uradno omogočiti dodatna zavarovanja, sklade in lahko tudi samoplačništvo. To upam, da ne bo v obliki zdravila, ki si ga bolnik prinese iz tujine, kakor me je vprašal dr. Možina. Tujina ni samo sosednja Avstrija, zdravila, ki jih bodo prinašali, bodo od vsepovsod, z vsemi možnimi deklaracijami, vprašanje, kako hranjena, enkrat jih bo dobil, za naslednji ciklus ne, dalj časa se bo zdravil, manj bo imel denarja ... In ko bolniku grozi huda bolezen s smrtjo, je sporazumevanje z njim, še bolj pa s svojci izredno naporno. To počnem na OI že 23 let, sem se že precej utrdil, vendar menim, da takšne situacije ne bi nihče zdržal dolgo. Ne, v tem primeru ne bi želel biti lečeči zdravnik. Da, lahko samoplačnik, vendar po uradni poti! ■

# Ali lahko zagotavljanje varnosti bolnika poveča varnost zdravnika?

Davorin Dajčman

Prepogosto vsiljeni predstavi o moči zdravnika in šibkosti bolnika se moramo zdravstveni delavci izogibati, še posebej na javnih nastopih, na katere smo povabljeni ali v njih sodelujemo po svoji dolžnosti. Takšna predstava namreč pomeni polom zelenih smeri prihodnjega razvoja odnosov med subjekti, ki so udeleženi v procesu zdravljenja bolnika ali načrtovanja gospodarskega in političnega razvoja zdravstva. Napihnjena strokovnost na strani zdravstva in poudarjena naivnost na strani »laičnih« bolnikov ne koristi nobeni strani. Samo brez temnih očal pred očmi lahko obe strani večbarvno prepoznata svoje in druge interese pri procesih zdravljenja ali preventivnih ukrepov, različnosti v razmišljanju, finančno vodenost izvajanja zdravstvenih storitev in porabe zdravil ter vpliva trenutnih političnih razmer na stanje v zdravstvu. Zanesljivo bi težko dokazali, da so zgodbe o »uspehu« ali »neuspehu« zdravljenja posameznih bolnikov rezultat večje ali slabše učinkovitosti določene garniture na Ministrstvu za zdravje ali naših največjih stanovskih organizacijah, tj. Zdravniški zbornici in Zdravniškem društvu. Posplošeni očitki v takšnih primerih so posledica pomanjkanja premišljenega in nepristranskega pogleda javnih občil (brez ali s pomanjkljivim strokovnim svetovanjem), nenadzorovane in nestrpne želje državljanov po zagotavljanju svojih pravic za vsako ceno in ob vsakem trenutku ter nesoglasij v zdravstvu. Vprašanja razvoja zdravstvenega sistema pa morajo biti pod drobnogledom splošne javnosti in predmet analiz strokovnih forumov in državnih organov, zato moramo številne komentarje, kritike ali nasprotovanja analizirati kot morebitna opozorila o šibkosti sistema izvajanja zdravstvenih storitev in posledično pravilno prikazati razmere, v katerih nesoglasja nastajajo. Pri tem morajo vse strani prevzeti svoj delež odgovornosti.

Ker je delo zdravnikov postalo sila odmevna, javnost njihove nastope sprejema vse bolj kritično. Pri tem se vedno bolj pozablja, da sta za delo zdravnika nujno potrebna dva, poleg zdravnika še bolnik, do katerega pa javnost nima enakovrednega stališča in ga prikazuje kakor nemočnega, podrejenega in povsem odvisnega od »dominantnega« zdravnika. Zdravniki se moramo oddaljiti od poskusov takšnega prikazovanja našega dela ter se jasno in odločno postaviti po robu »trendovskemu« prikazovanju naše odgovornosti za razmere v zdravstvu ali medijsko odzivnimi primeri zdravljenja. Glede na to, da je zdravnikova dejavnost zelo večplastna in odvisna od različnih lastnosti družbe, v kateri dela, je skoraj zanesljivo nemogoče govoriti o subjektivni krivdi na individualni ravni za večino nastalih odškodninskih zahtevkov. Vse zdravnike povezujejo isti temelji: pri svojem delu mora zdravnik do bolnika in tretjih oseb (večinoma bolnikov ožji svojci) pokazati največjo stopnjo strokovnosti in skrbnosti. Primeri, pri katerih sta dokazljivo zanemarjeni ti dve načeli, so zelo redki, in zagotovo niso bolj pogosti kot pri izvajanju praviških storitev ali drugih človeških dejavnosti! Zanemarjanje strokovnih načel, opustitev zdravljenja ali neupoštevanje bolnikove volje, še posebej pa aktivno škodljivo delovanje so redkost, seveda pa nedvomno vodijo v odgovornost za nastalo škodo. Velik del zdravnikovih obveznosti ni neposredno povezan z bolnikom. Zdravnik je dolžan spoštovati pravila nivojskega načina izvajanja zdravstvenih storitev (osnovni, sekundarni, terciarni), upoštevati pravila, ki jih določa plačnik zdravstvenih storitev, slediti procesnim pravilom, ki jih narekuje stroka in nenazadnje spremljati strokovno literaturo ter v slovensko zdravstvo vnašati nove oblike zdravljenja. Pri tem se je v vstopom Slovenije v Evropsko unijo (EU) standard zdravnikove skrbnosti razširil do meja veljavnosti določb unije. EU se v Luksemburški deklaraciji zavzema za čim večjo varnost

bolnika, ker je zdravljenje bolnikov dejavnost z visokim tveganjem za nastanek škode. Zdravstvena oskrba človeka je osnovna pravica in potreba, zato bolniki upravičeno pričakujejo, da bo zdravstvena dejavnost zagotavljala njihovo varnost po svojih najboljših močeh. Površno branje omenjene deklaracije in poznavanje razmer v našem zdravstvu nehote poraja dvom o nepristranskosti takih stališč. Vendar moramo razumeti, da uresničitev načel v praksi ne temelji zgolj na konkretnem izvajanju zdravljenja, pač pa predvsem na organizaciji in financiranju celotnega sistema zdravstvenega varstva. Tako lahko pozdravimo načela EU, saj bomo kot njeni člani morali na državni ravni poglobljeno razmisliti o razvojnih smernicah zdravstvenega sistema in financiranja zdravstva. Država bo morala bolj zaščititi slovenskega bolnika, s tem pa zdravniku omogočiti boljše pogoje izvajanja zdravstvenega varstva in varnejše delovanje. Upamo lahko, da bodo nove razmere v prihodnje vplivale na konstruktivnejše javne razprave o položaju posameznih subjektov v procesu zdravljenja, čeprav izhajajoč iz javnomnenjskih ocen razmer o tem še ne moremo biti prepričani. Če varnost bolnika v evropskem duhu razumemo kot dvig kakovosti življenja, razvoj stroke, zmanjševanje izpostavljenosti neželenim učinkom, krčenje stroškov zdravljenja in prerazporeditev porabe finančnih sredstev v preventivne programe, je razumljivo, da tega ne zmoremo izpeljati le zdravniki in naš stan, ampak država kot celota. S prilagajanjem zakonodaje EU se bodo spreminjali tudi standardi v zdravstvu, kar bo zanesljivo vplivalo na odgovornejši način razmišljanja tudi med uporabniki zdravstvenih storitev.

Znano pa je, da se je zdravstvena politika zahodnih držav v preteklosti ukvarjala pretežno s fantazijo progresivnega razvoja stroke in ponudbo sodobnih, tehnološko zelo zahtevnih oblik zdravljenja na račun discipliniranega in od svojih finančnih zmožnosti odvisnega državljana, medtem ko se je v državah propadlega socializma krepila visoka socialna varnost brez stvarnih finančnih temeljev. Ne moremo presojati posplošeno, vendar lahko za zdravstvo nedvomno trdimo, da v Sloveniji prihaja do združevanja z različno zdravstveno kulturo, premagovanje razlik pa bo gotovo daljši družbeni proces. Premagovanje razlik in izdelava sodobnih smernic razvoja zdravstvenega sistema zagotovo zahtevata nekakšen zdravstveni vodič po evropskih državah. Seveda pa kakovostnih lestvic zdravstvenih sistemov ni, zato različni slovenski državni forumi in skupine strokovnjakov iščejo svoje modele po Evropi ali zunaj nje. Vendar zgolj merjenje strokovnih dosežkov in zmogljivost zdravstvenih zavarovalnic ne moreta biti edino merilo iskanja najboljšega modela. Res je, da so takšni modeli zelo privlačni za medije: kdo odkrije novo zdravilo (AIDS, rakave bolezni), kdo presadi največ organov, kje so ljudje najbolj zdravi in tako dalje. Če se v te zdravstvene sisteme poglobimo, pa čista in zmagoslavna slika kaj hitro izgine, še posebej ko analize upoštevajo tudi način in višine premij zdravstvenega zavarovanja, ki omogočijo človeku koriščenje takšnih, medijsko odzivnih dosežkov medicine.

Ob vprašanju iskanja nove evropske zdravstvene identitete na Slovenskem bomo morali upoštevati dediščino srednjeevropskega prostora, v katerem sta pomembno vlogo odigrala dva različna pogleda na položaj človeka v družbi. Tako Evropa kakor mi moramo upoštevati, da naše izkušnje s socialističnim režimom in kapitalistična preteklost večinskega dela EU nista umetni akumulacijski jezera, ampak bistra potoka, ki se zlivata v skupno reko. Bodimo optimisti, zato pričakujemo od realizirane združene Evrope pospešitev mešanja različnih tokov v zdravstvo, razvoj bolniku prijaznejšega zdravstva ter izboljšanje pogojev za zdravnikovo varnosti. ■

# Ozonska terapija v zobozdravstvu – izziv za prihodnost

Peter Kobolt

Sodobna preventiva v zobozdravstvu nam je omogočila, da je raven ustnega in s tem zobnega zdravja vse višja, posledica tega pa je vse manjša potreba po invazijski oskrbi trdih zobnih tkiv. Zamisel, da bi bil obisk pri zobozdravniku prijeten za pacienta in seveda kar se da neboleč, je že zelo stara. Možnost brezbolečinskega dela v zobozdravstvenih ordinacijah so do sedaj iskali predvsem v sedaciji in lokalni anesteziji. Vendar je strah pri pacientih pred anestezijo prav tako velik.

V zadnjem času pa so se začele pojavljati metode brezbolečinskega dela, ki že same po sebi delujejo na takšnih načelih, da ne povzročajo bolečine ter ne zbujejo neprijetnega občutka pri pacientu. Ena od teh metod je delo z dodajanjem ozona na začetno demineralizirano lezijo. Metoda temelji na načelu oksidacije in posledično uničenju mikroorganizmov – povzročiteljev demineralizacije trde zobne substance (kariesa). Ta se v nadaljnji fazi s podpornim zdravljenjem remineralizira.

Ozon je sestavljen iz treh atomov kisika. Atomarni kisik je osnova za nastanek molekule ozona, nastane pa z razpadom molekule kisika ob prisotnosti energije. Vir te pa je lahko visoka temperatura, ultravijolični žarki ali drugi kemični ali električni vplivi. Molekula je bogata z energijo, vendar pa je nestabilna. Ozon uniči celično steno bakterij ter virusno ovojnico in razgradi njihovo notranjost, druga pomembna reakcija ozona pa je nevtralizacija kislin, ki so proizvod metabolizma mikroorganizmov ter njihovega razpada.

Terapija z ozonom v medicini vsekakor ni novost in se uporablja na različnih področjih, kot so zdravljenje boleznih srca in ožilja, razne infekcijske bolezni, zdravljenje omotice, kroničnih glavobolov, revmatičnih bolezni, podporno zdravljenje pri raku, dermatoloških bolezni, bronhialni astmi in drugih alergijah, splošni oslabilosti imunskega sistema in še pri mnogih drugih boleznih. Ozon so uporabljali za dezinfekcijo ran že v začetku dvajsetega stoletja.

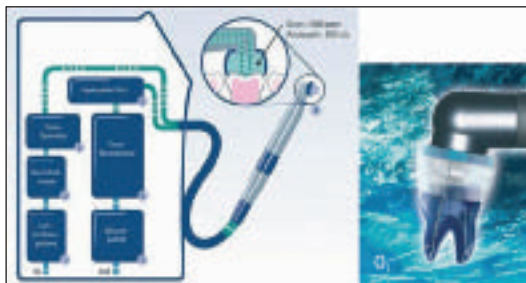
Uspeh preventive in zdravljenja trdih zobnih tkiv z ozonsko terapijo temelji na do sedaj že utečeni praksi pri nas in v razvitem svetu, ki predlaga preventivne preglede vsakih šest mesecev. Pacientu se ob vsakem obisku odstranijo trde in mehke zobne obloge. Priporočena je uporaba ultrazvočnih čistilcev ter peskalnikov, s katerimi se lahko bolje očisti tudi obloge v fisurnem delu zob predkočniškega ter kočniškega predela. Nato se opravi odkrivanje demineraliziranih predelov z elektronskim detektorjem, temu pa sledi aplikacija ozona na te predele. Po končanem ozonskem zdravljenju se prizadeta mesta obdelajo z remineralizacijskimi sredstvi, kar

lahko primerjamo s topikalno aplikacijo fluoridov. Remineralizacijska sredstva vsebujejo natrijev fluorid, ksilitol, natrijev monfluoridfosfat, natrijev citrat ter kalcijev fosfat. Njihovi ioni z vezavo na okvarjeno

zobno substanco pripomorejo k njeni obnovitvi. Po zdravljenju bolnik še tri tedne nadaljuje z ustrezno ustno higieno ob uporabi priporočenih sredstev. Nato pa preide na uporabo običajne zobne paste. Kontrola sledi čez šest mesecev.

To je »pravljica«, ki bi si jo želeli vsi ljudje, ki so kadarkoli občutili zobno bolečino ter zobozdravniški sveder. Za stroko pa bi to moralo pomeniti tisti ideal, h kateremu naj bi stremeli vsi.

Metoda ozonskega zdravljenja se v zahodni Evropi ter v ZDA uporablja v praksi že od leta 1998 in je danes ena od uveljavljenih tehnik zdravljenja kariesa v otroškem in preventivnem zobozdravstvu. Uporablja se predvsem kot preventiva pri zalivanju fisur stalnih ličnikov in kočnikov. Zadnje čase pa se vse bolj uporablja tudi v odraslem zobozdravstvu, kot terapija preobčutljivosti zobnih vratov, dezinfekcija koreninskih



kanalov pri zdravljenju zobnih korenin, dezinfekcija obrušeni zob pred cementiranjem fiksno protetičnih sider, za preprečevanje bolečine po izdelavi kompozitnih zalivk, beljenje zob ter zdravljenje nekaterih ustnih bolezni, kot so afte ter herpes labialis.

Največ zadovoljstva

pa so zobozdravniki poželi na račun prijaznosti metode do pacientov, ki se kar ne morejo načuditi takšnim vrstam obiskov pri zobozdravniku. Čiščenje zobnih oblog z novejšimi pripomočki ne povzročata neprijetnih občutkov ter skelečnih bolečin. Detekcija karioznih lezij z digitalnimi detektorji je popolnoma neboleča, prav tako tudi aplikacija ozona. Vzdrževanje pa ob dobrem pouku ustne higiene nudi pacientu možnost ohranitve zdravih zob do pozne starosti.

Poudariti je treba tudi, da mora biti terapevt primerno usposobljen za ravnanje s temi instrumenti.

V Sloveniji je bila ta metoda prvič predstavljena tretjega junija letos v Portorožu na razstavi stomatološke opreme ter materialov na kongresu stomatološke sekcije SZD. Predstavilo jo je podjetje Kavov iz Nemčije.

Metodo so izvajali v nekaterih redkih zobozdravstvenih ordinacijah pri nas že skoraj leto prej. Težava uvajanja takšne metode pri nas je seveda v ceni aparatov, ki so na trgu, ter v ceni takšne storitve, ki je v celoti samoplačniška tako za otroke kakor za odrasle.

Torej ima prihodnost zobozdravstva v pogledu prijaznega pristopa k pacientom dobro vizijo, potrebno pa bo še veliko časa in energije, da bi lahko vzpostavili takšno raven ustne higiene, da bi lahko izvajali popolno brezbolečinsko oskrbo pri naših pacientih. Predvsem pa bi bilo treba preurediti način preventivnega delovanja v samem zobozdravstvu in tudi boljšega ovrednotenja takšnih storitev. ■

Ozonsko zdravljenje je v medicini prisotno na več področjih. Za dezinfekcijo ran se uporablja že od začetka 20. stoletja.

# Zapisniki IO ZZS

## Zapisnik 14. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 8. septembra 2005

Prisotni člani izvršilnega odbora: prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., prim. Jožef Ferk, dr. med., prof. dr. Matija Horvat, dr. med., prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Tatjana Puc Kous, dr. med.

Prisotni vabljeni: asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., mag. Zlatko Fras, dr. med., Borut Gubina, dr. med., Anica Novak, dr. med., asist. mag. Franc Šifrer, dr. med., Jožica Osolnik, ekon.

Vladislav Pegan je predlagal spremembo dnevnega reda, in sicer namesto 5. točke »Poročilo s sestanka zdravniških organizacij na Ministrstvu za zdravje« poročilo Marka Bitenca o projektu svobodni zdravnik specialist. Predlagal je sprejem spremenjenega in dopolnjenega dnevnega reda:

*Sklep št. 196/14/2005:*

1. **Potrditev zapisnika 13. seje izvršilnega odbora z dne 25. 8. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.**
2. **Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice za obdobje januar – junij 2005.**
3. **Pobude za reševanje težav pri vodenju specializacij zdravnikov.**
4. **Letni načrt opredelitve višine sredstev za plače in nadomestila specializantov ter druge stroške programa specializacij za leto 2005.**
5. **Vzroki za uvedbo svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji.**
6. **Predlog za razširitev vsebine spletne strani Zbornice za potrebe zasebnih zdravnikov.**
7. **Razno.**

Sklep je bil soglasno sprejet:

### **K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 13. seje izvršilnega odbora z dne 25. 8. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.**

Andreja Kocijančič je povedala, da je na prejšnji seji ni bilo, zato je obvestila prisotne, da gre pri razpravi o strokovnem nadzoru s strani odbora za strokovno-medicinska vprašanja in odbora za pravno-etična vprašanja za isto zdravnico in dva različna pacienta, zato bi se zadevi obravnavali skupaj. Postavila je vprašanje o sklepu o ustanovitvi zbornične komisije za izvedenstvo ter predlagala, da bi določili sklicatelja oziroma koordinatorja komisije.

Vladislav Pegan je razložil, zakaj je pri zadevi šlo.

Po krajši razpravi je predlagal, da se člani komisije najprej sestanejo ter preučijo možnost določitve meril. Da bi se izognili posledicam napačnega razumevanja, je predlagal, da se iz zapisnika 13. seje umakne sklep št. 194/13/2005 ter se napiše, da je potekala razprava o tej temi.

*Sklep 197/14/2005:*

### **Za sklicatelja in koordinatorja komisije je bil imenovan Žarko Pinter, dr. med.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

Vladislav Pegan je obvestil prisotne o dopisu, ki ga je posredoval

predsednici podskupine za ambulantno ginekologijo Luciji Vrabič Dežman, dr. med., o ukinitvi podskupine.

Tatjana Puc Kous je pri 8. točki – Razno: zdravniki odvisniki – poročilo s sestanka – omenila, da bi sama rada sodelovala v skupini za delo z odvisniki, če bo ustanovljena.

Mateja Bulc je dopolnila svojo razpravo pri poročilu Žarka Pinterja »zdravniki odvisniki«.

*Sklep št. 198/14/2005:*

### **Izvršilni odbor potrdi dopolnjeni zapisnik 13. seje izvršilnega odbora z dne 25. 8. 2005.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

### **K 2. točki dnevnega reda: Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice za obdobje januar – junij 2005**

Brane Dobnikar je prikazal poročilo ter povedal, da je v prvem polletju 2005 Zbornica poslovala pozitivno ter da so bili prihodki višji od načrtovanih za 3,5 odstotka in odhodki manjši za 9,2 odstotka.

Vladislav Pegan je dodal, da je Zbornica za javna pooblastila prejela 11 milijonov tolarjev več kakor lansko leto.

Zlatko Fras je postavil vprašanje o znižanju potnih stroškov za 50 odstotkov, kako je mogoče tako veliko znižanje oziroma, če to pomeni, da je načrt narobe zastavljen.

Glede presežka finančnih sredstev je predlagal, da bi se zbornična skupina za informatiko sestala ter preučila možnost izboljšanja informacijskega sistema na oddelku za usposabljanje, omenil je, da gre predvsem za avtomatiziranje določenih delov, kakor na primer prijavljanje na specializantska delovna mesta.

Vladislav Pegan je obvestil prisotne, da so na znižanje potnih stroškov vplivali tako potni stroški za tujino kakor tudi v Sloveniji. Glede odobranja potnin v tujino načeloma ni bilo negativnih sklepov, so pa skušali zmanjševati število potujočih na najmanjšo možno mero.

Brane Dobnikar je povedal, da Zbornica že pričakuje celovito ponudbo, kako izboljšati določene aplikacije.

Tatjana Puc Kous je pri informacijskem sistemu omenila spletno stran zasebnih zdravnikov, da bi se lahko dokončno uredila. Predlagala je, da bi se del sredstev vseeno namenil za rezervacije Domus Medica.

Franc Šifrer je opozoril, naj se razprava ne spremeni v spreminjanje letnega finančnega načrta, saj gre za polletno poročilo, letni načrt pa sprejema skupščina.

Marko Bitenc je kot član skupine za informatiko prisotne obvestil, da ne bi več želel sodelovati v skupini, saj sam nima dovolj znanja na tem področju.

Jožica Osolnik je pri odstopanju od finančnega načrta pri potnih stroških povedala, da so finančni načrt pripravili glede na prejšnje leto, v letu 2004 sta bili na primer v tem času že dve seji skupščine, zato so nastala odstopanja.

Vladislav Pegan je predlagal, da se kljub presežku finančnih sredstev v prvem polletju 2005, najprej opravijo obiski vseh regij, kjer bodo prav gotovo evidentirane potrebe regijskih odborov, odprto je tudi vprašanje sofinanciranja nakupa prostorov za delovanje mariborskega regijskega odbora in oblikovanje rezervacij za Domus Medico.

*Sklep št. 199/14/2005:*

**Izvršilni odbor je sprejel informacijo o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem polletju 2005.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

**K 3. točki dnevnega reda: Pobude za reševanje težav pri vodenju specializacij zdravnikov**

Vladislav Pegan je uvodoma omenil sestanek na Ministrstvu za zdravje, kjer je bilo kar nekaj pripomb o vodenju specializacij. Povedal je, da naj bi se vse pripombe, kolikor bo mogoče, upoštevale pri nadaljnjem vodenju specializacij. Omenil je, da je Zbornica predlagala, naj sistem ostane globalno gledano enak, uvedli pa bi manjše spremembe, ki bi omilile ali odstranile vzroke za pripombe o poteku in vodenju specializacij.

Zlatko Fras je pojasnil, zakaj ni priloge k gradivu, ter povedal, da gre zgolj za predloge in informacijo, izdelani predlog bo pozneje komisija za specializacije predstavila izvršilnemu odboru. Povedal je, da je od skupnega sestanka o specializacijah potekalo več dejavnosti pri različnih organih. Omenil je sestanek s Slovenskim zdravniškim društvom in povedal, da se je večina udeležencev strinjala, naj Zbornica na pobudo skupščinskega sveta Slovenskemu zdravniškemu društvu predlaga ponovno preučitev trajanja specializacij. Kot drugo je omenil predlog, da se komisija za ugotavljanje in izpolnjevanje pogojev zavodov za izvajanje programa pripravništva, sekundarijata in specializacij razširi z dvema dodatnima članoma, kar bo vključeno v predlog, ki ga bo prejel izvršilni odbor. Omenil je, da so na skupnem sestanku s predstavniki Fidesa in Slovenskega zdravniškega društva, o morebitnem izboljšanju postopkov odobravanja specializacij zaradi upravnega postopka, ki podaljšuje celoten začetek specializacije ter zaradi osnovne težave, ki podaljšuje možnost pritožbe na izbirni postopek, predlagali, da bi se morali kandidati potegovati za mesto na razpisu z določenim številom točk, kar pomeni, da bi bili ocenjeni že prej. Razložil je, da gre za podoben sistem, kakor je sprejemanje na fakultetah. Omenil je, da tak sistem nalaga več dela, vendar bi se v tem primeru pritožbe pomaknile za stopnjo nazaj. Postopki bodo krajši, vendar tak postopek ne zahteva regijskega predstavnika oziroma ta nima posebne vloge, kar bo verjetno predstavljalo težavo. Povedal je, da bodo vsi predlogi predstavljeni Svetu za izobraževanje.

Vladislav Pegan je dodal, da o trajanju specializacij odloča Slovensko zdravniško društvo, Zbornica lahko poda le priporočilo. Zelo pomembna je akreditacija. O predlogu Fidesa, da bi bila Zdravniška zbornica Slovenije zaposlovalec vseh specializantov, je povedal, da bi bilo to preveliko breme, saj bi Zbornica morala zaposliti šest novih oseb. Povedal je, da je Ministrstvu za zdravje predlagal, naj ministrstvo ustanovi posebno agencijo, ki bi zaposlovala vse specializante. Dodal je, da se je minister strinjal s predlogom.

Zlatko Fras je omenil, da se mu zdi to velik korak nazaj, saj predlog pomeni poddržavljanje specializacij, s tem bi med drugim država vsako leto pridobila tri milijarde na razpolago.

Vladislav Pegan je povedal, da sprejema pomisleke, vendar Zbornica nenehno prejema vprašanja specializantov o težavah izplačevanja osebnih dohodkov, denarja za izobraževanje, dodatkov za ločeno življenje, dopustov in drugega. Omenil je, da bi vse drugo, vodenje specializacij, izbirne postopke opravljala Zbornica, urejanja materialnega stanja pa ne.

Zlatko Fras je omenil, da bi v tem primeru Ministrstvo za zdravje lažje prevzelo tudi vodenje specializacij.

Tatjana Puc Kous je dodala, da še nihče ni dobil zapisnika s posveta na temo specializacij, zato je težko razpravljati brez vedenja, kakšni so bili zaključki posveta.

Jožef Ferk se je strinjal, da naj sistem vodenja specializacij ostane isti kot do sedaj, vendar je zaprosil, da naj komisija poda jasno napisan predlog. Predlagal je izboljšavo finančnih tokov med specializantom in

zavodom, kjer je zaposlen.

Andreja Kocijančič je omenila, da jo moti približna ocena, da 50 odstotkov zavodov ni odgovorilo na dopis za akreditacijo, čeprav se ves čas govori o tem, kako zelo so ustanove zainteresirane zanjo. Predlagala je pripravo spiska, kdo je odgovoril in kdo ni. Glede vprašanja pritožb na postopek vodenja specializacij je omenila, da je zadevo potrebno nujno razrešiti ter postavila vprašanje, če obstaja možnost, da se sistem vzpostavi na regijski ravni.

Zlatko Fras je odgovoril, da to postopek zelo zaplete, saj bi prišlo do velike nepreglednosti.

Marko Bitenc je omenil, da bi se lahko odpovedali regijskemu načelu, saj je bil to rezultat prejšnjega kompromisa. Povedal je, da naj bi Zbornica nadaljevala s funkcijo, da zagotavlja dovolj specializantov (pravočasen in pregleden izračun). V vsakem primeru pa se približno samo od sebe zgodi, da najboljši specializanti odidejo v terciarne ustanove, drugi pa se porazdelijo po regijah, takšno načelo velja v vseh državah sveta.

Zlatko Fras je omenil da se sam vsekakor zavzema za pokrivanje vseh regij, vendar žal se tega ne da storiti, kar dokazuje tudi zadnji razpis.

Jožef Ferk je postavil vprašanje, ali se sploh da preprečiti pritožbe na postopek. Predlagal je, da pravna služba Zbornice preveri, kako bi se postopek nadaljeval kljub pritožbi specializanta. Glede regijskega vpliva je menil, da ga tako ali tako ni. Ključ do bolj preglednega postopka je pravilno izdelana mreža. Predlagal je nadgradnjo sedanjega sistema.

Zlatko Fras je razložil, da se ne da ukiniti možnosti pritožbe na postopek. Upa, da bosta svet za izobraževanje in komisija za specializacije razpravljala v podobnem duhu, nato pa bosta podala svoje mnenje izvršilnemu odboru, kar bi se zgodilo čez približno štirinajst dni.

Marko Bitenc je povedal, da se Zbornica lahko zaveže, naj ministrstvu predlaga drugačen razpis – načrt specializacij.

Vladislav Pegan je predlagal, da naj Zdravniška zbornica Slovenije pri naslednjem razpisu Ministrstvu za zdravje priporoči preusmeritev treh kandidatov splošne kirurgije za kardiovaskularno kirurgijo v mariborski regiji.

Zlatko Fras je predlagal, da se poglobljena razprava (o posameznih specializacijah) preloži na eno od naslednjih sej.

**K 4. točki dnevnega reda: Letni načrt opredelitve višine sredstev za plače in nadomestila specializantov ter druge stroške programa specializacij za leto 2005.**

Zlatko Fras je predstavil letni načrt 2005. Omenil je, da gre za manjšo spremembo letnega načrta, ki je globalno že sprejet, gre za spremembo na račun specializantov, ki krožijo na Medicinski fakulteti.

*Sklep št. 200/14/2005:*

**Izvršilni odbor je potrdil letni načrt za leto 2005 za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov in druge stroške programa specializacij.**

Sklep je bil soglasno sprejet.

**K 5. točki dnevnega reda: Vzroki za uvedbo svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji**

Marko Bitenc je predstavil projekt svobodnega zdravnika specialista.

Matija Horvat je vprašal, kako bi svobodni zdravnik specialist opravljal dežurno službo.

Marko Bitenc je odgovoril, da bi vse potekalo enako kakor doslej, kar je opredeljeno v pogodbi svobodnega zdravnika specialista. Ostal bi v bolnišnici, kar bi pomenilo bistveno večjo varnost, saj ne bi zapustil javnega zdravstvenega zavoda.

Tatjana Puc Kous je vprašala o izračunu, koliko dražji so takšni

specialisti ter kje vse bodo lahko delovali.

Marko Bitenc je predstavil primer Nizozemske, kjer je svobodni zdravnik specialist dražji za 30 odstotkov, vendar gre za drugačno kakovost. O delovanju je odgovoril, da je to odvisno od posameznika ter da svobodni zdravnik specialist nima omejitev.

Matija Horvat je vprašal, če je sistem primeren za vse profile zdravnikov.

Marko Bitenc je razložil, da je največ tistih svobodnih zdravnikov specialistov, ki izvajajo operativne stroke, anestezijo, diagnostične postopke, kirurgijo in drugo. Omenil je, da so to tudi področja, kjer so največja pomanjkanja.

Obvestil je, da je vse o projektu svobodni zdravnik specialist objavljeno na spletni strani Zbornice.

#### **K 6. točki dnevnega reda Predlog za razširitev vsebine spletne strani Zbornice za potrebe zasebnih zdravnikov**

Brane Dobnikar je prikazal ponudbo za dopolnitev dela spletne strani Zbornice za potrebe zasebnih zdravnikov. Omenil je, da gre za nujno posodobitev, s katero bi na dolgi rok tudi znižali stroške Zbornice.

Tatjana Puc Kous je povedala, da je zasebnih zdravnikov vedno več, tako da bo verjetno spletna stran, namenjena zasebnim zdravnikom, zelo obiskana.

Mateja Bulc je opozorila, da je v ponudbi naročnik Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in ne Zdravniška zbornica Slovenije, kar bi bilo treba spremeniti, saj ne bo Zbornica plačnik projekta Združenja. Predlagala je, da bi bilo treba najprej natančno pregledati predstavljeni predlog, saj je potreben nekaterih sprememb.

Tatjana Puc Kous je povedala, da gre za dopolnitev že obstoječe spletne strani ter da ni vedela, da gre za kakšno posebno ponudbo.

Elizabeta Bobnar Najžer je opozorila, da ponudba ni namenjena prenovi Zbornične spletne strani, ampak neke druge, zato je predlagala, da se preveri, za kakšno ponudbo gre, preden bi se odločali o dokončni postavitvi.

Brane Dobnikar je predlagal, da se Elizabeta Bobnar Najžer, Tatjana Puc Kous ali Franc Šuta, ter on sam dogovorijo s ponudnikom in predstavijo prečiščen predlog za odločanje izvršilnemu odboru.

Vladislav Pegan je poudaril, da se sprejme ponudba le, če je plačnik in lastnik tega projekta Zbornica. Predlagal je, da Zbornica sama stopi

v stik s pripravljavci ponudbe ter da se vprašanje prestavi na eno od naslednjih sej izvršilnega odbora.

#### **K 7. točki dnevnega reda: Razno**

- Dopis ZZZS – recepti za osebno rabo

Vladislav Pegan je povedal, da je Zbornica od ZZZS prejela dopis o receptih za osebno rabo oziroma posodobitev 120. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Razložil je, da naj bi recepte izdajali le zdravniki z veljavno licenco, kar je v skladu z Zakonom o zdravniški službi. Baza podatkov izvajalcev ne vsebuje podatka o veljavni licenci, zato je ZZZS zaprosil za sodelovanje na tem področju. Predlagal je, da Zbornica obvesti zavarovalnico, da je 30 receptov letno premalo.

Borut Gubina je omenil, da je o tem že potekala razprava ter da specializanti nimajo licence, čeprav recepte lahko predpisujejo, saj dobi vsak zdravnik po strokovnem izpitu številko zdravnika, kar zadostuje za izpolnjevanje receptov. Predlagal je, da bi se to uredilo.

Vladislav Pegan je predlagal, da se obvesti Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da licenca ni pogoj za pridobitev receptov.

Prisotni so se strinjali.

- Potek pogajanj in nadaljnja dogajanja o LZM

Tatjana Puc Kous je razložila težavo glede finančnega vidika laboratorijskih storitev.

Vladislav Pegan je omenil, da je medtem govoril s Francem Šuto, ki je omenil, da se zadeva umirja ter zagotovil, da bo organiziral sestanek z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, če bo pogajalska skupina želela sestanek na hitro.

Tatjana Puc Kous je zaprosila, da izvršilni odbor sprejme sklep, da se Alenka Forte, dr. med., udeleži morebitnega sestanka.

Vladislav Pegan se je strinjal ter povedal, da bo na naslednji seji obvestil IO, kako se je vprašanje uredilo.

*Sklep št. 206/14/2005:*

**Izvršilni odbor se strinja, da Vladislav Pegan skliče sestanek z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, če se zadeve ne bodo umirile. Sestanka se bo udeležila tudi Alenka Forte.**

Sklep je bil soglasno sprejet. ■

*Zapisala: Katja Martinc*



Za razpravo

# Iskanje soglasja za zdravljenje znotrajžilnih kroničnih aterosklerotičnih sprememb

Vojko Flis

**A**prila 2005 je bilo v Londonu eno najpomembnejših evropskih srečanj o zdravljenju bolezenskih (predvsem aterosklerotičnih) sprememb (zožitve, zapore, anevrizme) arterij (Charing cross 2005).

Zaradi izjemno hitrega napredka tehnologij in novih postopkov znotrajžilnega zdravljenja kroničnih aterosklerotičnih sprememb na arterijah je bilo letošnje srečanje namenjeno iskanju novega prekomorskega soglasja (transatlantski konsenz) o različnih postopkih invazivnega zdravljenja na omenjenem področju. Staro soglasje (1), znano pod kratico TASC (Transatlantic inter-society consensus), je staro pet let. Toda v zadnjih petih letih so se zgodile tako velike spremembe pri uporabi znotrajžilnih postopkov zdravljenja arterijskih bolezenskih sprememb, da je bilo iskanje novega soglasja nujna. Ta je toliko večja zaradi tega, ker nove tehnologije segajo preko tradicionalnih meja posameznih vej medicine. Uporabljajo jih namreč specialisti iz zelo različnih področij, denimo interne medicine, radiologije in kirurgije. Taka raznolikost in razpršenost rabe novih postopkov vodi do zelo različnih priporočil o tem, kdaj naj se postopki uporabljajo. Priporočila niso enotna. Deloma na protislovnost pogledov med posameznimi vejami medicine vpliva kratek čas spremljanja bolnikov. Deloma na različne poglede vplivajo strokovni vzroki, deloma pa so tudi posledica številnih drugih dejavnikov. Eden od pomembnih dejavnikov je združevanje zdravnikov, ki se ukvarjajo z zdravljenjem žilnih bolezni, v zelo različna združenja. Takšna združenja običajno sprejemajo svoja priporočila za zdravljenje, kar različnost pogledov samo še povečuje. Hkrati je tudi cena novih postopkov v primerjavi s stariji tako visoka, da se tudi s tega zornega kota zastavlja vprašanje, pri katerih bolezenskih spremembah je njihova raba smiselna. Tudi pritiski izdelovalcev opreme namreč pomembno vplivajo na pogosto nekritično razširjenost posameznih postopkov zdravljenja.

Iskanje soglasja je bilo izjemno težko že leta 2000 (1). Takratni delovni skupini se je posrečilo k sodelovanju med drugimi privabiti predstavnike mednarodnega združenja za angiologijo (International union of angiology), evropskega združenja za žilno kirurgijo (European society for vascular surgery) in severnoameriškega skupnega združenja za kardiovaskularno kirurgijo (The north american chapter of the international society for cardiovascular surgery). Ob tokratnem srečanju v Londonu, ki ga je tradicionalno organiziral starosta žilne kirurgije v Evropi Roger Greenhalgh in ki se ga je udeležilo več kakor tisoč zdravnikov iz obeh strani Atlantika, je bilo skupne poglede še težje oblikovati. Protislovja so se včasih tako zaostri, da so številni udeleženci glasno opozarjali, naj se konča navidezno tekmovanje med posameznimi strokami in postopki ter naj se prične razprava o tem, kaj je najustreznejše za bolnike. Vsem težavam navkljub je Roger Greenhalgh zbral povzetke srečanj delovnih skupin za posamezna področja in jih uspel oblikovati v predloge za razpravo. Predlogi so pomemben korak k iskanju skupnih pogledov (2), hkrati pa predstavljajo tudi strokovni povzetek letošnjega živahnega dogajanja na tem področju medicine. Izoblikovali so se namreč šele nekaj mesecev po samem srečanju v Londonu in po nekaj vmesnih kongresih različnih združenj za zdravljenje žilnih bolezni v Evropi. Predlogi so razvrščeni po anatomske legi sprememb in jih kot povzetek celotnega letošnjega kongresnega dogajanja na področju invazivnega zdravljenja bolezenskih arterij predstavljamo tudi na tem mestu. Predlogi kajpak iz različnih razlogov predstavljajo zgolj idealizirano hipotetično stanje, ki bo do končnega soglasja zgolj o predlogih (če bo do njega prišlo) doživelo še številne spremembe, vendar kažejo sodobne smeri razvoja invazivnega zdravljenja. Soglasje pri sodobnem ugotavljanju in zdravljenju najbolj pogostih žilnih bolezni smo v Sloveniji že sprejeli (3), za nekatera področja nas to delo še čaka.

## Zožitve notranje karotidne arterije



Široko soglasje je bilo doseženo o vprašanju preiskovalnih postopkov. Manj invazivni preiskovalni postopki znižujejo tveganje kapi ob katetrizaciji aortnega loka in njegovih vej.

Če so na voljo izkušeni preiskovalci z ultrazvokom, potem je lahko ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava edina preiskava pred kirurškim posegom. Tik pred operacijo mora biti preiskava ponovljena. Kontrastna NMR (NMR-jedriska magnetna resonanca) je alternativna preiskava. Če se vstavi znotrajžilna opornica, potem je pred posegom treba opraviti intraarterijsko digitalno subtraksijsko angiografijo (IADSA), ki pokaže tudi stanje arterij aortnega loka in znotrajlobanjskih arterij.

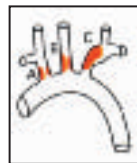
Pri zdravljenju zožitve notranje karotidne arterije povsod po svetu prevladuje kirurško zdravljenje, narašča pa število vstavljenih znotrajžilnih opornic (2). Pri kirurškem zdravljenju večja skupina kirurgov pod vodstvom Dieterja Raitheloma (Nürnberg, Nemčija) predlaga everzijsko endarteriektomijo kot standarden postopek. Večina sodi, da naj se ta postopek uporablja zgolj takrat, ko je ob zožitvi prisotna tudi elongacija arterije, sicer pa naj se uporablja klasična endarteriektomija. Znotrajžilni obvod med operacijo naj se uporablja selektivno. Enotnih priporočil o načinu omrtvičenja med kirurškim posegom ni bilo (lokalna anestezija, splošna anestezija).

Doseženo je bilo soglasje, da lahko pri simptomatskih bolnikih z zožitvijo, večjo od 70 odstotkov, na vsa odprta vprašanja o tem, kdaj naj se uporabi kirurško zdravljenje in kdaj znotrajžilno s PTA in vstavitvijo opornice, odgovorile velika randomizirana raziskava (primerjava med kirurgijo in vstavitvijo znotrajžilne opornice). Taka raziskava trenutno poteka (ICSS-International carotid stenting study).

Prav tako je bilo doseženo soglasje, da se morajo asimptomatski bolniki obravnavati

posebej. Znano je, da operacija pri takih bolnikih zmanjšuje dolgoročno tveganje nastanka možganske kapi, toda opraviti je treba zelo veliko posegov za preprečitev ene same kapi. Zaenkrat ni zadovoljivih in dovolj tehtnih podatkov o tem, da je pri asimptomatskih bolnikih vstavitve znotrajžilne opornice učinkovit način zdravljenja. Dr. Barry Katzen (Miami, ZDA) predlaga, da naj se prav pri tej skupini bolnikov začne multicentrična raziskava, ki naj spremlja operirane bolnike, bolnike z vstavljeno znotrajžilno opornico in bolnike na konzervativnem zdravljenju.

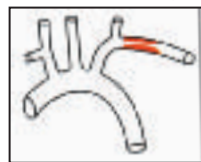
#### Zožitve in zapore vej aortnega loka



Sprejeto je bilo široko soglasje, da pri tej skupini bolnikov ultrazvočna preiskava ne zadostuje. Kontrastna NMR ali sodobna RTA (64-rezinski spiralni RT) preiskava sta v veliko pomoč pri bolezenskih spremembah na tem delu žilja. DSA (digitalna subtraksijska angiografija) daje pomembne podatke, a je invazivna preiskava. IADSA je nujni del vsakega znotrajžilnega zdravljenja.

Pri zdravljenju je bilo sprejeto soglasje, da ima pri bolezenskih spremembah na tem segmentu žilja prednost znotrajžilno zdravljenje z opornicami. To velja za vse posege. Med posameznimi posegi je bilo sprejeto soglasje, da naj se pri mladih bolnikih z zaporo prvega segmenta podključnične arterije (a. subclavia), stanje v vsakem primeru popravi. Kirurško zdravljenje naj bo rešitev le za zapletene primere in primere, ko znotrajžilno zdravljenje zaenkrat ni možno. Svetovana je bila velika previdnost pri znotrajžilnem zdravljenju, ko gre za arteriitise velikih arterijskih vej.

#### Subklavijska in aksilarna arterija (a. subclavia, a. axillaris)



Obe arteriji sta dostopni v preiskavi z ultrazvokom, a kontrastna NMR in sodobna preiskava RTA (64-rezinski spiralni RT) dajeta kakovostnejše podatke. IADSA je nujni del znotrajžilnega zdravljenja.

Pri zdravljenju je bilo doseženo soglasje, da je PTA (perkutana transarterijska angioplastika) postopek, ki naj bo uporabljen najprej. Če ni uspešen, se uporabi kirurško zdravljenje. Uporaba znotrajžilnih opornic zahteva previdnost, saj poročajo o prelomu opornic med ključnico in prvim rebrom.

#### Disekcije torakalne aorte tipa B

Široko soglasje je dosegel predlog o pred-



nostih kontrastne NMR in sodobne preiskave RTA (64-rezinski spiralni RT). IADSA se ne spodbuja, a je nujni del znotrajžilnega zdravljenja.

Wilhelm Sandmann (Düsseldorf, Nemčija) je opozoril na dobre rezultate kirurškega zdravljenja v dobrih rokah, toda večinsko soglasje je dalo prednost dobremu konzervativnemu zdravljenju in v izbranih primerih znotrajžilnemu zdravljenju z oplašeno opornico. Nobenega soglasja ni bilo o izboru posamezne vrste znotrajžilne opornice.

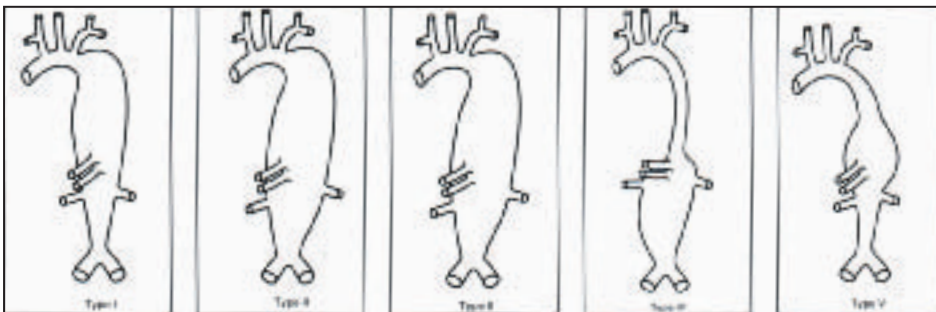
#### Aterosklerotične anevrizme descendente aorte



Široko soglasje je dosegel predlog o prednostih kontrastne NMR in sodobne RTA (64-rezinski spiralni RT) preiskave. IADSA se ne spodbuja, a je nujni del znotrajžilnega zdravljenja.

Soglasje je dosegel predlog, da ima znotrajžilno zdravljenje z oplašeno opornico prednost vedno, ko je možna dobra znotrajžilna učvrstitev opornice (ustrezni anatomske pogoji v proksimalnem in distalnem delu anevrizme). Kirurški poseg se priporoča bolnikom, zmožnim za velik kirurški poseg in z zapleteno morfološko konfiguracijo anevrizme. V nasprotju z anevrizmo infrarenalnega dela abdominalne aorte ni prav nobenih podatkov o tem, pri kateri velikosti anevrizme je ukrepanje smiselno. Večina se jih odloči za invazivno zdravljenje pri premerih anevrizme descendente aorte, večjih od 5,5 cm.

#### Torako-abdominalne anevrizme aorte (tipi I-V)



Med preiskovalnimi postopki ima prednost sodobna kontrastna RT preiskava (64-rezinski spiralni RT) z možnostjo trirazsežne rekonstrukcije slike.

Vseh pet morfoloških tipov ima različen naravni potek. Zlati standard zdravljenja so še vedno kirurški postopki, ki sta jih izpopolnila

dr. Stanley Crawford iz Houstona in njegov sodelavec dr. Hazim Safi. Znotrajžilno zdravljenje (tudi hibridni postopki) neustavljivo vstopa tudi na to področje, a zaradi različnih vrst oplaščenih opornic, različnih postopkov in pomanjkljivih dolgoročnih rezultatov enotnega soglasja o najbolj ustreznem načinu zdravljenja ni. Edino soglasje je spoznanje, da je take spremembe mogoče zdraviti tudi z znotrajžilnimi postopki.

#### Zožitve in zapore na področju celiakalnega trunkusa in zgornje mezenterične arterije (truncus coeliacus, a. mesenterica superior)

Večinsko soglasje je med preiskovalnimi postopki dalo prednost IADSA. Bolezenske spremembe na teh arterijah so izjemno dobro vidne z ultrazvočno preiskavo. Izkušenemu preiskovalcu zadostuje ultrazvočna preiskava. Pred morebitnim znotrajžilnim zdravljenjem je pogosto treba opraviti kontrastni NMR ali RTA.

Pri zdravljenju ima prednost znotrajžilno zdravljenje. Kirurgija ostaja izbiri postopek za morebitne ponovitve bolezni po znotrajžilnem zdravljenju.

#### Zožitve in zapore ledvičnih arterij



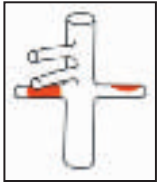
Večinsko soglasje je med preiskovalnimi postopki dalo prednost IADSA. Bolezenske spremembe na ledvičnih arterijah so izjemno dobro dostopne z ultrazvočno preiskavo, vendar zgolj v rokah izkušenega preiskovalca. Pred morebitnim znotrajžilnim zdravljenjem je pogosto treba opraviti kontrastni NMR ali RTA.

Kirurgija na področju ledvičnih arterij je tehnično zahtevna in za bolnika precej obremenjujoča. Večinsko soglasje je pri invaziv-

nem zdravljenju dalo prednost znotrajžilnim postopkom zdravljenja z vstavitvijo opornice v ledvično arterijo. A tehtnih dokazov o učinkovitosti invazivnega zdravljenja nasploh ni. Še vedno ostaja odprto vprašanje, če ni morda dobro vodeno zdravljenje z zdravili boljše od invazivnih postopkov.



### Anevrizme infrarenalnega dela abdominalne aorte – izbirne



Med preiskovalnimi postopki je zlati standard sodobna kontrastna preiskava RT (64-rezinski spiralni RT) z možnostjo trirazsežne rekonstrukcije slike.

Klasično kirurško zdravljenje je še vedno zlati standard. Multicentrične raziskave, ki so spremljale znotrajžilno zdravljenje z oplaščenimi dvokračnimi znotrajžilnimi protezami (EVAR 1 in DREAM), so v primerjavi s kirurgijo pokazale manjšo umrljivost po znotrajžilnem posegu v zgodnjem obdobju tridesetih dni po posegu, vendar v poznejšem obdobju ta prednost povsem splahni. Presejalne raziskave v Veliki Britaniji (MASS in GASP) so pokazale, da redno ultrazvočno presejalno spremljanje vseh moških po 65. letu lahko povsem prepreči nastanek razpočenih anevrizem abdominalne aorte.

### Anevrizme infrarenalnega dela abdominalne aorte – razpočene



Razprava o preiskovalnih postopkih ni dala prav nobenega soglasja. Nekateri sodijo, da so pri razpočenih anevrizmah abdominalne aorte preiskovalni postopki zapravljanje časa in celo kontrindicirani. Drugi sodijo, da je pri bolnikih, ki še živi prispejo v bolnišnico, proces razpočitve začasno zadržan in da je pri slednjih dovolj časa za preiskave (RTA).

Večinsko soglasje je bilo, da se je treba izogibati transfuzijam krvi. Rezultati znotrajžilnega zdravljenja (oplaščene, tudi dvokračne, znotrajžilne opornice) iz New Yorka in Švice so izjemno spodbudni in nakazujejo premik od zletaga standarda (klasičen kirurški poseg) k znotrajžilnemu. A zaenkrat je premalo tehtnih podatkov za soglasno priporočilo o znotrajžilnem zdravljenju.

### Osamljene anevrizme črevničnih arterij (aa. iliaca)

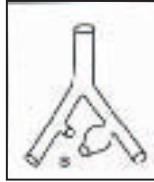


Večinsko soglasje je pred posegom zahtevalo sodobno kontrastno preiskavo RT (64-rezinski spiralni RT) z možnostjo trirazsežne rekonstrukcije slike.

Za osamljene anevrizme skupne črevnične arterije (a. iliaca communis) z ustreznim vratom je znotrajžilno zdravljenje z oplaščeno opornico sprejemljiv postopek. Sicer imajo prednost klasični kirurški postopki. Pri osamljenih anevrizmah

notranje črevnične arterije (a. iliaca interna) je večinsko soglasje dalo prednost embolizaciji ali znotrajžilni vstavitvi oplaščene opornice. V vsakem primeru je potrebno ohraniti prehodno vsaj eno notranjo črevnično arterijo. Če to ni možno z znotrajžilnimi postopki, je treba dati prednost klasični kirurgiji.

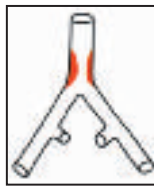
### Zožitev razcepišča abdominalne aorte



Izbor preiskovalnega postopka je odvisen od kliničnega pregleda. Pri odsotnih utripih femoralnih arterij imata prednost kontrastna NMR ali RTA. Če so femoralni utripi tipni, ima prednost ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava. Pri odločitvi za znotrajžilno zdravljenje je IADSA nujna.

Pri zdravljenju imajo znotrajžilni postopki prednost. Kirurška obnova se opravi takrat, ko znotrajžilni postopki vsaj trikrat spodletijo. Med kirurškimi postopki se daje prednost rabi dvokračne žilne proteze.

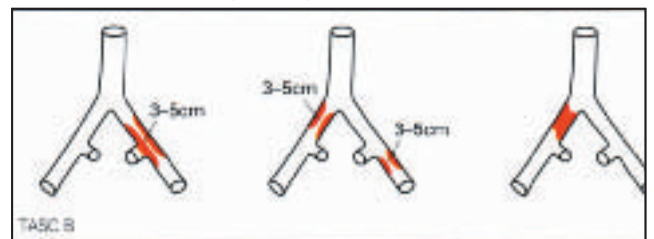
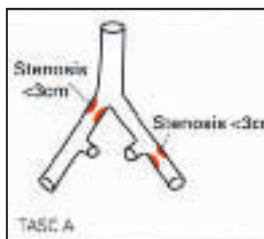
### Zožitve črevničnih arterij (TASC A in B)



Podobno kot pri zožitvah razcepišča abdominalne aorte je izbor preiskovalnega postopka odvisen od kliničnega pregleda. Pri odsotnih utripih femoralnih arterij imata prednost kontrastna NMR ali RTA. Če so femoralni utripi tipni, ima prednost ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava, ki jo je mogoče poljubnokrat ponoviti. Pri odločitvi za znotrajžilno zdravljenje je IADSA nujna.

Pri zdravljenju imajo znotrajžilni postopki prednost – PTA. Pri uporabi znotrajžilne opornice ni bilo soglasja. Kirurška obnova se opravi takrat, ko znotrajžilni postopki vsaj trikrat spodletijo. Ker imajo klasični kirurški postopki zelo dobro dolgoročno prehodnost in je njihova šibkost zgolj večje tveganje zgodnjih zapletov (anestezija, razširjen vstop v telo) je prevladalo splošno soglasje, da naj zdravljenje tega predela arterijskega povirja vedno skupaj načrtujejo kirurg, internist in radiolog.

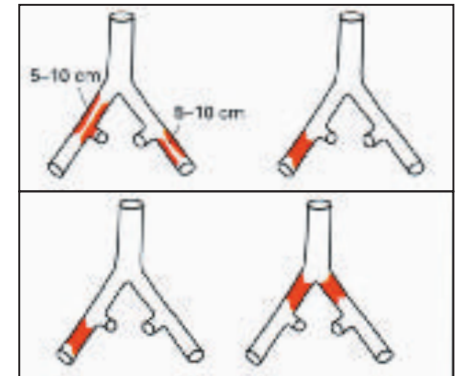
### Zožitve črevničnih arterij (TASC C)



Pri preiskovalnih postopkih je soglasje enako kakor pri zaporah po tipu TASC A in B.

Pri zdravljenju ima klasično kirurško vstavljena dvokračna žilna proteza 90-odstotno petletno prehodnost. Obstaja pa tveganje samega posega, ki zajema tudi umrljivost po posegu. Prav nobenega soglasja ni bilo o tem, kako visoko je tveganje umrljivosti po posegu. Podatki iz različnih ustanov so preveč različni. Nekatere raziskave poročajo o vsaj 6-odstotni zgodnji umrljivosti pri klasičnem kirurškem posegu. Splošno soglasje je zaradi tega dalo prednost znotrajžilnemu zdravljenju (PTA in opornica), četudi rezultati v najboljših rokah ne presegajo 75-odstotne petletne prehodnosti.

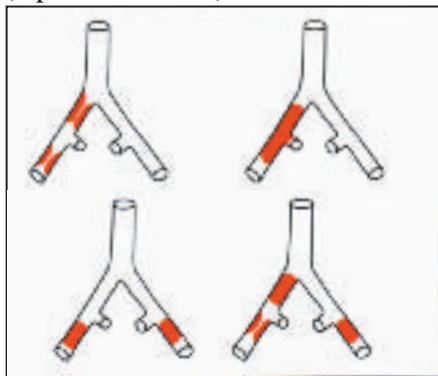
### Zožitve črevničnih arterij (TASC D)



Pri preiskovalnih postopkih je soglasje enako kakor pri zaporah po tipu TASC A, B in C.

Splošno soglasje je, da imajo bolnikovi pogledi odločilno težo pri odločitvi za zdravljenje. Zaradi izjemno dobrih dolgoročnih rezultatov klasične kirurgije pri obojestranskih zaporah (vstavev dvokračne žilne proteze) naj bi ta imela prednost. Toda zaradi tveganja samega posega (četudi majhnega) se bolniki lahko odločijo tudi za znotrajžilno zdravljenje, pa četudi daje tak način zdravljenja bistveno slabšo petletno prehodnost. Invazivni poseg je absolutno indiciran pri kritični kronični ishēmiji ali pri izjemno hudi intermitentni klavdikaciji. Pri zmerni klavdikacijski bolečini ni prav nobenih tehtnih podatkov, ki bi dajali invazivnim posegom prednost pred dobro vodenim konzervativnim zdravljenjem z vajami hoje.

### Zožitve (zapore) globoke stegenske arterije (a. profunda femoris)



Če je na voljo zelo izkušen preiskovalec z ultrazvokom, potem je lahko ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava edina preiskava pred kirurškim posegom. V redkih primerih uporabimo kontrastno preiskavo NMR ali RT. Klasična angiografija se počasi poslavlja, četudi ostaja zlati standard predvsem zaradi dobrega prikaza golenskih in stopalnih arterij.

Splošno soglasje je bilo, da je klasičen kirurški poseg z endarterektomijo in zapiranjem arterije z vensko krpo (profundoplastika) zlati standard zdravljenja. Znotrajžilno zdravljenje pogosto ni možno ali pa zaradi narave aterosklerotičnih sprememb na globoki stegenski arteriji daje nesprejemljive rezultate.

### Zožitve (zapore) femoropoplitealnega segmenta (TASC A,B in C)



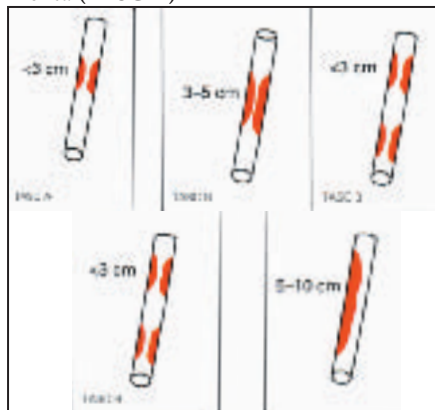
Če je na voljo zelo izkušen preiskovalec z ultrazvokom, potem je lahko ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava edina preiskava pred invazivnim posegom. V redkih primerih uporabimo kontrastno preiskavo NMR ali RT. Klasična angiografija se počasi poslavlja, četudi ostaja zlati standard predvsem zaradi dobrega prikaza golenskih in stopalnih arterij.

Indikacija za invazivno zdravljenje je samo kritična kronična ishemija spodnjega uda. Večina prisotnih je sodila, da med indikacije lahko prištejemo tudi hudo intermitentno klavdikacijo. V vseh drugih primerih ni prav nobenih tehničnih podatkov, ki bi invazivnemu zdravljenju dajali prednost pred dobro vodenim konzervativnim zdravljenjem s pomembnimi spremembami vedenjskih vzorcev (prekinitev kajenja, ustrežna stalna telesna dejavnost).

Pri kirurškem zdravljenju splošno soglasje sodi, da sta avtovenski obvod in distalna endarterektomija (po Mollu), zaključena z

učvrstitvijo distalnega dela z žilno opornico, enakovredna postopka. Soglasja o znotrajžilnem zdravljenju ni bilo, četudi se je večina nagibala k dajanju prednosti znotrajžilnim postopkom (PTA brez opornice) pred kirurškimi. Za natančnejše odločitve bo treba počakati vsaj na rezultate multicentrične raziskave BASIL. Kirurški posegi nosijo s seboj okoli 6-odstotno zgodnjo umrljivost po posegu, znotrajžilni okoli enoodstotno. Podatkov, ki bi dajali prednost znotrajžilnim opornicam, ni. Prav tako ni nobenih tehničnih podatkov o upravičeni rabi opornic, ki sproščajo zdravila.

### Zožitve (zapore) femoropoplitealnega segmenta (TASC D)



Pri preiskovalnih postopkih je soglasje enako kakor pri zaporah po tipu TASC A, B in C.

Indikacija za invazivno zdravljenje je samo kritična kronična ishemija spodnjega uda. Večina je sodila, da med indikacije lahko prištejemo tudi hudo intermitentno klavdikacijo. Splošno soglasje je pri zdravljenju dalo prednost avtovenskemu obvodu. Če je treba opraviti obvod s protezo (kar je veliko slabša možnost), naj bo distalna anastomoza pod kolonom izoblikovana s pomočjo venske manšete ali krpe. V prihodnosti bo morda prevladalo znotrajžilno zdravljenje s subintimalno angioplastiko.

### Zožitve (zapore) popliteotibialnega segmenta



Ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava lahko daje dobre rezultate v rokah zelo izkušenega preiskovalca, vendar je nezadostna ločljivost pri tako majhnih premerih arterij resna slabost te preiskave. IADSA je zlati standard. V redkih primerih uporabimo

kontrastno preiskavo NMR ali RT.

Indikacija za invazivno zdravljenje je samo kritična kronična ishemija spodnjega uda. Nekateri bi poseg opravili tudi pri nekadilcih s hudo intermitentno klavdikacijo. Znotrajžilno zdravljenje ima prednost (PTA). Če je treba opraviti kirurški obvod, ima prednost obvod z veno in situ.

### Anevrizme poplitealne arterije



Ultrazvočna dvojna barvna doplerska preiskava iz rok izkušenega preiskovalca zadošča. V redkih primerih uporabimo kontrastno preiskavo NMR ali RT.

Pri zdravljenju je zlati standard avtovenski obvod. Pojavljajo se posebne znotrajžilne oplaščene proteze.

Rezultati so obetajoči. A znotrajžilni postopki so še v razvojnem obdobju in splošno soglasje o njih ni možno. ■

#### Literatura:

1. TASC: Management of peripheral arterial disease. *J Vasc Surg* 2000; 31: suppl. 1 - 2.
2. Greenhalgh, RM: Towards vascular and endovascular consensus. London. BIBA publishing 2005.
3. Blinc, A., Kozak, M., Šabovič, M. (ur.): Smernice za odkrivanje in zdravljenje najpogostejših žilnih bolezni. Slovensko zdravniško društvo. Združenje za žilne bolezni. Ljubljana 2004.



# Stališča Bolnišnice Golnik-KOPA za obravnavo persistentne astme pri odraslem

Stanislav Šuškovič, Mitja Košnik, Matjaž Fležar, Katarina Osolnik, Mihaela Zidarn, Sabina Škrkat

## 1. Uvod

Kljub izjemnemu razvoju znanja na področju patofiziologije astme in farmakoterapije bolezni, raziskave urejenosti astme po vsem svetu kažejo, da v vsakdanjem življenju le malo bolnikov doseže stanje urejenosti bolezni, kakršno je možno doseči v randomiziranih prospektivnih raziskavah (1). Trenutno veljavne smernice za obravnavo astme imajo nekaj pomanjkljivosti:

1. Pri obravnavi astme se osredotočajo v glavnem na predpisovanje zdravil.
2. Rezultate študij, na katerih temeljijo priporočila, presojajo bolj iz stališča statistične kakor pa klinične pomembnosti.

Zato se nam je zdelo pomembno sprejeti stališče do obravnave astme, ki v ospredje ne postavlja zdravil, temveč urejenost bolezni.

## 2. Izhodišča za obravnavo astme

Astmo označuje posebno vnetje dihalnih poti. Nasledki tega vnetja se kažejo kot simptomi astme, reverzibilna zapora bronhijev, bronhialna preodzivnost in povečana dnevna variabilnost zapore dihal (2). Ob zmanjšanju vnetja se astma izboljša. Vnetje zmanjšujemo z odstranjevanjem alergenov in dražljivcev ter predvsem z uporabo protivnetnih zdravil.

Astmo označuje pospešen upad pljučne funkcije, ki ga pripisujemo vnetnemu preoblikovanju bronhijev (2). Astmatsko vnetje bronhijev in preoblikovanje bronhijev na-

stopita sočasno, vendar z različno imunopatogenezo in različnim odzivom na protivnetna zdravila (3).

Pri obravnavi persistentne astme so potrebni:

1. čvrsta postavitev diagnoze,
2. nefarmakološki ukrepi in
3. farmakoterapija.

## 3. Nefarmakološka načela vodenja bolnika z astmo

1. Za uspešno zdravljenje astme je treba iskati in odstranjevati sprožilce ali poslabševalce astme, kot so alergeni, nekatera zdravila, debelost ali kajenje cigaret (4). Kadi okrog 25 odstotkov bolnikov z astmo. Astmatiki, ki kadijo, potrebujejo za ureditev astme nekajkrat večje odmerke protivnetnih zdravil (5).
2. Bolniki s psihosomatskimi težavami so pomembno težje vodljivi od bolnikov z astmo, ki teh težav nimajo (6).
3. Astme ne moremo uspešno zdraviti, ne da bi bolnika temeljito poučili o vseh platch bolezni. Pouk mora potekati ves čas. Veliko bolnikov z astmo ne obvlada tehnike vdihovanja zdravil iz vdihovalnikov pod potisnim plinov ali celo iz vdihovalnikov zdravil v prahu. Če bolnik ne kaže zavzetosti za zdravljenje, so ukrepi predlaganega algoritma obravnave astme neuspešni (7).
4. Obvladovati je treba sobolezni, ki so po-

goste predvsem pri starejših bolnikih z astmo (8).

- Bolniki z astmo in boleznimi srca so pomembno bolj občutljivi za stranske učinke simpatikomimetikov beta2 ali teofilina. Po drugi strani bi ti bolniki neredko potrebovali zdravila za srčne in žilne bolezni: zaviralce angiotenzinove konvertaze, zaviralce beta adrenergičnih receptorjev in acetylsalicilno kislino.
  - Bolniki z astmo so pomembno bolj občutljivi za invazivne okužbe s pnevmokokli.
5. Bolniki z astmo morajo obvladati samozdravljenje poslabšanja astme (2). Vsi bolniki morajo imeti pisni načrt ukrepov ob poslabšanju astme. Samozdravljenje poslabšanja sloni tudi na merjenju PEF. Zato naj imajo bolniki z astmo, ki obvladajo samozdravljenje, prenosni merilec PEF. Obvladati morajo vprašalnik o nadzorovanosti astme.
  6. Omenjena priporočila so nadaljevanje prizadevanj KOPA Golnik, da se bodo v Sloveniji oblikovala najsodobnejša orodja za obravnavo bolnika z astmo (9, 10).

## 4. Farmakologija protiastmatskih zdravil

**4.1. Inhalacijski glukokortikoidi (IGK).** Pri zmerni ali težki astme jih vselej predpišemo bodisi same bodisi ob neuspehu monoterapije z IGK v kombinaciji z drugimi zdravili. Ponavadi jih, v monoterapiji, predpišemo tudi pri blagi astmi. IGK se po učinkovitosti glede na vdihano količino pomembno ločijo (tabela 3).

Zdravljenje začnemo z zmernim odmerkom inhalacijskega glukokortikoida. Po stabilizaciji astme dnevni odmerek inhalacijskih glukokortikoidov postopoma, načeloma na tri mesece, zmanjšujemo do vzdrževalnega odmerka, ki je lahko samo 100 µg dnevno. IGK uspešno odpravljajo simptome že pri majhnih odmerkih, za preprečevanje poslabšanj pa so potrebni večji dnevni odmerki IGK (2). Inhalacijski glukokortikoidi začnejo učinkovati v nekaj dneh do nekaj tednih. Polni učinek (npr. na bronhialno preodzivnost) pa dosežejo v treh

Tabela 1: Ocenitev teže trajne astme. Stopnjo astme opredelimo po najhujšem kazalniku. FEV1- forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi izdiha (spirometrija), PEF – največji ekspiratorni pretok (prenosni merilec).

	simptomi ali raba olajševalca	poslabšanja astme	nočna astma	FEV1 in/ali PEF (brez bronhodilatatorja)	variabilnost PEF
občasna	manj kot 1-krat na teden	zelo redka	največ 10-krat na leto	več kot 80 %	20 – 30 %
blaga trajna	manj kot 1-krat na dan	redka, lahko motijo spanec	več kot 2-krat na mesec	več kot 80 %	20 – 30 %
zmerna trajna	vsak dan	pogosta, lahko motijo spanec ali telesne dejavnosti	več kot 1-krat na teden	60 – 80 %	več kot 30 %
huda trajna	stalno	zelo pogosta	pogosta, lahko večkrat na noč	manj kot 60 %	več kot 30 %

mesecih ali celo v nekaj letih.

Stranski učinki: V manjših in zmernih dnevniških odmerkih nimajo klinično pomembnih stranskih učinkov. Pogostnost ustne kandidiaze in velikost sistemske absorpcije bolnik zmanjša z izpiranjem ust – izpirek je treba izpljuniti in ne pogoltniti. Kadar so predpisani podaljšano v velikih dnevniških odmerkih pa imajo klinično pomembne sistemske učinke, in sicer zaradi absorpcije preko pljuč. Zato je osebam s tveganjem za glavkom treba najmanj enkrat na leto izmeriti očesni tlak, bolnikom, ki so podvrženi dejavnikom tveganja za osteoporozo, pa mineralno kostno gostoto. IGK v vdihovalniku s potisnim plinom uporabljamo le s pomočjo velikega nastavka.

#### 4.2. Simpatikomimetiki beta2.

4.2.1. *Hitrodeldujoči simpatikomimetiki beta2*. Hitrodeldujoči simpatikomimetiki beta2 v pršilu so izbirna zdravila za akutne simptome bronhospazma (olajševalci) (2). V to skupino zdravil sodita kratkodeldujoča simpatikomimetika salbutamol in fenoterol in dolgodeldujoči simpatikomimetik formoterol, ki ga nekateri tudi uvrščajo med olajševalce. Učinkovati začnejo v nekaj minutah, največjo bronhodilatacijo dosežejo v 10 do 15 minutah in učinkujejo dve do šest ur (formoterol preko 12 ur). Njihova takojšnja stranska učinka sta tremor in tahikardija s palpitacijami.

Previdnost je potrebna pri starejših ljudeh, pri bolnikih z okvaro srčne mišice, pri tistih s sočasno predpisanimi zdravili (teofilin, diuretiki) ter tistih z bolezenskimi stanji, ki povzročajo hipokalijemijo. Zdravil te vrste načeloma ne predpisujemo v obliki tablet ali sirupov.

Pretirana raba simpatikomimetikov povzroči tahifilaksijo za njihove učinke. Ta je med kratko in dolgodeldujočimi simpatikomimetiki beta2 navzkrižna in morda klinično pomembna (11, 12).

4.2.2. *Dolgodeldujoči simpatikomimetiki beta2 (LABA)*. V to skupino zdravil spadata salmeterol in formoterol. Delujeta več kakor

12 ur. Pri astmi ju nikoli ne predpišemo kot monoterapijo, ampak samo ob sočasni rabi inhalacijskega glukokortikoida (2).

4.3. *Antilevkotrieni (ATL)*. Antilevkotrieni delujejo protivnetno. Učinkovati začnejo takoj, ni pa znano, koliko časa jih je treba predpisovati do njihovega polnega učinka. Poleg tega so tudi bronhodilatatorji. Bronhodilatatorni učinki antilevkotrienov in drugih bronhodilatatorjev se seštevajo.

4.4. *Teofilin*. Teofilin je pri astmi indiciran le izjemoma. Odmerjanje je najustreznejše, kadar dosežemo serumske koncentracije 28 do 55 µmol/l.

4.5. *Antiholinergiki*. Ipratropij doseže 50 odstotkov največjega učinka v treh minutah po inhalaciji, 80 odstotkov šele po 30 minutah in največjo bronhodilatacijo v eni do dveh urah po uporabi. Uporaba samega ipratropija je pri zdravljenju poslabšanja astme prepovedana.

Kombinirana uporaba simpatikomimetika beta2 in ipratropija povzroči večjo bronhodilatacijo, kakor če ju uporabimo posamezno.

4.6. *Omalizumab*. Veže se na cirkulirajoča protitelesa IgE in s tem prepreči njihovo vezavo na mastocite ter druge celice. Namenjen je le za zelo težke oblike alergijske astme.

4.7. *Kombinacija zdravil*. Dodatek antilevkotriena ali dolgodeldujočega simpatikomimetika beta2 inhalacijskemu glukokortikoidu primerljivo izboljša pljučno funkcijo in klinično sliko astme pri bolnikih, ki imajo težave, čeprav prejemajo inhalacijski glukokortikoid (12 – 16).

## 5. Ocena teže in urejenosti astme

### 5.1. Ocena teže novo odkrite astme.

Težo astme ocenimo pred zdravljenjem, ali če bolnik prejema samo bronhodilatator (tabela 1). Težo določimo glede na najhujši simptom ali znak (2). Ocena teže astme nam pomaga pri začetnem predpisovanju protiastmatskih zdravil, predvsem pa koristi pri epidemioloških ali multicentričnih kliničnih

raziskavah, ker vsaj deloma omogoči primerjavo bolnikov po posameznih krajih ali raziskovalnih centrih.

Odsvetujemo rabo te klasifikacije za pomoč pri urejanju nadaljnega zdravljenja astme.

### 5.2. Ocena urejenosti trajne astme.

Dosedanje smernice priporočajo pri bolnikih na zdravljenju opredelitev teže astme glede na odmerke protivnetnih zdravil, ki so potrebni za stabilizacijo bolezni (2). Če bolnik za nadzor nad astmo potrebuje odmerke zdravil, ki so priporočeni za blago astmo, potem ima blago astmo. Če ima bolnik ob zdravljenju za blago persistentno astmo še vedno simptome, ga umestijo v zmerno persistentno astmo. Če za nadzor nad astmo potrebuje odmerke zdravil, ki so priporočeni za zmerno astmo, potem ima zmerno astmo. Predlagana klasifikacija ni povsem ustrezna, saj vsiljuje mnenje, da je astma neurejena samo zato, ker ima bolnik predpisanih premalo zdravil.

Urejenost astme je poleg predpisanih protivnetnih zdravil (kadar jih bolnik zna jemati in jih tudi redno jemlje) odvisna še od mnogih dejavnikov, kot so intenzivnost astmatskega vnetja bronhijev, stopnja preoblikovanja bronhijev ali genetsko pogojeni odzivi na protivnetna ali bronhodilatatorna zdravila.

Za opredelitev urejenosti astme je pomembna ocena aktivnosti astmatskega vnetja. Vodenje astme, ki temelji na spremljanju vnetja (17) deluje pomembno uspešnejše, kakor je vodenje zdravljenja astme le po simptomih, ki zgolj indirektno ponazarjajo aktivnost vnetja.

Na urejenost astme pomembno vplivajo mnogi nefarmakološki dejavniki. Mnogi bolniki z astmo ne prejemajo predpisanih zdravil. Ocenjujejo, da le 20 odstotkov bolnikov z astmo redno prejema predpisane inhalacijske glukokortikoide (18, 19). Ob tem številni bolniki tudi ne obvladajo tehnike vdihovalnikov. Možno je, da bolnik ni uredil škodljivega okolja ali pa da še vedno kadi. Neurejena astma je tudi pokazatelj slabega znanja bolnika o astmi.

Tabela 2: Ocena urejenosti trajne astme. Stopnjo neurejenosti astme opredelimo po najslabšem parametru. (ENO- koncentracija izdihanega NO, EOS- odstotek eozinofilcev v induciranjem sputumu). ENO in EOS še nista rutinsko merjenja parametra, zato sta v tabeli le kot opciji).

	simptomi ali raba olajševalca	poslabšanja astme	astma ob naporu	nočna astma	FEV1 in/ali PEF	variabilnost PEF	zavzetost za IG	obvladovanje tehnike vdihovalnikov	zavzetost za nefarm. ukrepe	Asthma control test	ENO	EOS
UREJENA	izjemoma	izjemoma	izjemoma	izjemoma	norm	pod 20 %	popolna	popolno	popolna	25	< 15 ppb	< 1 %
NE POVSEM UREJENA	manj kot 1-krat na dan	redka	redko	več kot 2-krat na mesec	več kot 80 %	20 – 30 %	precejšnja	precejšnje	precejšnja	20-24	> 15 ppb	> 1 %
NEUREJENA	vsak dan	pogosta, lahko motijo spanec ali telesne dejavnosti	pogosto	več kot 1-krat na teden	manj kot 80 %	> 30 %	delna	delno	delna	< 19	> 15 ppb	> 1 %

Predlagamo, da pri bolnikih, ki so že zdravljeni, uporabljamo izraz »urejenost« trajne astme. Bolnika umestimo po merilih, navedenih v tabeli 2, v delno, zmerno ali hudo neurejeno astmo. Cilj je, da ima bolnik astmo urejeno, kar pa ne bo vselej dosegljivo.

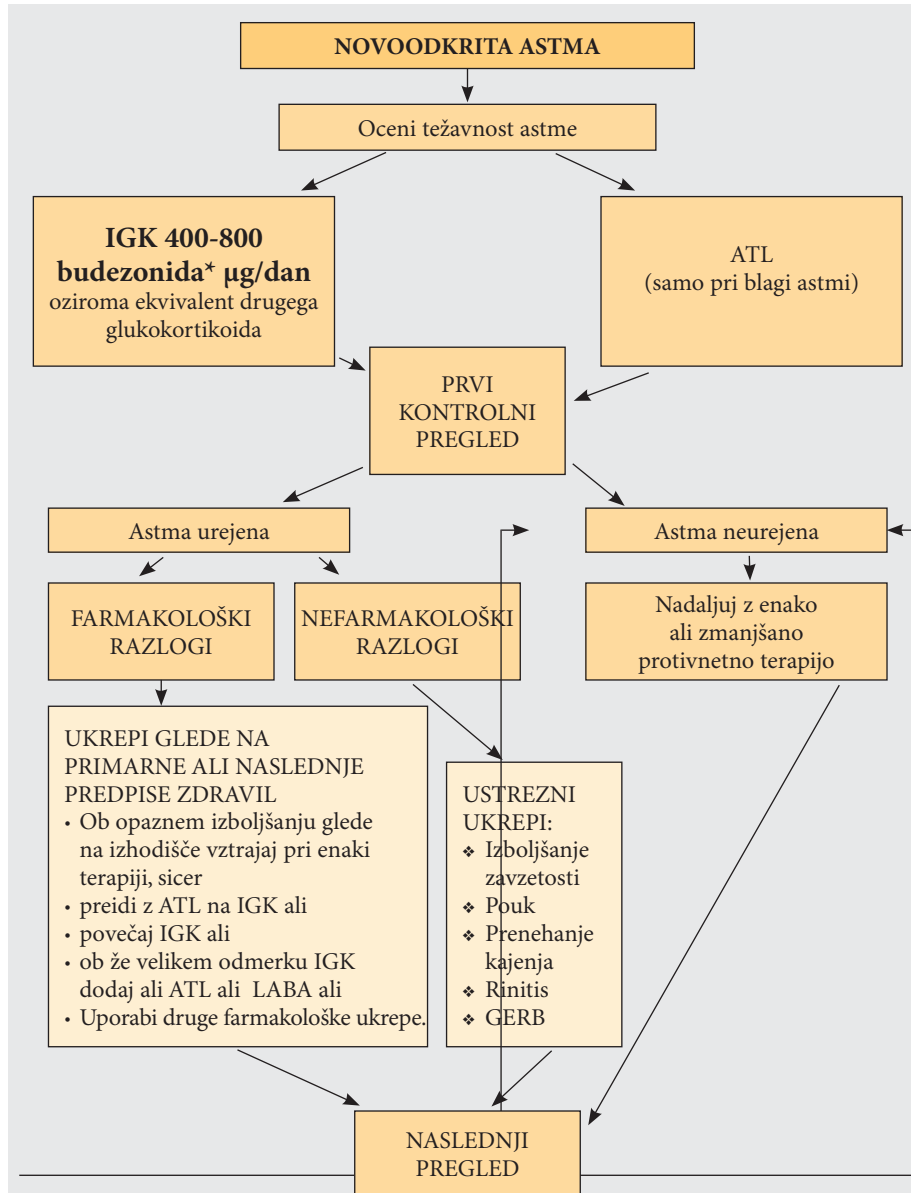
Kakšna naj bo videti diagnoza? Primeri:

- persistentna astma (odkrita na novo),
- persistentna astma, neurejena (nočna astma, kajenje),
- persistentna astma, neurejena (fiksna obstrukcija zaradi vnetnega preoblikovanja),

- persistentna astma, neurejena (delna zavzetost za IGK),
- persistentna astma, neurejena (ne obvladuje tehnike vdihovalnika).

## 6. Stopnjsko zdravljenje astme

S pravilnim zdravljenjem je mogoče doseči urejenost astme (tabela 2). Z nobenim znanim zdravilom astme ne pozdravimo popolnoma, ampak je ponavadi potrebno dolgoletno, tudi dosmrtno zdravljenje (2). Bolnikom je treba to, zanje nadvse neprijetno, dejstvo povedati.



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

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

### 6.1. Temeljna poudarka

- Začetna zdravila predpišemo po oceni teže novo odkrite astme (tabela 1). Čim bolj smo negotovi, toliko hitreje moramo bolnika povabiti na prvi kontrolni pregled, lahko tudi čez teden dni.
- Vse poznejše farmakološke in nefarmakološke ukrepe prilagajamo stopnji urejenosti astme, s katero bolje ocenimo stanje astme (tabela 2).

### 6.2. Splošna navodila za zdravljenje na novo odkrite astme (slika 1).

Ob kliničnem sumu na trajno astmo moramo najprej postaviti diagnozo. Do postavitve diagnoze (meritve pljučne funkcije) predpišemo samo kratkodelujoči betaagonist »po potrebi«. Izjema so seveda bolniki, ki jih vidimo prvič med poslabšanjem astme.

6.2.1. Vsem bolnikom predpišemo olajševalec le »po potrebi«.

6.2.1.1. Intermitentna astma. Večina bolnikov prejema le olajševalec »po potrebi«. Le izjemoma (na primer pri moteči astmi ob naporu) IGK v majhnem dnevnem odmerku ali ATL.

6.2.1.2. Blaga astma. Zdravila za začetno zdravljenje na novo odkrite blage astme so inhalacijski glukokortikoidi v majhnem dnevnem odmerku (budezonid 400 µg ali ekvivalent), redkeje antilevkotrieni. Morda zadošča predpis IGK le po potrebi (20). Bolniki se pogosteje bolje odzovejo na IGK, redkeje pa v enaki meri na IGK ali ATL (21 - 31).

6.2.1.3. Zmerna astma. Pričnemo z inhalacijskim glukokortikoidom v dnevnem odmerku 400 - 800 µg budezonida ali ekvivalentnega odmerka drugih IGK. Ob prvem predpisu IGK se ne odločimo za dodatek antilevkotriena ali dolgodelujočega simpatikomimetika beta2. Za dodatek teh zdravil se lahko odločimo šele ob kontrolnih pregledih glede na stopnjo urejenosti astme.

Dodatek antilevkotriena ali LABA koristi bolnikom, ki imajo ob prejetju IGK v velikem dnevnem odmerku astmo še vedno neurejeno. Obe kombinaciji sta primerljivo protivnetno in klinično učinkoviti (12 - 16, 32, 33).

6.2.1.4. Težka trajna astma. Na novo odkrita astma ima le izjemoma težko obliko. Težko persistentno astmo zdravimo s kombinacijo inhalacijskega glukokortikoida v zmernem do velikem dnevnem odmerku in dolgodelujočim simpatikomimetikom beta2. Pogosto dodamo tudi antilevkotrien.

### 6.3. Kontrolni pregledi. Vrednotimo:

- a) Kliniko: simptomi, teslni pregled, poslabšanja astme, nočno astmo, astmo ob naporu, individualne astmatske težave (predmenstrualna astma, aspirinska astma,

Tabela 3: primerljivost odmerkov inhaliranih glukokortikoidov.

	Majhen odmerek	Zmeren odmerek	Velik odmerek
beklometazon ali budezonid v pršilu	< 500 µg	500 – 1000 µg	> 1000 µg
budezonid turbuhaler	< 400 µg	400 – 600 µg	> 600 µg
flutikazon pršilo ali diskus	< 250 µg	< 250 µg	< 250 µg
mometazon	200 – 400 µg	400 – 800 µg	>800 µg

nosečnost, krhka astma, za steroide neodzivna ali slabše odzivna astma itd.) in sočasne bolezni. Za klinično oceno urejenosti lahko uporabimo vprašalnik, kakršen je asthma control test (ACT) (34).

- Pljučno funkcijo: PEF in ali FEV<sub>1</sub>, bronhodilatatorni test (ugotavljamo, če ima bolnik morda fiksno obstrukcijo), variabilnost PEF.
- Nefarmakološke težave: zavzetost za zdravljenje, znanje o vdihovalnikih ter znanje o drugih področjih astme, zavzetost za druge ukrepe (opustitev kajenja, urejanje okolja), poznavanje načrta za samozdravljenje, poznavanje vprašalnika o urejenosti astme. Simptomi rinitisa ali GERB?
- Astmatsko vnetje: EOS in ENO (občasno, glede na možnosti).

Na podlagi ugotovitev pregleda oblikujemo farmakološka navodila (slika 1) in nefarmakološka ukrepa (5.3.1.c.).

Prvi kontrolni pregled naj bo 14 – 28 dni (po potrebi tudi prej) po prvem pregledu. Ob tem lahko ugotovimo (slika 1):

6.3.1. *Uspeh na začetku priporočenih farmakoloških in nefarmakoloških ukrepov.* Če so uspešna, naj bolnik s predpisanimi zdravili in drugimi ukrepi nadaljuje. Kontrolne preglede opravlja pri svojem zdravniku splošne/družinske medicine, prvega čez 2 – 3 mesece.

6.3.2. *Neuspeh na začetku priporočenih farmakoloških in nefarmakoloških ukrepov:* Ob opaznem izboljšanju glede na izhodišče vztrajamo do naslednjega pregleda pri enaki terapiji in nefarmakoloških ukrepih, sicer pa glede na osnovno terapijo svetujemo:

- preverjanje nefarmakoloških ukrepov (izvajanje, novi podatki)
- prehod z ATL na IGK ali
- povečanje dnevnega odmerka IGK ali
- ob zmernem ali velikem dnevnem odmerku IGK dodajanje ATL ali LABA ali
- druge farmakološke ukrepe (oralni glukokortikoid, imunosupresivi, omalizumab) in vselej pouk.

Na drugi kontrolni pregled bolnika naročimo čez 2 do 4 tedne in ponovimo vse naštetne postopke. To ponavljamo, dokler ne dosežemo

primerne (maksimalno možne) urejenosti astme, nato bolnika prevzame njihov osebni zdravnik. Ta nadaljuje z uresničevanjem ustreznih ukrepov.

## 7. Delitev dela med zdravnikom splošne/družinske medicine in specialistom pulmologom

Začetno obravnavo bolnika s sumom na astmo opravi zdravnik splošne/družinske medicine in specialist pulmolog. Poznejša obravnavna bolnika z astmo je načeloma prepuščena zdravniku splošne/družinske medicine.

V obravnavo bolnika z astmo se ponovno vključi specialist pulmolog, če se pojavi: dodatna alergološka diagnostika, dvom v diagnozo (starejši, kadilci, drugi primeri psevdostme), kroničen kašelj, ki ga z zdravili zoper astmo ne pomirimo, hkratni sistemski simptomi (npr. sum na sindrom Churg-Straussove), dodatna opredelitev etiologije (sum na aspirinsko intoleranco, gastroezofagealni refluks ali druge sprožilce), sum na poklicno astmo, ob nosečnosti, ob predoperativni pripravi, razvoj astme v smeri krhke astme ali drugih oblik življenja ogrožajoče astme, huda predmenstrualna astma, huda astma ob naporu ali pouk bolnika z astmo (če ta ni izvedljiv v okolju zdravnika splošne medicine). Priporočamo redni pregled pri specialistu pulmologu na eno-do največ triletne letne razmike.

## 8. Zahvala

Dokument je bil sprejet na sestanku Strokovnega sveta KOPA Golnik 6. oktobra 2005.

Hvaležni bomo vsem, ki bodo naša stališča utemeljeno dopolnjevali. ■

### Literatura:

- ŠUŠKOVIČ, Stanislav. AIRE raziskava v Srednji in Vzhodni Evropi. V: Simpozij farmakoeconomika: sestanek združenja pnevmologov Slovenije 6. in 7. april 2001, Portorož. 2001, str. 1 – 27.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention: NHLBI/WHO Workshop Report. Bethesda: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute; revised edition 2004. Publication No. 02–3659. www.ginasthma.com.
- Holgate S, Golden M, Reynolds A et al. Roles of cysteinyl

leukotrienes in airway inflammation, smooth muscle function and remodeling. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111: S18 – 36.

- Ford E. The epidemiology of obesity and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115: 897 – 909.
- Livingston E, Thomson NC, Chalmers GW. Impact of smoking on asthma therapy: a critical review of clinical evidence. *Drugs* 2005; 65: 1521 – 36.
- Eisner MD, Katz PP, Lactao G, Iribarren C. Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2005 May; 94(5): 566 – 74.
- Allen D, Bielory L, Szefer S. Inhaled corticosteroids: past lessons and future issues. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112: S1 – 40.
- Townsend, A., Hunt, K., Wyke, S. Managing multiple morbidity in mid-life. *BMJ* 2003; 327: 837 – 41.
- Furlan, J., Kandare, F., Kopriva, S. In sod. Smernice za zdravljenje bolnika z astmo. *Zdrav Vestn* 1995; 64: 89 – 106.
- Šuškovič S, Košnik M, Fležar M et al. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo odraslega bolnika z astmo. *Med Razgl* 2002; 41 (Suppl 3): 1 – 12.
- McIvor R, Pizzichini E, Turner M. Potential masking effect of salmeterol on airway inflammation in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 924 – 930.
- Jackson CM, Lipworth B. Benefit-risk assessment of long-acting beta2-agonists in asthma. *Drug Safety* 2004; 27: 243 – 270.
- Storms W, Chervinsky P, Ghannam AF, Bird S, Hustad CM, Edelman JM; Challenge-Rescue Study Group. A comparison of the effects of oral montelukast and inhaled salmeterol on response to rescue bronchodilation after challenge. *Respir Med* 2004; 98: 1051 – 1062.
- Ilowite J, Webb R, Friedman B, Kerwin E, Bird SR, Hustad CM, Edelman JM. Addition of montelukast or salmeterol to fluticasone for protection against asthma attacks: a randomized, double-blind, multicenter study. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 92: 641 – 648.
- Bjermer L, Bisgaard H, Bousquet J, Fabbri LM, Greening AP, Haahela T, Holgate ST, Picado C, Menten J, Dass SB, Leff JA, Polos PG. Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults: one year, double blind, randomised, comparative trial. *BMJ* 2003; 327: 891 – 897.
- Currie GP, Lee DK, Haggart K, Bates CE, Lipworth BJ. Effects of montelukast on surrogate inflammatory markers in corticosteroid-treated patients with asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 1232 – 1238.
- Smith AD, Cowan JO, Brassett KP, Herbison GP, Taylor DR. Use of exhaled nitric oxide measurements to guide treatment in chronic asthma. *N Engl J Med* 2005; 352: 2163 – 2173.
- Carter ER, Ananthakrishnan M. Adherence to montelukast versus inhaled corticosteroids in children with asthma. *Pediatr Pulmonol* 2003; 36: 301 – 304.
- Krishnan A, Rieker A, McCoy V et al. Corticosteroid Use after Hospital Discharge among High-risk Adults with Asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 1281 – 1285.
- Boushey HA, Sorkness CA, King TS, Sullivan SD, Fahy JV, Lazarus SC, Chinchilli VM, et al. Daily versus as-needed corticosteroids for mild persistent asthma. *N Engl J Med* 2005; 352: 1519 – 1528.
- Zeiger RS, Bird SR, Kaplan MS, Schatz M, Pearlman DS, Orav EJ, Hustad CM, Edelman JM. Short-term and long-term asthma control in patients with mild persistent asthma receiving montelukast or fluticasone: a randomized controlled trial. *Am J Med* 2005; 118: 649 – 657.
- Szefer SJ, Phillips BR, Martinez FD, Chinchilli VM, Lemanske RF, Strunk RC, et al. Characterization of within-subject responses to fluticasone and montelukast in childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115:

- 233 – 242.
23. Jayaram L, Pizzichini E, Lemiere C, Man SF, Cartier A, Hargreave FE, Pizzichini MM. Steroid naive eosinophilic asthma: anti-inflammatory effects of fluticasone and montelukast. *Thorax* 2005; 60: 100 – 105.
  24. Palmqvist M, Bruce C, Sjostrand M, Arvidsson P, Lotvall J. Differential effects of fluticasone and montelukast on allergen-induced asthma. *Allergy* 2005; 60: 65 – 70.
  25. Overbeek SE, O'Sullivan S, Leman K, Mulder PG, Hoogsteden HC, Prins JB. Effect of montelukast compared with inhaled fluticasone on airway inflammation. *Clin Exp Allergy* 2004; 34: 1388 – 1394.
  26. Kanniess F, Richter K, Bohme S, Jorres RA, Magnussen H. Montelukast versus fluticasone: effects on lung function, airway responsiveness and inflammation in moderate asthma. *Eur Respir J* 2002; 20: 853 – 858.
  27. Meltzer EO, Lockey RF, Friedman BF, Kalberg C, Goode-Sellers S, Srebro S, Edwards L, Rickard K; Fluticasone Propionate Clinical Research Study Group. Efficacy and safety of low-dose fluticasone propionate compared with montelukast for maintenance treatment of persistent asthma. *Mayo Clin Proc.* 2002; 77: 437 – 445.
  28. Busse W, Raphael GD, Galant S, Kalberg C, Goode-Sellers S, Srebro S, Edwards L, Rickard K; Fluticasone Propionate Clinical Research Study Group. Low-dose fluticasone propionate compared with montelukast for first-line treatment of persistent asthma: a randomized clinical trial. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 107: 461 – 468.
  29. Strauch E, Moske O, Thoma S, Storm Van's Gravesande K, Ihorst G, Brandis M, Kuehr J. A randomized controlled trial on the effect of montelukast on sputum eosinophil cationic protein in children with corticosteroid-dependent asthma. *Pediatr Res* 2003; 54: 198 – 203.
  30. Vaquerizo MJ, Casan P, Castillo J, Perpina M, Sanchis J, Sobradillo V, Valencia A, Vereá H, Viejo JL, Villasante C, Gonzalez-Esteban J, Picado C. Effect of montelukast added to inhaled budesonide on control of mild to moderate asthma. *Thorax* 2003; 58: 204 – 10.
  31. Ghio L, Zanconato S, Rampon O, Piovan V, Pasquale MF, Baraldi E. Effect of montelukast added to inhaled corticosteroids on fractional exhaled nitric oxide in asthmatic children. *Eur Respir J* 2002; 20: 630 – 634.
  32. Ringdal N, Eliraz A, Pruzinec R, Weber HH, Mulder PG, Akveld M, Bateman ED. International Study Group. The salmeterol/fluticasone combination is more effective than fluticasone plus oral montelukast in asthma. *Respir Med* 2003; 97: 234 – 241.
  33. Nelson HS, Busse WW, Kerwin E et al. Fluticasone propionate/salmeterol combination provides more effective asthma control than low-dose inhaled corticosteroid plus montelukast. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 1088 – 1095.
  34. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Pendergraft. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 59 – 65.

# PRIJAVNICA

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



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

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

**Izjava** - davčni zavezanec (obkroži)       **da**       **ne**      davčna številka:

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

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)       **da**       **ne**      davčna številka:

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

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)       kot udeleženec       na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve       da       ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a       s položnico       ob registraciji

datum

podpis



## NOVEMBER 2005

## TEMA

## VSEBINA

3. – 5.		št. kandidatov	
<b>PORTOROŽ</b> Kongresni center St. Bernardin, Grand hotel Bernardin	<b>47. TAVČARJEVI DNEVI</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	***	strokovno srečanje
<b>4. – 6. ob 8.30</b>			
<b>MARIBOR</b> predavalnica v 16. nadstropju SB Maribor	<b>4. UČNA DELAVNICA ORTOPEDSKE MEDICINE (CYRIAX) – SAKROILIAKALNI IN KOLČNI SKLEP</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	25	učna delavnica za zdravnike specialiste ortopede in fiziatre
<b>10. – 11.</b>			
<b>PORTOROŽ,</b> Kongresni center Bernardin, Grand hotel Bernardin	<b>INOVATIVNOST IN SPREMEMBE – TEMELJ DOLGOTRAJNEGA USPEHA</b>	***	14. letna konferenca
<b>10. – 12. ob 8.30</b>			
<b>LJUBLJANA</b> Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18	<b>PRAKTIČNE VAJE I IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE</b>	vsaj 20	šestdnevni tečaj iz vedenjsko-kognitivne terapije – VKT za zdravnike in psihologe
<b>10. – 12. ob 17.00</b>			
<b>ROGAŠKA SLATINA</b>	<b>XIX. REPUBLIŠKI SEMINAR DRUŠTVA ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV SLOVENIJE</b>  <a href="#">podroben program</a> • ISIS 8-9/2005	***	strokovno srečanje
<b>11. ob 9.30</b>			
<b>MARIBOR</b> novi oddelek za psihiatrijo SB Maribor	<b>ZGODNJA DIAGNOSTIKA BIPOLARNE MOTNJE</b>	ni omejeno	Oddelek za psihiatrijo SB Maribor
<b>11. ob 16.00</b>			
<b>PORTOROŽ</b> Kongresni center Hoteli Morje	<b>SATELITSKI POSVET NOVO-SEVEN</b>	ni omejeno	učna delavnica za specialiste anesteziologije, ginekologe in porodničarje, kirurge ter interniste intenziviste
<b>11. – 12. ob 9.00</b>			
<b>OTOČEC</b> Grad Otočec	<b>22. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: OBRAVNAVA SOČASNIH BOLEZNI IN STANJ – IZZIV ZA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 11/2005	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, mentorje družinske medicine, sekundarije, mlade zdravnike, specializante, nove specialiste družinske medicine

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta – Katedra za interno medicino	Katedra za interno medicino, MF Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana	40.000,00 SIT (DDV ni vključen) ***
Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino – SB Maribor, Zdravniško društvo Maribor, asist. mag. Breda Jesenšek Papež, asist. Dragan Lonžarič	ga. Marija Kobalej, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 01 321 16 80	75.000,00 SIT ***
Slovensko združenje za kakovost, glavni pokrovitelj IBM SLOVENIJA, d.o.o.	prijava, program in informacije: ga. Darinka Žargi, Slovensko združenje za kakovost, Dimičeva 13, 1000 Ljubljana, T: 041 724 537, 01 589 84 90, E: info@szk-sqa.si, W: www.szk-sqa.si, rok prijave: 5. november 2005	za člane 58.000,00 SIT ob prvi udeležbi in 53.000,00 SIT ob vsaki naslednji udeležbi člana iz iste organizacije, za nečlane 68.000,00 SIT ob prvi udeležbi in 62.000,00 SIT ob vsaki naslednji udeležbi nečlana iz iste organizacije, za avtorje referata 20.000,00 SIT (DDV ni vključen) ***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT Slovenije, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	95.000,00 SIT TRR: 02010-0092544077 ***
Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije	ga. Martina Kajzer, T: 01 300 21 10, GSM: 040 528 655	*** ***
asist. Jure Koprivšek, SB Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 10 00, F: 02 331 23 93	5.000,00 SIT	***
Društvo travmatologov Slovenije, prof. dr. Radko Komadina	prof. dr. Radko Komadina, F: 03 423 38 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si	kotizacije ni ***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni ***

## NOVEMBER 2005

## TEMA

## VSEBINA

11. – 12.		št. kandidatov		
<b>MARIBOR</b> hotel Habakuk	<b>1. SLOVENSKI KONGRES ZA KLINIČNO PREHRANO IN METABOLIZEM</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 8-9/2005	ni omejeno	kongres za vse zdravnike, farmacevte, dietetike, medicinske sestre	
<b>11. – 12. ob 9.00</b>				
<b>MARIBOR</b> velika predavalnica SB Maribor	<b>INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	18	delavnice kirurških tehnik	
<b>11. – 12. ob 15.00</b>				
<b>RADENCI</b> hotel Radin	<b>PESTICIDI</b>	ni omejeno	strokovno izobraževanje za vse zdravnike	
<b>11. – 12. ob 16.00</b>				
<b>MARIBOR</b> hotel Habakuk	<b>III. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU</b>	100	posvet za vse zdravnike	
<b>12.</b>				
<b>LJUBLJANA</b> velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	<b>ALERGENI ZA DIAGNOSTIKO IN ZDRAVLJENJE ALERGIJSKIH BOLEZNI</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	***	strokovno srečanje	
<b>17. ob 9.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b> Ljubljanski grad	<b>NOVOSTI IN ZDRAVLJENJE DR IN ARMD</b>	***	mednarodni posvet, na katerem bo predstavljen pregled degeneracije mrežnice in starostne degeneracije makule – kakšen je videz bolezni in vse, vključno z najnovejšimi metodami zdravljenja teh bolezni	
<b>17. – 19. ob 15.00</b>				
<b>VELENJE</b> sejna soba ZD Velenje	<b>DENVER II SLOVENIJA</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	15	podiplomski tečaj za zdravnike in medicinske sestre, ki opravljajo preventivne preglede predšolskih otrok	
<b>17. – 19.</b>				
<b>KRANJSKA GORA HOTEL LEK</b>	<b>OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO – VODENJE BOLNIKA S KOPB</b>	20	učna delavnica za zdravnike splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	
<b>18. ob 8.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b> otel Mons	<b>II. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS – REPRODUKTIVNO ZDRAVJE MLADIH</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	180	strokovni sestanek za ginekologe, pediatre, specialiste šolske medicine, družinske in splošne zdravnike ter druge zdravnike in zdravstvene delavce	

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija
Slovensko združenje za klinično prehrano, mag. Nada Kozjek Rotovnik, Živa Mrevlje, dr. med.	mag. Nada Kozjek Rotovnik, GSM: 041 733 384, ga. Stanka Vukšinič, Onkološki inštitut Ljubljana, Stavba A, Zaloška 2, 1000 Ljubljana	40.000,00 SIT (DDV ni vključen) ***
MF Ljubljana – Katedra za kirurgijo – Podiplomska šola kirurških tehnik, Travmatološki oddelek SB Maribor	Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 524 73 84, W: www.kirurgija.net	35.000,00 SIT (DDV ni vključen) 12
Združenje medicine dela, prometa in športa, mag. Stanislav Pušnik, dr. med.	prijave: alenka.skerjanc@zzzs.si	25.000,00 SIT v postopku
Združenje dermatologov Slovenije, prim. dr. Jovan Miljković	asist. Pij Marko, oddelek za kožne bolezni, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 27 05	30.000,00 SIT TRR: 02014-0089341717 9
Alergoška sekcija SZD in Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	kotizacije ni v postopku
Alcon v sodelovanju s Slovenskim oftalmološkim društvom in Očesno kliniko Ljubljana	ga. Tina Rožmanec, Alcon Services Inc., Podružnica Ljubljana, Erjavčeva 4, 1000 Ljubljana, T: 01 422 52 80	*** ***
Katedra za pediatrijo MF v Ljubljani, Delovna skupina DENVER II Slovenija, Učni center Velenje, Margareta Seher Zupančič, dr. med.	Margareta Seher Zupančič, dr. med., ga Alojzija Čepin, Dispanzer za predšolske otroke, ZD Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje, T: 03 899 54 60, 899 54 59, GSM: 031 637 531, F: 03 586 90 39, E: denverll@zd-velenje.si, m.seher-zupancic@zd-velenje.si	70.000,00 SIT ***
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 20
Slovensko društvo za reproduktivno medicino, SPS Ginekološka klinika – KC Ljubljana, Katedra za ginekologijo in porodništvo – MF Ljubljana, Združenje ambulantnih ginekologov SZD, doc. dr. Bojana Pinter	ga. Nataša Petkovšek, katedra za ginekologijo in porodništvo, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 13, F: 01 522 61 30, E: natasa.petkovsek@uni-lj.si	20.000,00 SIT (DDV je vključen) za specialiste, 10.000,00 SIT (DDV je vključen) za druge udeležence TRR: 02012-0050420080 v postopku

## NOVEMBER 2005

## TEMA

## VSEBINA

18. ob 10.00		št. kandidatov	
<b>MARIBOR</b> Miklošičeva dvorana, Rektorat Univerze v Mariboru	<b>2. SLOVENSKI POSVET O ENDOSKOPSKEM ULTRAZVOKU V GASTROENTEROLOGIJI</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	ni omejeno	podiplomski seminar
<b>18. – 19.</b>			
<b>LJUBLJANA</b> Klinični center	<b>KRITIČNO BOLNI IN POŠKODOVANI OTROK – PREPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	***	strokovno srečanje
<b>18. – 19. ob 8.45</b>			
<b>MARIBOR</b> hotel Habakuk	<b>2. SLOVENSKO-HRVAŠKI REHABILITACIJSKI POSVET</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	***	strokovno srečanje
<b>18. – 19.</b>			
***	<b>NACIONALNI PROGRAM OSNOVNE PREVENTIVE SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI</b>	***	strokovno srečanje za izvajalce zdravstveno-vzgojnega programa ter za vodje zdravstveno-vzgojnih centrov, vodje splošnih dispanzerjev, predstavnikov zdravnikov zasebnikov in regijskih odgovornih zdravnikov
<b>18. – 20.</b>			
<b>NOVO MESTO</b>	<b>TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA (DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	***	strokovno srečanje
<b>19.</b>			
<b>LJUBLJANA,</b> dvorana KRKE, d. d., Dunajska cesta 65	<b>13. VOLILNI OBČNI ZBOR ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE</b>  <a href="#">podroben program</a> • Isis 11/2005	***	strokovno srečanje
<b>22. ob 17.00</b>			
<b>LJUBLJANA</b> predavalnica stare travmatološke klinike v Ljubljani	<b>USTANOVNA SKUPŠČINA ZDRUŽENJA SODNIH IZVEDENCEV MEDICINSKE STROKE V OKVIRU SZD</b>	ni omejeno	ustanovna skupščina združenja za zdravnike specialiste in sodne izvedence medicinske stroke
<b>23. ob 11.00</b>			
<b>LJUBLJANA</b>	<b>PRVI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA S PODELITVIJO NAGRAD BRATOV PIRC – VLOGA LABORATORIJEV V JAVNEM ZDRAVJU</b>	ni omejeno	strokovno srečanje
<b>24. – 26.</b>			
<b>PORTOROŽ</b> hotel Bernardin	<b>XIV. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO</b>	***	strokovno srečanje za vse zdravnike

## ORGANIZATOR

## NASLOV

## K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo – SB Maribor, prim. doc. dr. Marjan Skalicky	ga. Zdenka Kodrin, tajništvo KO za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 28 71, F: 02 321 23 59	10.000,00 SIT <b>TRR: 04173-0000733902</b>	8
KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika – KC Ljubljana	doc. dr. Janez Primožič, Karmen Boh, viš. uprav. del., Tajništvo, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 33 49, 522 48 29, F: 01 430 17 14, E: karmen.boh@kclj.si	55.000,00 SIT (DDV je vključen) <b>TRR: 01100-6030277894</b>	v postopku
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD	asist. mag. Klemen Grabljevec, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana	za člane Združenja FRM Slovenije in Hrvaške kotizacije ni, za druge 20.000,00 SIT (DDV je vključen)	***
CINDI Slovenija	W: <a href="http://www.cindi-slovenija.net">www.cindi-slovenija.net</a>	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino – Svet za reanimacijo	informacije: <a href="http://www.ssem-society.si">www.ssem-society.si</a> , prijave: <a href="mailto:info@ssem-society.si">info@ssem-society.si</a>	84.000,00 SIT	***
Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	informacije: Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Ljubljana, Vojkova 4, T: 01 433 85 35, E: <a href="mailto:zdruzenje.zzzs@s5.net">zdruzenje.zzzs@s5.net</a>	***	***
Iniciativni odbor SZD, prof. dr. Vladimir Smrkolj	V. Smrkolj, E: <a href="mailto:kirurg@mf.uni-lj.si">kirurg@mf.uni-lj.si</a> , R. Komadina, E: <a href="mailto:sbcrdi@guest.arnes.si">sbcrdi@guest.arnes.si</a>	kotizacije ni	***
Inštitut za varovanje zdravja RS	ga. Urša Krizaj, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 15 44, 244 14 47, E: <a href="mailto:ursa.krizaj@ivz-rs.si">ursa.krizaj@ivz-rs.si</a> , W: <a href="http://www.ivz-rs.si">www.ivz-rs.si</a>	kotizacije ni	***
Sekcija za arterijsko hipertenzijo, dr. Rok Accetto	ga. Irena Jelen, T: 01 365 52 52, F: 01 363 73 45, Auditoria d.o.o., Malnarjeva 10, 1000 Ljubljana	za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni, za druge 10.000,00 SIT	***

## NOVEMBER 2005

## TEMA

## VSEBINA

24. – 27. ob 15.00		št. kandidatov		
<b>NOVO MESTO</b> hotel KRKA, Novi trg 1, 8000 Novo Mesto	<b>ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE – 1. LETNIK</b>  podroben program • Isis 11/2005	40	podiplomska šola za zdravnike, ki delajo na intenzivnih oddelkih	
<b>25. ob 9.00</b>				
<b>OTOČEC</b> hotel Šport	<b>PRIPOROČILA ZA OSKRBO MALIGNIH KOŽNIH RAN</b>	***	posvet	
<b>25. ob 14.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b>	<b>KAJ MORA VSAK PEDIATER VEDETI O OTROKU, KI SE JE ZDRAVIL V ENOTI ZA INTENZIVNO TERAPIJO</b>	ni omejeno	srečanje za pediatre	
<b>25. – 26. ob 9.00</b>				
<b>LAŠKO</b> Kulturni center Laško	<b>DNEVI LIGE PROTI EPILEPSIJI SLOVENIJE</b>	***	strokovno srečanje	
<b>25. – 26. ob 11.30</b>				
<b>LJUBLJANA,</b> 1. predavalnica Kliničnega centra	<b>XX. PODIPLomsKA ŠOLA SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2</b>  podroben program • Isis 8-9/2005	35	podiplomski seminar in učna delavnica za zdravnike v osnovnem zdravstvu, prim. Franc Mrevlje	
<b>25. – 26.</b>				
<b>ROGAŠKA SLATINA</b> glasbena dvorana Grand hotela	<b>JESENSKO SREČANJE GASTROENTEROLOGOV</b>	ni omejeno	strokovno srečanje o boleznih ozkega črevesja za gastroenterologe	
<b>26. ob 9.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b> hotel Mons	<b>7. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE: USTNA IN OBRAZNA BOLEČINA</b>	500	strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike	
<b>30. 11. – 2. 12. ob 9.00</b>				
<b>LJUBLJANA</b> velika predavalnica Medicinske fakultete	<b>MOLEKULARNA DIAGNOSTIKA V MEDICINI</b>	ni omejeno	mednarodni posvet za vse zdravnike in pravnike	

## ORGANIZATOR

## NASLOV

## K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Slovensko združenje za intenzivno medicino, doc. dr. Andrej Pernat, dr. med., predsednik organizacijskega odbora	prijave in informacije: ga. Lidija Grčar, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 48 36, F: 01 522 22 96, E: andrej.pernat@mf.uni-lj.si	70.000,00 SIT	***
Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS	Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, Cigaletova 9, 1000 Ljubljana, E: branka.kokalj@kclj.si	20.000,00 SIT za člane društva, za ostale 25.000,00 SIT <b>TRR: 02012-0254085451</b> sklic na št. 00-0105	***
Združenje za pediatrijo SZD, asist. Ivan Vidmar	asist. Ivan Vidmar, dr. med., KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 430 17 14	kotizacije ni	***
Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, Nevrološki oddelek – SB Celje, Center za epilepsije otrok in mladostnikov, KONEV – SPS Pediatrična klinika, Center za epilepsije – SPS Nevrološka klinika, Sekcija za epileptologijo SZD, Evropa – Evropska akademija za epilepsijo	ga. Marija Androjna, ga. Milena Golouh, SB Celje, Nevrološki oddelek, Oblakova ul. 5, 3000 Celje, T: 03 423 34 84 (tajništvo oddelka), F: 03 423 37 54 (tajništvo bolnišnice), E: nevro.cesplobo@guest.arnes.si	15.000,00 SIT	***
KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni – KC Ljubljana	prim. Franc Mrevlje, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni – KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 36, F: 01 522 28 37	kotizacije ni	***
Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo,izr. prof. dr. Saša Markovič, dr. med.	Jože Kokovnik, dr. med., Zdravilišče Rogaška Slatina, T: 03 811 70 11	za člane združenja kotizacije ni, drugi 10.000,00 SIT	***
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. dent. med.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 041 573 791, E: maxfac.oral@kclj.si, W: www.zmok.si	37.000,00 SIT do 11. 11. 2005, potem 39.000,00 SIT (DDV je vključen) <b>TRR: 02014-0087754603</b>	***
Medicinska fakulteta v Ljubljani, prof. dr. Nina Gale, dr. med.	informacije: damjan.glavac@mf.uni-lj.si, prijave: joze.balazic@mf.uni-lj.si, mario.poljak@mf.uni-lj.si, T: 01 543 72 00, 01 543 74 53, 01 543 71 80	kotizacije ni	v postopku



## DECEMBER 2005

## TEMA

## VSEBINA

2. ob 19.00		št. kandidatov		
<b>LJUBLJANA</b> Velika dvorana Slovenske filharmonije, Kongresni trg 10	<b>36. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XXXVI. SPOMINSKEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 11/2005	***	36. Plečnikov koncert	
2. – 3. ob 16.30				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Lek	<b>REDNI SESTANEK SZD – SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA</b>	ni omejeno	strokovni posvet za nefrologe in interniste	
3. ob 9.00				
<b>LJUBLJANA</b> Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana, Zaloška c. 2	<b>FLEBOLOŠKA ŠOLA – 2. STOPNJA</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 11/2005	***	predhodni program za zdravnike splošne in družinske medicine, dermatovenerologe ter druge specialiste, ki se pri svojem delu srečujejo s flebologijo	
3. ob 9.00				
<b>LJUBLJANA</b> športna dvorana Študentsko naselje, Rožna dolina, cesta 27. aprila	<b>25. MEMORIAL DR. TOMA KRASNOVA, DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V KOŠARKI</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 11/2005	ni omejeno	turnir v košarki	
3. – 4.				
<b>BLED</b> hotel Jelovica	<b>PREPREČEVANJE IN REHABILITACIJA ŠPORTNIH POŠKODEB</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 8-9/2005	***	kongres z mednarodno udeležbo	
8. – 10. ob 13.00				
<b>STRUNJAN</b> hotel Krka – Zdravilišče Strunjan	<b>22. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: POLIMORBIDNOST V DRUŽINSKI MEDICINI</b>	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine	
9. – 10. ob 8.00				
<b>MARIBOR</b> velika predavalnica, 16. etaža, SB Maribor	<b>MIKROKIRURGIJA V OFTALMOLOGIJI – OSNOVNE MIKROKIRURŠKE TEHNIKE IN PRAKTIČNO DELO</b>	do 25	učna delavnica mikrokirurške tehnike v oftalmologiji za specializante in mlajše specialiste oftalmologe	
9. – 10. ob 9.30				
<b>MARIBOR</b> predavalnica v 16. etaži SB Maribor	<b>MOŽGANI, RANJENI V ZGODNJEM RAZVOJU OTROKA</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	130	znanstvena konferenca in učna delavnica diagnostike UZ za pediatrije, perinatologe, nevrologe	
9. – 10.				
<b>PORTOROŽ</b> Grand hotel Bernardin	<b>7. PODIPLOMSKI SEMINAR – ZDRAVLJENJE S KRVJO V GASTROENTEROLOGIJI IN HEPATOLOGIJI</b> <a href="#">podroben program</a> • Isis 10/2005	***	strokovni seminar za interniste, kirurge, zdravnike splošne prakse, hematologe, anesteziologe, transfuziologe in medicinske sestre	

## ORGANIZATOR

## NASLOV

## K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

Kulturno umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, Inštitut za anatomijo, Inštitut za histologijo in embriologijo, Inštitut za patologijo, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani	***	***	***
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	Jakob Gubensek, dr. med., KC Ljubljana, T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92, E: jakob.gubensek@kclj.si	kotizacije ni	***
Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana	ga. Verica Petrovič, tajništvo, Dermatovenerološka klinika, Zaloška cesta 2, Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	15.000,00 SIT	v postopku
Ekipa "Zdravniki – Prijatelji"	prijave in informacije: asist. dr. Bine Stritar, dr. med., T: 01 522 33 16, 041 735 639, E: albin.stritar@amis.net	15.000,00 SIT za ekipo	***
Fakulteta za šport – Katedra za medicino športa	asist. Vedran Hadžić, dr. med., T: 01 520 77 79, E: vedran.hadzic@sp.uni-lj.si, ga. Eva Lomšek, T: 01 520 77 88, E: eva.lomsek@sp.uni-lj.si Fakulteta za šport, Katedra za medicino športa, Gortanova 22, 1000 Ljubljana	glej rumene strani	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***
Oddelek za očne bolezni SB Maribor, Katedra za oftalmologijo MF Univerze v Mariboru, doc. dr. Dušica Pahor, dr. med.	ga. Majda Jurkovič, tajništvo, Oddelek za očne bolezni, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 16 30, F: 02 331 23 93, W: www.dsms.net/oft-krj-sbm	30.000,00 SIT	***
SB Maribor, prim. dr. Silva Burja	informacije: ga. Nevenka Hižak, Odd. za perinatologijo, SB Maribor, T: 02 321 24 61, ga. Tatjana Mauko, Zdravniško društvo Maribor (po 14. uri), T: 02 22 86 356, F: 02 22 86 581, prijave: Zdravniško društvo Maribor, Aškerčeva ul. 1, 2000 Maribor	20.000,00 SIT	13
KC Ljubljana, SB Maribor, Zavod RS za transfuzijsko medicino	ga. Natalija Lampreht, T: 01 543 82 45, E: natalija.lampreht@ztm.si, ga. Tea Tolazzi, T: 01 543 82 70, E: tea.tolazzi@ztm.si, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Šlajmerjeva ul. 6, 1000 Ljubljana	52.000,00 SIT (DDV je vključen)	***

DECEMBER 2005		TEMA	VSEBINA	
10. ob 9.00			št. kandidatov	
<b>PORTOROŽ</b> Hotel Metropol	<b>REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO</b>	ni omejeno	aktualne teme na področju javnega zdravja, letno srečanje cepiteljev za vse zdravnike in zdravstvene delavce	
FEBRUAR 2006				
10. – 11. ob 8.00				
<b>LJUBLJANA</b> Klinični center Ljubljana, predavalnica 1	<b>41. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE "KIRURŠKI DNEVI"</b>	***	strokovno srečanje za zdravnike splošne in družinske medicine, zdravnike specializante in specialiste kirurgije, sekundarije	
10. – 11. ob 16.30				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Lek	<b>REDNI SESTANEK SZD – SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA</b>	ni omejeno	strokovni posvet za nefrologe in interniste	
MAREC 2006				
9. – 11.				
<b>LJUBLJANA</b> 1. predavalnica Kliničnega centra	<b>BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA</b>	ni omejeno	podiplomska šola za specializante interne medicine, zdravnike v osnovnem zdravstvu, specialiste interne medicine	
17. – 18. ob 8.00				
<b>LJUBLJANA</b> Inštitut RS za rehabilitacijo	<b>17. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: BOLEČINA V REHABILITACIJSKI MEDICINI</b>	ni omejeno	posvet za vse zdravnike in druge zdravstvene delavce	
17. – 18. ob 9.00				
<b>LJUBLJANA</b> Cankarjev dom	<b>9. SCHROTTTOVI DNEVI – NOVOSTI V ZDRAVLJENJU</b>	250	strokovno izobraževanje za zdravnike	
APRIL 2006				
6. – 8. ob 14.00				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Kompas	<b>6. KOKALJEVI DNEVI</b>	150	strokovno izobraževanje za zdravnike	
20. – 22.				
<b>BLED</b> Festivalna dvorana	<b>6TH INTERNATIONAL CONGRESS ON CEREBRAL PALSY – NEW ADVANCES IN TREATMENT OF CEREBRAL PALSY</b> W: <a href="http://animus.mf.uni-lj.si/~icna/bled/">http://animus.mf.uni-lj.si/~icna/bled/</a>	ni omejeno	podiplomsko izobraževanje za pediatrie, otroške nevrologe, ortopede, fiziatre, terapevte in druge	

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks		kotizacija
Sekcija za preventivno medicino, prim. dr. Metka Macarol Hiti	Valerija Marenče, T: 01 244 14 10, IVZ RS Sekcija za preventivno medicino, Trubarjeva ul. 2, 1000 Ljubljana	***
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana, prof. dr. Stane Repše	ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si	10.000,00 SIT (DDV je vključen) za sekundarije in specializante, 50.000,00 (DDV je vključen) za druge udeležence
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar	Jakob Gubenšek, KC Ljubljana, T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92, E: jakob.gubensek@kclj.si	kotizacije ni
Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič	ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08	40.000,00 SIT
Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Črt Marinček	ga. Ela Loparič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@mail.ir-rs.si	41.000,00 SIT, 20.000,00 SIT za specializante in sekundarije, 22.000,00 SIT za en dan (DDV je vključen)
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, asist. Tonka Poplas Susič	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: <a href="http://www.drmed.org/novica.php?id=8244">http://www.drmed.org/novica.php?id=8244</a>	45.000,00 SIT
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	informacije: doc. dr. Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@s5.net, W: <a href="http://www.drmed.org/novica.php?id=8243">http://www.drmed.org/novica.php?id=8243</a> , prijave: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si	35.000,00 SIT
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, GSM: 031 318 161, F: 04 236 14 00, E: mvelickovicp@guest.arnes.si, W: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	do 15. 3. 2006 225 EUR, nato 300 EUR

## MAJ 2006

## TEMA

## VSEBINA

14. – 17.		št. kandidatov		
<b>LJUBLJANA</b> Cankarjev dom	VII. KONGRES EVROPSKEGA TRAVMATOLOŠKEGA ZDRUŽENJA – EUROTRAUMA 2006	***	kongres	
16. ob 9.00		št. kandidatov		
<b>LJUBLJANA</b> Cankarjev dom	NEZGODNO ZAVAROVANJE	ni omejeno	posvet za zdravnike izvedence	
26. – 27. ob 8.00				
<b>LJUBLJANA</b> Poslovna stavba GIVO (bivši Smelt)	32. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	200	strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre in fizioterapevte	
27.				
<b>BRDO PRI KRANJU</b>	BRDO 2006 – STROKOVNI POSVET S ŠPORTNIMI TEMAMI	ni omejeno	strokovno srečanje za zdravnike, farmacevte in veterinarje, združeno z rekreativnim tekmovanjem	
27. ob 10.00				
<b>BRDO PRI KRANJU</b>	XII. MEDICINSKI DUATLON IN IV. POLETNI MEDICINSKI TEK (10 KM) TER MEDNARODNI STROKOVNI POSVET	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevte, zunaj konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji	
OKTOBER 2006				
20. – 21. ob 8.00				
<b>KRANJSKA GORA</b> hotel Kompas	8. FAJDIGOVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine	

► Uradne ure predsednika Zbornice in članov izvršilnega odbora, generalnega sekretarja, predsednika razsodišča in tožilca

**Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.**  
Predsednik Zbornice

► četrtek od 16.00 do 17.00

**Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med.**  
Predsednica odbora za osnovno zdravstvo

► četrtek od 16.00 do 17.00

**Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med.**  
Podpredsednica Zbornice in predsednica odbora za strokovno-medicinska vprašanja

► po dogovoru

**Jani DERNIČ, dr. med.**  
Predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja

► četrtek od 16.00 do 17.00

**Prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med.**  
Podpredsednik Zbornice in predsednik odbora za zobozdravstvo

► torek od 14.00 do 15.00

**Prim. Jožef Ferk, dr. med.**  
Predsednik odbora za bolnišnično in specialistično zdravstvo

► četrtek od 16.00 do 17.00

## ORGANIZATOR

## NASLOV

		za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
***		prof. dr. Vladimir Smrkolj, T: 01 524 73 84, E: kirurg@mf.uni-lj.si, W: www.eurotrauma2006.org;	***	***
		za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Društvo travmatologov Slovenije, prof. dr. Vladimir Smrkolj		ga. Natalija Bah Čad, Cankarjev dom, T: 01 24 17 132, 24 17 132	180 EUR (predčasno 120, 150 EUR), za študente kotizacije ni	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, asist. Nena Kopčavar Guček, Davorina Petek, dr. med.		ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8244	40.000,00 SIT	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat		prof. dr. Milivoj Veličković Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat		prof. dr. Milivoj Veličković Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik		ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, janko.kersnik@s5.net, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8241	35.000,00 SIT	***

**Akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med.**

Predsednik sveta za izobraževanje zdravnikov

▷ četrtek od 15.00 do 16.00

**Prim. mag. Brane Mežnar, dr. med.**

Predsednik razsodišča I. stopnje

▷ po dogovoru

**Tatjana Puc Kous, dr. med.**

Predsednik odbora za zasebno dejavnost

▷ četrtek od 16.00 do 17.00

**Prof. dr. Jože Balažic, dr. med.**

Tožilec Zbornice

▷ po dogovoru

**Mag. Žarko Pinter, dr. med.**

Predsednik odbora za pravno-etična vprašanja

▷ vsaka prva sreda od 15.00 do 16.00  
▷ vsak drugi četrtek od 16.00 do 17.00**Strokovne službe**

Ponedeljek, sreda, petek od 9.00 do 12.00, četrtek od 13.00 do 16.00

## OBRAZEC

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

fax: 01/30 72 109

**V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.**

Prvo obvestilo želimo objaviti v \_\_\_\_\_ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v \_\_\_\_\_ številki Izide.

**Za objavo podatkov v Koledarju strokovnih prireditev pošiljamo naslednje podatke:**

Datum prireditve

Začetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število poslušalcev

(če je določeno)

(neomejeno)

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

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

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

Predstavniki ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Brezplačna kotizacija

DA

NE

za upokojene zdravnike, študente, \_\_\_\_\_

# PROGRAMI

## 47. TAVČARJEVI DNEVI

organizator •

Univerza v Ljubljani – Medicinska fakulteta –  
Katedra za interno medicino

**PORTOROŽ, Kongresni center  
St. Bernardin, Grand hotel Bernardin**  
3. – 5. november 2005

### PROGRAM:

#### Četrtek, 3. novembra 2005

18.00 – 19.30 Satelitski posvet Astra Zeneca  
Priporočila za obravnavo bolnikov, ki jemljejo  
nesteroidna protivnetna zdravila (NSAR):  
mnenje gastroenterologa, revmatologa in  
kardiologa.

#### Petek, 4. novembra 2005

9.00 – 9.30 Odprtje  
9.30 – 10.00 Spominsko predavanje  
Kazalci kakovosti zdravnikovega  
dela, Marjan Pajntar  
10.00 – 10.30 Odmor s kavo

#### 10.30 – 11.30 Algoritmi I

Prsna bolečina, Igor Kranjec,  
Radovan Starc, Matjaž Koželj  
Perikarditis, Nadja Ružič  
Medvešček

11.45 – 13.15 Pogovori s strokovnjaki I

- Zdravljenje/vodenje bolnika s kronično  
vnetno črevesno boleznijo, Ivo Ferkolj
- Zdravljenje/vodenje kroničnega  
odpovedovanja ledvic, Damjan Kovač,  
Bojan Knap
- Neinvazivno predihavanje pri bolnikih s  
pljučnim edemom – maska CPAP tudi v  
rokah zdravnika na terenu, Vojka Gorjup,  
Hugon Možina

13.15 – 14.00 Interaktivni model transporta  
kisika po telesu za simulacijo  
nekaterih fizioloških stanj, Vito  
Starc

14.00 – 15.00 Kosilo

15.00 – 16.30 Metabolični sindrom

Voditelj: Marko Medvešček

- Metabolični sindrom: opredelitev in klinični  
pomen, Marko Medvešček
- Ogroženost za srčno-žilne bolezni in  
metabolični sindrom, Mišo Šabovič
- Nefarmakološko zdravljenje metaboličnega

sindroma, Matija Cevc

- Obravnava hipertenzije pri metaboličnem  
sindromu, Rok Accetto
- Obravnava dislipidemije pri metaboličnem  
sindromu, Zlatko Fras

16.30 – 17.00 Odmor s kavo

17.00 – 19.00 Satelitski posvet glavnega  
sponzorja Aventis pharma  
– Sanofi Aventis Group  
Osteoporoza – obrazi bolezni

20.30 – 1.00 Svečana večerja s plesom

#### Sobota, 5. novembra 2005

##### 8.00 – 9.00 Algoritmi II

Sinkopa, Matjaž Šinkovec, Matjaž  
Bunc, Anton Grad  
Pristop k bolniku z okužbo sečil,  
Jelka Lindič

9.00 – 10.30 Obravnava težavnega bolnika z  
astmo  
Voditelj: Mitja Košnik

- Bolnik z diagnozo astme, ki se ne odziva na  
standardno zdravljenje, Mitja Košnik
- Možnosti diagnostike obstruktivnih pljučnih  
bolezni na osnovni ravni, Davorina Petek,  
Nena Kopčavar Guček
- Zdravljenje astme pri polimorbidnem  
bolniku (diabetes, srčne bolezni ...), Stanislav  
Šuškovič
- Organizacija in vsebina zdravstvene vzgoje  
bolnikov z astmo, Tonka Poplas Susič

10.30 – 11.00 Odmor s kavo

##### 11.00 – 12.00 Algoritmi III

Vaskulitični sindromi, Matija  
Tomšič  
Anemije, Samo Zver, Uroš Mlakar,  
Irena Zupan

12.10 – 13.40 Pogovori s strokovnjaki II

- Zdravljenje/vodenje bolnika z jetrno cirozo,  
Saša Markovič
- Ocenjevanje hidriranosti bolnika, Jernej  
Pajek
- Vodenje kardiološkega bolnika v času  
čakanja na operacijo, Marko Noč

13.40 – 15.00 Kosilo

15.00 – 16.00 Predstavitve izbranih zanimivih  
kliničnih primerov

16.00 – 16.30 Odmor s kavo

16.30 – 18.00 Razprava – forum

- Stopnje nujnosti in kaj je treba opraviti pri  
bolniku pred napotitvijo na specialistični  
pregled k internistu? voditelj: Pavel Poredoš
- Razpravljalci: predstavniki internističnih strok:  
- revmatologija, Sonja Praprotnik  
- žilne bolezni, Matija Kozak  
- gastroenterologija, Borut Štabuc

- predstavniki splošne/družinske medicine:  
Marko Kolšek, Darinka Klančar, Dean  
Klančič, Gordana Živčec Kalan  
18.00 Zaključek

**Kotizacija:** 40.000,00 SIT (DDV ni vključen)

vkjučuje udeležbo na strokovnem programu,  
zbornik in druga gradiva, prigrizke in svečano  
večerjo s plesom in plačilo potrdila Zdravniške  
zbornice o priznanju kreditnih točk. Po prejemu  
prijavnice vam bomo poslali račun za plačilo  
kotizacije.

Prosimo, da na prijavnici navedete vse podatke,  
ki so predvideni, saj jih potrebujemo za izstavitvev  
računa.

Kotizacijo bo možno plačati tudi na recepciji  
strokovnega srečanja.

Kotizacije so oproščeni upokojeni zdravniki,  
sekundariji, mladi raziskovalci in študenti  
medicine.

**Prijavnico** pošljite na naslov: Katedra za interno  
medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani,  
Zaloška 7, 1000 Ljubljana.  
Prijava bo možna tudi na recepciji srečanja v  
hotelu Bernardin

Namestitvev: vsak udeleženev si sam rezervira  
namestitvev v hotelu na naslov: Hoteli Bernardin,  
Obala 2, 6320 Portorož

## 4. UČNA DELAVNICA ORTOPEDSKE MEDICINE (CYRIAX) – SAKROILIAKALNI IN KOLČNI SKLEP

organizatorja •

Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino  
– SB Maribor, Zdravniško društvo Maribor

**MARIBOR,**  
predavalnica v 16. nadstropju SB Maribor  
4. – 6. november 2005

### PROGRAM:

#### Petek, 4. novembra 2005

8.30 – 9.00 Prijava  
9.00 – 9.15 Odprtje tečaja, predstavitev  
tečajev in predavatelja, asist.  
mag. B. Jesenšek Papež  
9.15 – 9.30 Uvod v ortopedsko medicino in  
prvi test, asist. D. Lonžarič  
9.30 – 11.30 Funkcionalna in površinska  
anatomija sakroiliakalnih sklepov  
(predavanje in vaje)

11.30 – 11.45 Odmor



11.45 – 13.30 Patoanatomija sakroiliakalnih sklepov in ročna diagnostika (diferencialna diagnostika, funkcionalni testi – testi mobilnosti, provokacijski testi, dodatni testi (ledvena hrbtenica) (predavanja in vaje)

13.30 – 14.30 Kosilo

14.30 – 15.30 Patoanatomija sakroiliakalnih sklepov in ročna diagnostika – nadaljevanje: interpretacija testiranja (predavanja in vaje)

15.30 – 16.30 Konzervativne (ročne) terapevtske možnosti (mobilizacija, prečna frikcija, lokalne infiltracije in intraartikularne injekcije)

16.30 – 17.30 Zdravljenje nestabilnega (kinezioterapija) in zaklenjenega sakroiliakalnega sklepa (predavanja in vaje)

17.30 – 17.45 Odmor

17.45 – 19.00 Pregled in zdravljenje bolnika z okvaro sakroiliakalnega sklepa (vaje: udeleženci)

#### Sobota, 5. novembra 2005

9.00 – 11.00 Funkcionalna in površinska anatomija kolka: osteokinematika in artrokinematika, natančna opredelitev sklepnih linij in tipanje mehkih struktur (predavanje in vaje)

11.00 – 11.15 Odmor

11.15 – 13.30 Patoanatomija in ročna diagnostika kolčnega sklepa

13.30 – 14.30 Kosilo

14.30 – 15.30 Funkcionalni pregled in specifični testi za kolk (Cyriaxova ortopedska medicina)

15.30 – 16.00 Odmor

16.00 – 18.00 Ročna terapija: prečna frikcija, mobilizacijske tehnike in manipulacija kolka (predavanje in vaje)

18.00 – 19.00 Pregled in terapija (vaje: bolniki)

#### Nedelja, 6. novembra 2005

9.00 – 10.00 Bolečina v dimljah (diferencialna diagnostika, dodatna testiranja in zdravljenje)

10.00 – 11.00 Lateralna bolečina na področju kolka (diferencialna diagnostika,

dodatni testi in zdravljenje)

11.00 – 11.15 Odmor

11.15 – 12.15 Bolečina v stegnu (diferencialna diagnostika, dodatni testi in zdravljenje)

12.15 – 13.30 Prikaz primera (vaje) "Mock bolnik" (vaje: ročna diagnostika in zdravljenje)

13.30 – 14.00 Zaključek tečaja in drugi test

Delavnico bo vodil priznani mednarodni učitelj Rene de Bruijn, predsednik Nizozemske akademije za ortopedsko medicino. Delavnica obsega 25 ur predavanj in vaj. Potekala bo v angleškem in po potrebi v nemškem jeziku brez sprotne prevajanja. Namen delavnice je seznanitev z osnovami ortopedske medicine in učenje ročne (manualne) diagnostike in terapije – prečne frikcije, mobilizacijskih in manipulacijskih ter injekcijskih tehnik. Tečaj je namenjen zdravnikom fiziotrom, ortopedom in specialistom družinske medicine. Vaje bodo potekale pod neposrednim vodstvom predavatelja in ob pomoči strokovnih sodelavcev asist. mag. Brede Jesenšek Papež, in asist. Dragana Lonžarića.

**Število udeležencev:** 20.

**Kotizacija:** 75.000,00 SIT (DDV je vključen) in vključuje udeležbo na srečanju, pijačo in prigrizke med odmori ter skupna kosila v SB Maribor.

Kotizacijo nakažite na TRR Zdravniškega društva Maribor, Aškerčeva 1, 2000 Maribor pri NKB d. d. Maribor št.: 04515-0000124280 sklic na št. 1029.

Dokončen vpis na seznam tečajnikov je po prejemu fotokopije o plačani kotizaciji. V primeru odpovedi po 15. oktobru 2005 organizator I zadrži 50.000,00 SIT.

**Prijava:** prosimo, da prijavo (obrazec iz revije Isis) in fotokopijo položnice o plačani kotizaciji pošljete najpozneje do 20. oktobra 2005 na naslov: Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, SB Maribor, ga. Marija Kobalej, Ljubljanska 5, 2000 Maribor.

**Informacije:** ga. Marija Kobalej, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 01 321 16 80.

Nočitve so možne v Garni hotelu Tabor, Ul. Heroja Zidanška 18, 2000 Maribor, T: 02 421 64 10, F: 02 421 64 40.

### III. DERMATOLOŠKI DNEVI

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

**MARIBOR,**  
**hotel Habakuk**

11. – 12. november 2005

#### PROGRAM:

**Petek, 11. novembra 2005**

15.00 – 16.00 Prijava

#### 1. Genodermatoze (Organizacija teme: J. Miljković)

- 16.00 – 16.15 Epidemiologija dednih palmoplantarnih keratodermij v Sloveniji, A. Kansky, J. Miljković
- 16.15 – 16.30 Papulozne palmoplantarne keratodermije v Sloveniji, J. Miljković, A. Kansky
- 16.30 – 16.45 Eritropoetska protoporfirija v Sloveniji, P. B. Marko, A. Kansky, T. Žižek, D. Glavač
- 16.45 – 16.55 Palmoplantarna keratoderma Unna-Thost: novi primeri, T. Kmecl, J. Arzenšek
- 16.55 – 17.05 Keratosis palmoplantaris punctata – prikaz primera, M. Jovanović, Z. Golušin, N. Vučković, N. Vranješ (Novi Sad, SČG)
- 17.05 – 17.20 Odmor

#### 2. Virusne in spolno prenosljive okužbe (Organizacija teme: M. Potočnik)

- 17.20 – 17.35 Genitalne okužbe s humanimi virusi papiloma, M. Potočnik (Ljubljana)
- 17.35 – 17.50 Uporaba molekularnih metod v diagnostiki okužb z bakterijo Chlamydia trachomatis, D. Kešec (Ljubljana)
- 17.50 – 18.05 Prijavljeni primeri spolno prenosljivih okužb v Sloveniji, I. Klavs, T. Rogelj (Ljubljana)
- 18.05 – 18.20 New therapeutical choices in the treatment of herpes zoster. Guidelines of the German Dermatological Society, P. Wutzler (Jena, Nemčija)
- 18.20 – 18.40 Odmor

#### 3. Prikaz primerov (Organizacija teme: I. Prelog)

18.40 – 18.50 Zdravljenje neoperabilne oblike

bazalnoceličnega karcinoma z imikvimodom in acitretinom, M. Adamič (Ljubljana)

- 18.50 – 19.00 Nekrolitični migratorni eritem, P. Marko, T. J. Miljković, (Maribor)
- 19.00 – 19.10 Levkocitoklastični vaskulitis pri bolniku z atipično pljučnico, K. Trčko, P. Marko, J. Rejc Marko, S. Blažič (Maribor)
- 19.10 – 19.20 Mycobacterium marinum-kožna okužba, M. Belič, J. Miljković, J. Šmajger (Maribor)
- 19.20 – 19.30 Borelia-dermatomyositis, I. Prelog, T. Orešič Barač, J. Miljković, M. Barač (Maribor)
- 19.30 – 19.40 Multipli leiomiomi kože, S. Senegačnik, P. Marko, J. Miljković (Maribor)
- 19.40 – 19.50 Zosteriformni lichen ruber planus, J. Miljković, M. Belič, A. Godič (Maribor, Ljubljana)
- 19.50 – 20.00 Osnovni hereditarni limfedem, T. Kmecl, J. Arzenšek, A. Benedičič (Celje)

Večerja

#### Sobota, 12. novembra 2005

#### 4. Vabljeni predavatelji iz tujine (Organizacija teme: A. Kansky)

- 9.00 – 9.20 The Sun: Lights and Shadows, M. Lomuto (San Giovanni Rotondo)
- 9.20 – 9.40 Porphyrins and hair growth: new perspectives, A. Stanimirović (Zagreb)
- 9.40 – 10.00 Genetic hair and nail disorders, E. Sprecher (Haifa)
- 10.00 – 10.15 Odmor

#### 5. Obravnavna bolnikov z malignim melanomom

##### (Organizacija teme: I. Bartenjev)

- 10.15 – 10.30 Uvod, M. Snoj (Ljubljana)
- 10.30 – 10.45 Preventivna in diagnostika, I. Bartenjev (Ljubljana)
- 10.45 – 11.00 Kirurško zdravljenje, M. Hočevar (Ljubljana)
- 11.00 – 11.15 Zdravljenje z obsevanjem, P. Strojhan (Ljubljana)
- 11.15 – 11.30 Sistemsko zdravljenje, J. Ocvirk (Ljubljana)
- 12.00 – 12.30 Odmor

#### 6. Učna delavnica

- 12.30 – 14.30 Osnove dermoskopske diagnostike pigmentnih tumorjev kože, H. P. Soyer (Gradec), I. Bartenjev (Ljubljana)
- (Število udeležencev je omejeno, kotizacija je 12.000,00 SIT)

#### 7. Proste teme

##### (Organizacija teme: P. B. Marko)

- 14.30 – 14.45 Venska golenja razjeda:

Stimulacija s trombocitnimi rastnimi faktorji: DA ali NE? T. Planinšek Ručigaj, T. Lunder

- 14.45 – 15.00 Pustulosis palmoplantaris, M. Vok (Izola)
- 15.00 – 15.15 Demodex folliculorum pri perioralnem dermatitisu, M. Dolenc Voljč (Ljubljana)
- 15.15 – 15.30 Dermatitis perioralis, A. Benedičič (Celje)
- 15.30 – 15.45 Diagnostična obdelava bolnikov s kroničnim dermatitisom rok, M. Kalač Pandurović (Maribor)

Zaključek srečanja  
Kosilo

**Organizacijski odbor:** J. Miljković, M. Belič, P. B. Marko, I. Prelog (Maribor), I. Bartenjev, A. Kansky, A. Godič, M. Potočnik (Ljubljana), J. Arzenšek (Celje)

**Častni odbor:** G. Pivec, A. Crnjac, I. Krajnc, M. Berčič

**Kotizacija:** 30.000,00 SIT (DDV je vključen). Nakažete jo na račun št: ZSD-NLB-KC, Zaloška 7, Ljubljana, 02014-0089341717

**Informacije:** prim. dr. J. Miljković, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 27 05, F: 02 331 23 93

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

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

OTOČEC, Grad Otočec  
11. – 12. november 2005

### PROGRAM:

#### Petek, 11. novembra 2005

- 8.30 – 9.00 Davorina Petek (plenarno): Pozdrav in predstavitev udeležencev
- 9.00 – 9.30 Nadja Križnič Pfajfer (plenarno): Značilnosti, pomen, epidemiologija sočasnih bolezni in stanj v ambulanti družinske medicine
- 9.30 – 10.30 Andrej Kravos, Nevenka Šečer Dolenc, Nadja Križnič



Pfajfer, Davorina Petek (delo v skupinah): Nevihna možganov. Izkušnje iz prakse, predstavitev težav pri praktičnem delu, obravnava pripravljenih primerov udeležencev

- 10.30 – 11.00 Odmor
- 11.00 – 11.30 Nevenka Šečer Dolenc (plenarno): Organizacija dela koordiniranje izvajalcev, sodelovanje z drugimi izvajalci in družinskimi člani bolnikov s sočasnimi boleznimi in stanji
- 11.30 – 13.00 Andrej Kravos, Nevenka Šečer Dolenc, Nadja Križnič Pfajfer, Davorina Petek (delo v skupinah): Obravnava primera bolnika s sočasnimi boleznimi v luči smernic oziroma z dokazi podprte medicine. Ob primeru razprava o uporabi znanstvenih dokazov in smernic v ambulantnem delu.
- 13.00 – 14.30 Kosilo
- 14.30 – 15.00 Andrej Kravos (plenarno): Klinični pristop in vodenje bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji
- 15.00 – 17.00 Andrej Kravos, Nevenka Šečer Dolenc, Nadja Križnič Pfajfer, Davorina Petek (delo v skupinah): Skupina izbere eno temo in razvije pristop k obravnavi sočasnih bolezni izbrane ciljne skupine (npr. starostniki, duševne motnje, degenerativne bolezni gibala, menopavzalne težave ...)
- 17.00 – 17.30 Odmor
- 17.30 – 18.00 Davorina Petek (plenarno): Kratka predstavitev dnevnega dela v skupinah
- 18.30 Družabno srečanje

#### Sobota, 12. novembra 2005

- 9.00 – 10.00 (plenarno): Kako izbrati ustrezen antihipertenziv pri bolniku s sočasno boleznijo
- 10.00 – 10.30 Davorina Petek (plenarno): Sporazumevanje, obveščanje in izobraževanje bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji
- 10.30 – 11.00 Odmor
- 11.00 – 11.30 Nadja Križnič Pfajfer (plenarno): Kakovost življenja, funkcionalni status in ocenjevanje bolnikovega stanja pri sočasnih boleznih in stanjih
- 11.30 – 13.00 Andrej Kravos, Nevenka Šečer Dolenc, Nadja Križnič Pfajfer, Davorina Petek (delo v skupinah) Nadaljevanje dela v skupinah – obravnava bolnika s sočasnimi boleznimi

in stanji – Prepoznavanje in razreševanje sporov in težavnega sporazumevanja, igra vlog

13.00 – 14.30 Kosilo

14.30 – 15.30 Andrej Kravos, Nevenka Šečer Dolenc, Nadja Križnič Pfajfer, Davorina Petek (delo v skupinah): Izdelava priporočil za obravnavo bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji

15.30 – 16.30 Davorina Petek (plenarno): Predstavitev dela v skupinah

16.30 Zaključek delavnice

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

**Generalni sponzor:** Krka d. d.

**Vodja delavnice:** asist. mag. Davorina Petek, dr. med.

**Vodje skupin:** asist. mag. Andrej Kravos, dr. med., Nevenka Šečer Dolenc, dr. med., Nadja Križnič Pfajfer, dr. med.

**Lokalni organizator I:** Alenka Simonič, dr. med.

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

Cilji:

Udeleženci se bodo naučili:

- Pomena in epidemiologije sočasnih boleznih in stanj.
- Kliničnega in organizacijskega pristopa k bolniku s sočasnimi boleznimi in stanji.
- Razumevanja posledic sočasnih boleznih in stanj v smislu medsebojnega vplivanja različnih boleznih in zdravil.
- Upoštevanja pomena sodelovanja več izvajalcev zdravstvene oskrbe ter sodelovanja med zdravnikom, bolnikom in družino.
- Značilnosti sporazumevanja in vloge timskega pristopa pri obravnavi bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji.

**Navodilo:** Pripravite vsaj en prikaz primera bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji. Sestavite listo diagnoz, zdravil in predstavite pomen vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v obravnavi. Na prikazanem primeru predstavite težave pri obravnavi ali sporazumevanju z bolnikom.

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.

## DENVER II Slovenija Novi denverski razvojni presejalni test – podiplomski tečaj

organizatorji •

Delovna skupina DENVER II Slovenija, Učni center Velenje in Katedra za pediatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani

**VELENJE, sejna soba ZD Velenje**  
17. – 19. november 2005

### PROGRAM:

Četrtek, 17. novembra 2005

- 15.00 – 15.30 Uvod  
(predstavitev, urnik dela, presejalni testi, predstavitev testa)
- 15.30 – 16.30 Predstavitev testnega lista in testnih pripomočkov, izračun starosti, vris starostne črte
- 15.30 – 16.30 Odmor
- 16.30 – 17.30 Izvedba in ocena testa, odločitve in napotitve

17.30 – 18.30

**I. razdelek: Socializacija,**

**II. razdelek: Fina motorika in prilagodljivost**

18.30 – 18.45 Odmor

18.45 – 19.45

**III. razdelek: Govor**

**IV. razdelek: Groba motorika**

**Petek, 18. novembra 2005**

- 8.00 – 9.45 Ogled video posnetka testa in razprava
- 10.00 – 12.30 Delo v skupinah v vrtcu
- 12.30 – 14.00 Kosilo
- 14.00 – 15.30 Samopreverjanje znanja (odgovori na vprašanja in ocenjevanje primerov testov)
- 15.30 – 16.00 Odmor
- 16.00 – 18.00 Delo v skupinah, navodila za preverjanje znanja, razprava

**Sobota, 19. novembra 2005**

- 8.00 – 10.00 Pisni izpiti (reševanje enostavnih testov, opisni odgovori, naloge iz video posnetka)
- 10.00 – 10.45 Odmor
- 10.45 – 13.00 Analiza izpitnih rezultatov

Podiplomski tečaj je namenjen vsem zdravnikom in medicinskim sestram, ki izvajajo preventivne preglede predšolskih otrok v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega

zdravstvenega varstva na osnovni ravni (Ur. l. RS št. 19, 12. 3. 1998, stran 1253 – 1282).

Po zaključenem izobraževanju in opravljenem izpitu (teoretičnem in praktičnem) so udeleženci usposobljeni za samostojno izvajanje in tolmačenje testa.

Praktični izpit je treba opraviti najpozneje šest mesecev po opravljenem tečaju. Certifikat za naziv Izvajalec DENVER II Slovenija razvojnega presejalnega testa velja tri leta.

**Število udeležencev** na tečaju je omejeno na 15.

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

Priročnik za izvajanje testa in urnik izobraževanja prejmejo kandidati po pošti po prijavi v učnem centru, standardni komplet testnih pripomočkov in testne liste prejmejo na začetku tečaja.

**Prijave in informacije:** Margareta Seher Zupančič, dr. med., ga. Alojzija Čepin, DENVER II Slovenija, Učni center Velenje, ZD Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje, T: 03 899 54 60, 03 899 54 59, GSM: 031 637 531, F: 03 586 90 39, E: denverII@zd-velenje.si, m.seher-zupancic@zd-velenje.si

## ALERGENI ZA DIAGNOSTIKO IN ZDRAVLJENJE ALERGIJSKIH BOLEZNI

organizatorja •

Alergološka sekcija SZD, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo

**LJUBLJANA, velika predavalnica**  
Medicinske fakultete, Korytkova 2  
12. november 2005

### PREDHODNI PROGRAM:

**Sobota, 12. novembra 2005**

1. Natančnosti pri alergološki diagnostiki
  2. Imunoterapija
- Gost: prof. Rudolf Valenta

Natančen program je objavljen na [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)

Kotizacije ni.

**Prijave in informacije:** ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)

## II. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS REPRODUKTIVNO ZDRAVJE MLADIH

### organizatorji •

Slovensko društvo za reproduktivno medicino, SPS Ginekološka klinika – KC Ljubljana, Katedra za ginekologijo in porodništvo – MF Univerze v Ljubljani, Združenje ambulantnih ginekologov SZD

### LJUBLJANA, hotel Mons

18. november 2005

#### PROGRAM:

**Petek, 18. novembra 2005**

8.00 – 9.00 Prijava  
9.00 – 9.10 Uvodni pozdrav

#### I. Najpogostejše reproduktivne težave pri mladih

Voditeljja: Marko Mlinarič, Lucija Vrabčič Dežman

9.10 – 9.20 Dušica Glušič: Kaj mlade zanima?  
9.20 – 9.30 Lucija Vrabčič Dežman: Najpogostejši vzroki za obisk deklet v ginekološki ambulanti  
9.30 – 9.45 Mojca Žerjav Tanšek: Značilnosti pubertetnega razvoja pri fantih  
9.45 – 10.00 Marko Mlinarič: Nelagodje vagine (vaginalni diskomfort) – praktične težave  
10.00 – 10.15 Eda Vrtačnik Bokal: Različni pristopi k odkrivanju in zdravljenju okužb spolovil  
10.15 – 10.30 Mojca Matičič: Soobnavna spolnega partnerja pri okužbah spolovil  
10.30 – 11.00 Razprava  
11.00 – 11.30 Odmor

#### 2. Sindrom policističnih ovarijev pri mladih – reproduktivni in metabolični vidiki

Voditeljji: Eda Vrtačnik Bokal, Martina Bučar

11.30 – 11.50 Danilo Maurič: Policistični jajčniki (PCO) pri dekletih  
11.50 – 12.10 Helena Meden Vrtovec: Sindrom PCO – reproduktivni vidik  
12.10 – 12.30 Tomaž Kocjan, Mojca Jensterle: Sindrom PCO – metabolični vidik  
12.30 – 13.00 Razprava

13.00 – 14.30 Kosilo

#### 3. Psihosocialni in pravni vidiki spolnosti mladostnikov

Voditeljji: Bojana Pinter, Andreja Štolfa

14.30 – 14.45 Bojana Pinter: Značilnosti spolnega vedenja slovenskih srednješolcev  
14.45 – 15.00 Zdenka Zalokar Divjak: Psihološki vidiki spolnosti mladostnikov  
15.00 – 15.15 Vlasta Nussdorfer: Spolno nasilje in mladoletniki kot žrtve in storilci  
15.15 – 15.30 Jože Balažič: Prijavna dolžnost zdravnika in spolno nasilje  
15.30 – 15.45 Andreja Štolfa Gruntar: Dvomi pri obravnavi spolno aktivnih mladostnic  
15.45 – 16.30 Razprava z zaključki

Strokovni sestanek je namenjen ginekologom, pediatrom, specialistom šolske medicine, družinskim in splošnim zdravnikom ter drugim zdravnikom in zdravstvenim delavcem.

Udeležence vabimo, da na strokovnem sestanku sodelujejo s prostimi temami, predstavljenimi na plakatih. Rok za oddajo izvlečkov (do 300 besed) je 15. november 2005, na E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si

**Kotizacija** znaša 20.000 SIT (DDV je vključen) za specialiste in 10.000 SIT (DDV je vključen) za druge. Plačilo kotizacije zagotavlja udeležbo na predavanjih, zbornik, prigrizek v odmoru in kosilo. Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Slovenskega društva za reproduktivno medicino, Šljajmerjeva ulica 003, 1000 Ljubljana, št. TRR: 02012-0050420080.

**Prijava** z enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih, objavljenih v Izidi, na naslov: Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 13, F: 01 522 61 30, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si. Prijava je obvezna za izdajo potrdila o plačilu kotizacije in za pridobitev kreditnih točk Zdravniške zbornice Slovenije in Slovenskega zdravniškega društva.

#### Dodatne informacije:

doc. dr. Bojana Pinter, dr. med., Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 60, E: bojana.pinter@guest.arnes.si

## 2. SLOVENSKO-HRVAŠKI REHABILITACIJSKI POSVET

Počastitev 20. obletnice organizirane rehabilitacijske dejavnosti v Splošni bolnišnici Maribor

### 2. strokovno srečanje ISPO Slovenija

Celostna rehabilitacija bolnikov s poškodbami in boleznimi v ledveno-križničnem delu hrbtenice

### organizator •

Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD

### MARIBOR, hotel Habakuk

18. – 19. november 2005



#### PROGRAM:

**Petek, 18. novembra 2005**

8.45 – 9.00 Pozdravni nagovori  
9.00 – 9.15 Dvajset let medicinske rehabilitacije v Splošni bolnišnici Maribor (Z. Turk)  
9.15 – 9.35 Socialnomedicinsko vprašanje bolečine v križu (Z. Turk)  
9.35 – 9.55 Funkcionalna anatomija, biomehanika ledveno-križnične hrbtenice in boleče strukture (D. Lonžarič)  
9.55 – 10.15 Uporabnost preiskav RT in MR pri diagnostiki bolečine v križu (V. Jevtič)  
10.15 – 10.35 Elektromioneografija dokazovanja negativnih in pozitivnih nevroloških znakov pri bolniku z bolečino v ledveno-križničnem predelu hrbtenice (M. Klopčič Spevak)  
10.35 – 10.50 Uporabnost funkcijskih testov in ocenjevalnih lestvic pri bolnikih z bolečino v križu (D. Globokar)  
10.50 – 11.00 Razprava  
11.00 – 11.20 Odmor in ogled plakatov  
11.20 – 11.35 Dijagnostika križobolje kod upalnih reumatskih bolezni (Đ. Babić Naglič)  
11.35 – 11.50 Terapija križobolje kod upalnih reumatskih bolezni (B. Čurković)  
11.50 – 12.10 Nestabilnost ledvene hrbtenice

- in operativni rezultati (S. Kramberger, T. Tomažič)
- 12.10 – 12.30 Današnji stavovi o vrijednosti ugradnje umjetnih diskova (V. Kovač)
- 12.30 – 12.50 Oskrba zlomov v ledveno-križničnem predelu brez nevrološke okvare (A. Krajnc)
- 12.50 – 13.10 Operativno liječenje prijeloma lumbosakralne kralježnice (Z. Kejla)
- 13.10 – 13.25 Razprava
- 13.25 – 14.45 Kosilo
- 14.45 – 15.05 Okvara sakroiliakalnega sklepa kot vzrok za lumbalni sindrom (B. Matoič)
- 15.05 – 15.25 Pregled pristopov h kompleksni rehabilitacijski obravnavi bolnikov s kronično bolečino v križu (D. Čelan, D. Lonžarić, Z. Turk)
- 15.25 – 15.45 Rehabilitacijska obravnava bolnika s stanjem po operaciji diska hernije v ledveno-križničnem predelu (D. Kozina)
- 15.45 – 16.05 Zdravljenje akutne in kronične bolečine križa v protibolečinski ambulanti (G. Požlep)
- 16.05 – 16.15 Razprava
- 16.15 – 16.40 Odmor
- 16.40 – 17.40 Cyriax orthopaedic medicine diagnostics and treatment of patients with low back pain (Rene de Bruijn)
- 17.40 – 18.00 Razprava
- 18.00 – 19.00 Čas za sponzorje
- 20.00 Večerja

### Sobota, 19. novembra 2005

- 9.00 – 9.20 Rehabilitacija nakon ozljede lumbosakralne kralježnice s neurološkim ispadom (I. Džidić)
- 9.20 – 9.40 Možnosti za hojo pri boleznih in poškodbah v ledveno-križničnem predelu hrbtenice (R. Šavrin)
- 9.40 – 10.00 Sakralne disfunkcije po okvari hrbtenjače (T. Škorjanc)
- 10.00 – 10.20 Primjena FES-a kod periferne lezije živca: tema ili dilema (I. Kovač)
- 10.20 – 10.40 Psihološka procjena i terapijski pristup bolesnicima s križoboljom (D. Topolnjak Pavišić)
- 10.40 – 11.00 Bol v križima, radna sposobnost i invalidnost (M. Dubravica)
- 11.00 – 11.10 Razprava
- 11.10 – 11.30 Odmor in ogled posterjev

- 11.30 – 13.30 2. strokovno srečanje ISPO Slovenije
- Tema: Ortoze za hrbtenico – vrste, učinki in uporaba pri boleznih in poškodbah v ledveno-križničnem predelu (naslovi predavanj in predavatelji bodo objavljeni v naslednjem obvestilu)
- 13.30 – 14.00 Zaključek srečanja
- 14.30 – 15.00 Redna letna skupščina Združenja za FRM

**Kotizacije** za člane Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Slovenije in Hrvaške ni. Za vse druge nečlane znaša kotizacija 20.000,00 SIT (DDV je vključen).

**Prijave** pošljite na naslov: asist. mag. Klemen Grabljevec, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana.

## 2. SLOVENSKI POSVET O ENDOSKOPSKEM ULTRAZVOKU V GASTROENTEROLOGIJI

### Strokovni posvet z mednarodno udeležbo

organizatorja •  
**Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor in Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru**

**MARIBOR, Miklošičeva dvorana, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15**  
 18. november 2005

### PROGRAM:

#### Petek, 18. novembra 2005

8.30 – 10.00 Prijava udeležencev  
 Pozdravni nagovor in uvodno predavanje:  
 Današnja klinična vrednost endoskopskega ultrazvoka, M. Skalicky (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)

- 10.20 – 10.40 EUS guided biopsy technique in gastroenterology, N. Rustemović (Centar za intervencijsku gastroenterologijo, Zavod za gastroenterologijo, Klinika za unutrašnje bolesti Rebro, Klinički bolnički centar Zagreb, Hrvaška)
- 10.40 – 11.00 EUS guided therapeutic procedures: current status and perspectives, M. Opačić (Centar za intervencijsku gastroenterologijo, Zavod za gastroenterologijo, Klinika za unutrašnje bolesti Rebro, Klinički bolnički centar Zagreb, Hrvaška)
- 11.00 – 13.00 Prikaz primerov uporabe interventnega linearnega endoskopskega ultrazvoka pri bolnikih z boleznimi prebavil – videokonferenčni prenos iz endoskopske enote Oddeleka za gastroenterologijo in endoskopijo Splošne bolnišnice Maribor

13.00 – 14.00 Odmor za kosilo

- 14.00 – 14.40 Vabljen predavanje N. Soehendra in sodelavcev (Klinik für interdisziplinäre Endoskopie, Universitätsklinik Eppendorf, Hamburg, Nemčija in OLYMPUS Slovenija)
- 14.40 – 15.00 Predterapvtska zamejitev karcinoma požiralnika z EUZ, R. Mesihović, (Klinički centar Univerzitetu u Sarajevu, Klinika za gastrohepatologiju Sarajevo, BiH)
- 15.00 – 15.20 Primerjava zamejitve tumorjev požiralnika z EUZ in operativnim rezultatom, D. Čerančić, B. Vajngerl, (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Oddelek za torakalno kirurgijo Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)
- 15.20 – 15.40 EUZ in gastrointestinalni stromalni tumorji, P. Skok (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)
- 15.40 – 16.00 EUZ pri boleznih biliarnega trakta, N. Pavlović Čalić (Univerzitetesko-klinički centar Tuzla, BiH)
- 16.00 – 16.20 Endoskopska diagnostika in zdravljenje holecistolitijaze – organizacijska shema dela v endoskopski enoti, D. Dajčman, M. Pocaajt (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)

- 16.20 – 16.40 Linearni EUZ in boleznj trebušne slinavke, D. Urlep, (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)
- 16.40 – 17.00 EUZ pri kronični vnetni črevesni boleznj in rektalni inkontinenci, C. Pernat, (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)
- 17.00 – 17.20 Fistulografija in EUZ rektuma, M. Brvar, (Oddelek za radiologijo, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)
- 17.20 – 17.40 Role of transrectal ultrasonography in evaluating the cause of azoospermia, F. Smajlovič, (Klinični center Univerziteteta u Sarajevu, Klinika za gastrohepatologiju Sarajevo, BiH)
- 17.40 – 18.00 Zdravstvena nega bolnika pri EUZ, B. Hekič, (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Slovenija)
- 18.00 Zaključek posveta

**Organizacijski odbor:** prim. doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med., doc. dr. Pavel Skok, dr. med., asist. Davorin Dajčman, dr. med., prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.

**Kotizacija** je 10.000,00 SIT do dneva posveta, vendar je potrebna predhodna prijava, ker je posvet vključen v podiplomska izobraževanja Zdravniške zbornice Slovenije in prinaša osem kreditnih točk. Vsa predavanja bodo objavljena v zborniku, ki ga bodo prejeli vsi udeleženci. Nakazilo kotizacije: NKB Maribor, TRR: 04173-0000733902, sklic EUZ 2.

**Prijava in dodatne informacije:**

ga. Zdenka Kodrin, tajništvo Kliničnega oddelka za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 28 71, 321 23 49, F: 02 331 23 93, E: koimed@sb-mb.si

## DNEVI LIGE PROTI EPILEPSIJI SLOVENIJE

### 30-letnica Nevrološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje

organizatorji • Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, Nevrološki oddelek SB Celje, Center za epilepsije otrok in mladostnikov – KONEV – SPS Pediatrija, Center za epilepsije – Nevrološka klinika – KC Ljubljana, Sekcija za epileptologijo SZD, Eureka – Evropska akademija za epilepsijo

**LAŠKO,**  
Kulturni center Laško  
25. – 26. november 2005

#### PROGRAM:

##### Petek, 25. novembra 2005

- 9.00 Odprtje, uvod in pozdravi
- Z. Lamovec: Ob 30-letnici nevrološkega oddelka v Celju
  - M. Zupan: O sedanjosti in prihodnjem razvoju nevrološkega oddelka SB Celje
  - I. M. Ravnik: Pogled iz Lige na epileptologijo in obravnavo oseb z epilepsijo po Sloveniji
- 9.45 Kava

10.00 – 13.00

##### Epileptični status

- 10.00 K. Malmgren: Diagnosis and management of status epilepticus
- 11.00 T. Žgur, D. Neubauer, M. Kržan, N. Krajnc, I. M. Ravnik: Elektroencefalografske značilnosti epileptičnih statusov
- 11.10 F. Bajrovič: Patofiziološki mehanizmi epileptičnega statusa
- 11.30 M. Perković Benedik, J. Frelih, N. Župančič, D. Neubauer: Zdravljenje epileptičnega statusa pri otrocih
- 11.50 V. Švigelj: Zdravljenje epileptičnega statusa pri odraslih
- 12.10 A. Žmavc: Epileptični status in nujna medicinska pomoč – strokovno-organizacijski vidiki obravnav v Sloveniji (celjska regija)
- 12.30 Splošna razprava (vabljeni P. Studen Pauletič in sodelavci: Primerjava učinkovitosti različnih načinov zdravljenja statusa 5 min) in zaključek

13.00 – 15.00 Kosilo

15.00 – 18.30

##### Kirurgija epilepsij, priprava, napotitve, uspehi

- 15.00 B. Lorber, B. Čebular: Gospa N. N. 26 let po operaciji
- 15.10 I. M. Ravnik, V. G. Tretnjak, B. Lorber: Koraki h kirurškemu zdravljenju slovenskih bolnikov z epilepsijo
- 15.25 H. Stefan: New developments in presurgical evaluation for epilepsy surgery
- 16.25 Kava
- 16.45 N. Krajnc, N. Župančič, V. G. Tretnjak, M. Kržan, D. Gosar, Z. Reiner Primec, D. Neubauer, I. M. Ravnik in sodelavci kirurških centrov: Napotitve v tujino, rezultati kirurgije epilepsij pri bolnikih Centra za epilepsije otrok in mladostnikov
- 17.05 B. Lorber, B. Čebular, D. Butinar, T. Žgur, A. Sever, S. Šešok in sodelavci kirurških centrov: Napotitve v tujino in rezultati kirurgije epilepsij pri bolnikih Centra za epilepsije odraslih
- 17.25 V. V. Dolenc in sodelavci: Kirurško zdravljenje možganskih lezij, ki jih spremljajo epileptični napadi
- 17.45 B. Lorber, M. Kržan, T. Žgur, D. Butinar, I. M. Ravnik: Nevrofiziologija v predkirurški pripravi bolnikov z epilepsijo pri nas
- 17.55 N. Pečarič, M. Škrbec: Nevroradiologija v predkirurški pripravi pri nas
- 18.05 M. Grmek in sodelavci: Funkcijske preslikave v predkirurški pripravi pri nas
- 18.10 L. Vrba, V. G. Tretnjak, B. Lorber, I. M. Ravnik: Napotitve v tujino – spremljanje bolnikov
- 18.15 Splošna razprava (vabljen D. Butinar) in zaključek
- 18.30 Sestanek združenja nevrologov Slovenije
- 19.30 Koncert
- 20.15 Večerja
- Sobota, 26. novembra 2005**
- Nevropsihologija v diagnostiki pred in v rehabilitaciji po kirurgiji epilepsij – klinična učna delavnica (v angleščini) Eureka
- 8.30 – 10.30
- Nevropsihologija v diagnostiki pred kirurgijo epilepsije**
- 8.30 V. G. Tretnjak: Neuropsychological presurgical assesment in children
- 9.00 G. Bottini: Neuropsychological presurgical assessment in adults
- 9.30 Discussion
- 10.30 Kava
- 11.00 – 14.00

### Nevropsihologija v rehabilitaciji po kirurgiji epilepsije

- 11.00 V. G. Tretnjak, A. Jarc, E. Pauli, N. Župančič, I. M. Ravnik: Case presentation (disease course pre-, rehabilitation post-surgery, participation of the patient)
- 11.30 E. Pauli: The need for rehabilitation after epilepsy surgery
- 12.15 L. Gaal: Rehabilitation of cognitive functions
- 13.00 Discussion (invited K. Malmgren: Follow up memory function) and conclusions
- 14.00 – 15.30 Kosilo
- 15.30 – 16.30 Srečanje so/delavcev iz zdravstva in sorodnih področij, pomembnih za obravnavo oseb z epilepsijo
- 15.30 I. M. Ravnik, L. Vrba: O izobraževanju za različne vrste delavcev v zdravstvu in povezanih dejavnostih, ki so pomembne za osebe z epilepsijo (evropski projekti, naši načrti)
- 15.50 Tamara Lubi, Judita Jerman, Jerica Selič: Organizacijski vidiki
- 16.10 Pobuda Lige proti epilepsiji Slovenije in EUREPA: Ustanovitev jedrne skupine za področje »specialistične nege pri epilepsiji« in načrt izobraževanja sodelavcev iz zdravstva in sorodnih področij

Strokovno srečanje je namenjeno nevrologom, otroškim nevrologom, zdravnikom urgentne medicine, splošnim zdravnikom, pediatrom in šolskim zdravnikom, (nevro)psihiatrom, kliničnim psihologom, medicinskim tehnikom, nevrofiziološkim asistentom, delovnim terapevtom in socialnim pedagogom.

**Strokovni odbor:** I. M. Ravnik (predsednik), M. Zupan, B. Lorber, V. G. Tretnjak, K. Malmgren, H. Stefan, L. Gaal, T. Žgur, L. Vrba, D. Butinar

**Organizacijski odbor:** M. Zupan (predsednik), J. Škorja, M. Šoštaric Podlesnik, L. Vrba, T. Lubi, J. Jerman, M. Kržan

**Kotizacija:** 15.000,00 SIT

#### Prijave:

ga. Marija Androjna in ga. Milena Golouh, Splošna bolnišnica Celje, Nevrološki oddelek, tajništvo oddelka, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, T: 03 423 34 84, F: 03 423 37 54, E: nevro.cesplobo@guest.arnes.si

## USTNA IN OBRAZNA BOLEČINA 7. strokovni seminar

organizator •

Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije

LJUBLJANA,

Hotel Mons, dvorana Plečnik  
26. november 2005

### PROGRAM:

Sobota, 26. novembra  
2005

- 9.00 Odprtje in pozdravni govor
- 9.15 Pristop k ustnoobrazni bolečini**  
(voditelj: asist. dr. A. Kansky, G. Požlep)
- 9.15 – 9.35 Z. Pirtošek: Nevroanatomske in nevrofiziološke osnove
- 9.35 – 9.55 B. Žvan: Diagnostika in diferencialna diagnostika
- 9.55 – 10.15 D. Dovšak: Algoritem ukrepov pri ustnoobrazni bolečini
- 10.15 – 10.35 B. Prestor: Trigeminalna nevalgija
- 10.35 – 10.45 Razprava
- 10.45 Odmor za kavo
- 11.30 Zdravljenje in preprečevanje**  
(Voditelj: doc. dr. N. Ihan Hren, doc. dr. I. Kopač)
- 11.30 – 11.50 M. Z. Dernovšek: Doživljanje bolečine in odzivanje posameznikov, ki razvijajo somatizacijske motnje
- 11.50 – 12.10 G. Požlep: Zdravljenje kronične ustno-obrazne bolečine
- 12.10 – 12.30 D. Dovšak, A. Vesnaver: Vloga nizkoenergetskih laserjev pri zdravljenju kronične ustno-obrazne bolečine
- 12.30 – 12.50 A. Kansky: Lokalni anestetiki
- 12.50 – 13.10 A. Vesnaver: Preprečevanje in zdravljenje bolečine po posegih v ustni votlini
- 13.10 – 13.20 M. Kočar: Bolečina po neuspešni prevodni anesteziji
- 13.20 – 13.30 Razprava
- 13.30 Odmor za kosilo



**14.45 Posebne oblike ustno-obrazne bolečine I** (Voditelj: asist. mag. A. Vesnaver, asist. mag. A. Eberlinc)

- 14.45 – 15.05 I. Kopač, K. Renner, L. Marion: Vpliv okluzije na nastanek temporomandibularnih motenj
- 15.05 – 15.25 A. Fidler, I. Potočnik: Bolečina v endodontiji
- 15.25 – 15.45 D. Grošelj: Sindrom pekočih ust
- 15.45 – 15.55 B. Simočič: Akutna parodontalna bolečina – prikaz primera
- 15.55 – 16.05 T. Dovšak, S. Lotrič: Ustno-obrazna bolečina pri Lymeški boreliozii
- 16.05 – 16.15 Razprava
- 16.15 Odmor za kavo

**16.45 Posebne oblike ustnoobrazne bolečine II I**

- (Voditelj: asist. D. Dovšak, doc. dr. D. Grošelj)
- 16.45 – 17.05 A. Eberlinc: Mialgija in fibromialgija
- 17.05 – 17.25 M. Gorjanc: Bolečina v čeljustnem sklepu
- 17.25 – 17.45 N. Ihan Hren: Maksilarni sinusitis
- 17.45 – 17.55 M. S. Fludernik, B. Kroflič, P. Jager: Obrazna bolečina kot posledica dentogenega sinusitisa – prikaz primera
- 17.55 – 18.05 I. Mrzlikar, G. Fortuna: Bolečina po ekstrakciji – prikaz primera
- 18.05 – 18.15 Razprava

**18.15 Zaključek seminarja**

Večerja

**Med seminarjem bo v spremljajočih prostorih razstava medicinsko-dentalnega materiala.**

**Prijave in informacije:** Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana; ga. Milena Žajdela, GSM 041 573 791, E: zajdelam@volja.net ali maxfac.oral@kclj.si Prijavnico in aktualne informacije lahko najdete na W: www.zmok.si.

Število udeležencev je omejeno na 400. Vrstni red prijavljenih bo oblikovan po zaporedju vplačil.

#### Kotizacija:

- do 11. novembra 2005: 37.000,00 SIT (z vključenim 20 % DDV)
  - po 11. novembra 2005 ali na recepciji seminarja: 39.000,00 SIT (z vključenim 20 % DDV)
- Kotizacija vključuje: zbornik predavanj in druga

gradiva seminarja, kosilo, prigrizke in napitke med odmori, večerjo, potrdilo Zdravniške zbornice za podaljšanje licence (v postopku).

Kotizacijo nakažite na POR Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo pri Novi Ljubljanski banki d. d.: 02014-0087754603. Davčna številka ZMOK Slovenije: SI10830316.

**Prijava** udeležencev bo potekala v predverju kongresnega centra hotela Mons, Pot za Brdom 55, Ljubljana (izvoz Ljubljana – Brdo z zahodne ljubljanske obvoznice) 26. 11. 2005 od 8. ure naprej. Prosimo, da zaradi hitrejšega postopka s seboj prinesete potrdilo o vplačilu. Udeležencem seminarja je v času od 25. 11. do 27. 11. 2005 omogočeno bivanje v hotelu Mons po posebni, znižani ceni, ki ni vključena v kotizacijo strokovnega srečanja. Prosimo, da sobo rezervirate sami na T: (01) 470 27 00 ali F: (01) 470 27 08. Pri rezervaciji navedite sklic »7. strokovni seminar ZMOKS«, število in tip sobe, datum prihoda/odhoda ter način plačila.

**Program za medicinske sestre** (asistentke) bo potekal vzporedno s 7. strokovnim seminarjem v dvorani Ravnikar hotela Mons. Vsebinski program lahko najdete na naši spletni strani, na željo vam ga tudi pošljemo! Število udeležencev/-k bo omejeno na 70.

## KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – PREPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ

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

### LJUBLJANA, Klinični center

18. – 19. november 2005

#### PROGRAM:

##### Petek, 18. novembra 2005

- 8.00 – 9.00 Prijava  
9.00 – 9.10 J. Primožič: Uvodne besede  
9.10 – 9.20 I. Vidmar: V pričakovanju novosti pri oživiljanju otroka  
9.20 – 9.40 M. Vesel: Poškodbe vratne hrbtenice pri otrocih  
9.40 – 10.00 N. Suvorov, A. Aleš: Hude tope poškodbe prsnega koša pri otrocih  
10.00 – 10.30 Odmor  
10.30 – 10.50 U. Ahčan, M. Derganc: Majhne opekline pri otrocih

- 10.50 – 11.10 M. Derganc, A. Gostiša K.: Ukrepi ob podhladitvi in pregrevanju otroka  
11.10 – 11.30 M. Mohar: Življenjsko ogrožen otrok v očeh zdravnika nujne medicinske pomoči  
11.30 – 11.45 Razprava  
11.45 – 12.45 Kosilo  
12.45 – 13.05 J. Primožič: Prepoznavna kritično bolnega otroka  
13.05 – 13.35 Š. Grosek, M. Kremesec: Oskrba dihalnih poti  
13.35 – 14.05 G. Kalan: Prikaz temeljnih postopkov oživiljanja in odstranitve tujka  
14.05 – 14.30 Odmor  
14.30 – 16.30 Enourne vaje (2-krat)  
16.30 – 17.00 Odmor  
17.00 – 19.00 Enourne vaje (2-krat)

#### Vaje

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

#### Sobota, 19. novembra 2005

- 9.00 – 9.45 I. Vidmar: Aritmije novorojenčka  
9.45 – 10.00 M. Pavčnik Arnot: Nadzorovanje življenjskih funkcij pri kritično bolnem otroku  
10.00 – 10.30 B. Gaber: Stopenjski pristop k obravnavi poškodovanega otroka  
10.30 – 11.00 Odmor  
11.00 – 13.00 Enourne vaje (2-krat)  
13.00 – 14.00 Kosilo  
14.00 – 16.00 Enourne vaje (2-krat)  
16.00 – 16.30 J. Babnik: Oživiljanje novorojenčka  
16.30 – 17.00 A. Škofljanec: Oskrba otroka po oživiljanju  
17.00 – 17.30 Preizkus znanja (testna vprašanja)  
Vaje  
1. Defibrilacija  
2. Venske poti  
3. Scenarij – Bolan otrok  
4. Scenarij – Poškodovan otrok

**Kotizacija:** 55.000,00 SIT (DDV je vključen), vključuje predavanja in vaje, knjigo predavanj in postrežbo med odmori.  
Nakazilo: Klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana.  
Podračun EZR št.: 01100-6030277894, sklic na št. 299 30 32 z oznako "Kritično bolan otrok".

Organizator si pridržuje pravico do manjših sprememb v dokončnem programu!

**Informacije:** doc. dr. Janez Primožič, Karmen Boh, viš. upr. del., Tajništvo, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 33 49, 522 48 29, F: 01 430 17 14, E: karmen.boh@kclj.si

## MOŽGANI, RANJENI V ZGODNJEM RAZVOJU OTROKA Strokovno srečanje z mednarodno udeležbo in učno delavnico s področja slikovne diagnostike z ultrazvokom

organizatorji • Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Neonatologija, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Visoka zdravstvena šola Univerze v Mariboru, Združenje za pediatrijo pri SZD, Zdravniška zbornica Slovenije, Zdravniško društvo Maribor, Agencija za raziskovalno dejavnost RS

### MARIBOR, Splošna bolnišnica Maribor, 16. etaža kirurške stolpnice

9. – 10. december 2005

#### PROGRAM:

##### Petek, 9. decembra 2005

- 9.00 – 9.30 Prijava udeležencev  
9.30 – 10.00 Odprtje srečanja  
10.15 – 13.00 Novejši rezultati raziskav s področja nevroznanosti  
Voditelji: dr. Mateja de Leoni Stanonik, častna konzulka RS v ZDA, prof. dr. Ivica Kostović, Zagreb, prof. dr. David Neubauer, Ljubljana.  
10.30 – 11.30 Uvodno predavanje: Novejši napredek na področju slikovne diagnostike ČŽS ter njegov prispevek k razumevanju normalnega razvoja možganov novorojenčka, kakor tudi njihove poškodovanosti, Mateja de Leoni Stanonik, M. D., Ph. D., Honorary Consul of the RS in the USA Department of Radiology at the Cole Neuroscience Center of the University of Tennessee Graduate School of Medicine, Knoxville, USA  
11.30 – 12.30 Prostorski in časovni kazalniki selektivne ranljivosti možganov pri nedonošenčku: MRI – histološka korelacija, prof. Ivica Kostović, M. D., Ph. D., Director of the Institute for Brain Research, Zagreb Medical Faculty  
13.00 – 14.30 Kosilo  
14.30 – 16.30 Mehanizmi razvoja zgodnje možganske poškodovanosti  
Voditelji: prof. dr. Meta Derganc, Ljubljana, prof. dr. Vlatka Mejaški Bošnjak, Zagreb, asist. prim. mag. Ksenija Pelkič, Maribor  
14.30 – 15.00 Etiopatogeneza in klinična slika HIE – kot vodilo za zdravljenje,



- prof. Meta Derganc, M. D., Ph. D., MC Ljubljana, Dept. of Pediatric Surgical Intensive Therapy, Ljubljana
- 15.00 – 15.30 Perinatalna okužba možganov s citomegalovirusom – diagnostika z ultrazvokom, magnetno resonanco ter klinično in nevrofiziološko sledenje, prof. Vlatka Mejaški Bošnjak, M. D., Ph. D., MF Zagreb.
- 15.30 – 16.00 Epilepsija pri nedonošenih otrocih: ali je pomemben čas nastanka perinatalne poškodovanosti možganov? Peter Gradišnik, M. D., M. Sc., Maribor Teaching Hospital, Pediatric Dept.
- 16.00 – 16.30 Patologija placente in možganska poškodovanost, prim. Ksenija Pelkič, M. D., M. Sc., Teaching Assistant, Maribor Teaching Hospital, Dept. of Perinatology
- 16.30 – 17.00 Odmor
- 17.00 – 19.00 Diagnostične možnosti  
Voditelji: prof. David Neubauer, M. D., Ph. D., Ljubljana, prim. Silva Burja, M. D., Ph. D., Maribor, prim. Brigita Lobnik Krunic, M. D., Maribor
- 17.00 – 17.30 Možganska električna dejavnost pri diagnostiki zgodnje možganske okvare, prof. David Neubauer, M. D., Ph. D., MC Ljubljana, Pediatric Neurology
- 17.30 – 18.00 Ultrazvok v diagnostiki zgodnje možganske okvare, prim. Silva Burja, M. D., Ph. D., Maribor Teaching Hospital, Dept. of Perinatology
- 18.00 – 18.30 Nevrološki pregled novorojenčka po Amiel – Tisonovi: diagnostična in prognostična vrednost, Darja Paro Panjan, M. D., M. Sc., MC Ljubljana, Pediatric Dept., Neonatology Dept.
- 18.30 – 19.00 Prognostična vrednost ocene celostnih gibov za nevrološki razvoj zelo ogroženih nedonošenih otrok, Polona Seme Ciglencečki, M. D., Ph. D., HC Maribor, Developmental Neurology
- 19.30 Družabni program

**Sobota, 10. decembra 2005**

#### UČNA DELAVNICA

- 8.30 – 11.00 Teoretične osnove UZ-pregledovanja možganov
- 8.30 – 9.00 Fizikalna ograničenja današnje ultrazvukne dijagnostike, prof. Branko Breyer, D. Sc., Grad. Eng. Phys.

- 9.00 – 9.15 Normalna UZ-anatomija možganov, Milena Treiber, M. D.
- 9.15 – 9.30 3D-pregled možganov pri plodu, prim. Igor Japelj, M. D.
- 9.30 – 9.45 Prednosti 3D - pregledovanja možganov pri novorojencu, prim. Silva Burja, M. D., Ph. D.
- 9.45 – 10.00 Dopplerska preiskava možganskega ožilja novorojenca, Andreja Tekauc Golob, M. D.
- 10.00 – 10.15 UZ-pregled možganov skozi malo mečavo, Zdravko Roškar, M. D., M. Sc.
- 10.15 – 10.30 Obravnava hidrocefalusa, Zdravko Roškar, M. D., M. Sc.
- 10.30 – 10.45 UZ-značilnosti pohipoksične poškodovanosti možganovine, Mirjana Todorovič Guid, M. D., M. Sc.
- 10.45 – 11.00 Razprava
- 11.00 – 11.30 Odmor
- 11.30 – 13.00 Praktične vaje
- 13.00 – 15.00 Kosilo
- 15.00 – 17.00 Video projekcije zanimivih primerov
- Razprava ob plakatih s slikovno diagnostiko
- 17.00 Zaključek srečanja

**Častni pokrovitelj:** častna konzulka RS v ZDA, Mateja de Leoni Stanonik, M.D., Ph.D.

**Programski odbor:** prim. dr. Silva Burja, dr. med., predsednica, prim. Igor Japelj, dr. med., podpredsednik, prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, dr. med., prof. dr. Iztok Takač, dr. med., prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., doc. dr. Zlatka Rakovec Felser, prof. dr. Erih Tetičkovič, dr. med., prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., višji svetnik, prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med., višji svetnik, mag. Marijan Lužnik, dr. med.

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

**Kotizacija:** 20.000,00 SIT

#### Prijave:

ga. Nevenka Hižak, SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Neonatologija, Ljubljanska 5, 2101 Maribor, T: 02 321 24 61, F: 02 331 23 93, E: silva.burja@sb-mb.si

## 7. PODIPLOMSKI SEMINAR – ZDRAVLJENJE S KRVJO V GASTROENTEROLOGIJI IN HEPATOLOGIJI

organizatorji •  
KC Ljubljana, SB Maribor, Zavod RS za transfuzijsko medicino

**PORTOROŽ,**  
**Grand hotel Bernardin**  
9. – 10. december 2005

### PROGRAM:

**Petek, 9. decembra 2005 ob 9.30**

#### I. Zdravljenje s krvjo v gastroenterologiji

- Krvavitve iz prebavil zaradi jemanja nesteroidnih antirevmatikov (B. Štabuc)
- Portalna hipertenzija in krvavitve v prebavila (B. Kocijančič)
- Pristop k bolnikom s krvavitvijo iz spodnjih prebavil (R. Janša)
- Uporaba krvnih pripravkov pri akutnih krvavitvah v prebavila (D. Domanovič)
- Uporaba krvnih pripravkov pri kroničnih krvavitvah v prebavila (V. Urlep Šalinovič)

#### II. Zdravljenje s krvjo pri kirurških abdominalnih posegih

- Nekirurški dejavniki, ki vplivajo na zdravljenje s krvnimi pripravki pri abdominalnih bolnikih (Z. Zabavnik)
- Kirurški dejavniki, ki vplivajo na zdravljenje s krvnimi pripravki (M. Koželj)
- Zdravljenje s krvnimi pripravki pri kritično bolnih gastroenteroloških bolnikih (Z. Borovšak)

#### III. Zdravljenje s krvjo v hepatologiji

- Motnje v nastajanju in strjevanju krvi pri jetrnih boleznih (S. Markovič)
- Priprava bolnika z boleznijo jeter na invazivni poseg (N. Požar Lukanovič)
- Presaditev jeter (V. Sojar)
- Imunohematološke preiskave pri presaditvi jeter in priporočila za krvne skupine AB0 transfundiranih komponent (M. Maček)
- Preprečevanje reaktivacijske okužbe s HBV z uporabo hiperimunskega gamaglobulina anti-hepatitis B pri bolnikih po presaditvi jeter (U. Rahne Potokar)
- Uporaba humanih albuminov v gastroenterologiji in hepatologiji (M. Hafner)

**Sobota, 10. decembra 2005 ob 9.30**

#### IV. Hemovigilanca

- Zakonske osnove hemovigilance (I. Bricl)
- Hemovigilanca pri nas (M. Potočnik)
- Hemovigilanca – postopki v primeru suma na potransfuzijski hepatitis (S. Levičnik Stezinar)

#### V. Učne delavnice

- Klinične poti in algoritmi postopkov pri zdravljenju s krvjo.

Seminar je namenjen internistom, kirurgom, zdravnikom splošne prakse, hematologom, anesteziologom, transfuziologom in medicinskim sestram ter zdravstvenim delavcem, ki v procesu zdravljenja uporabljajo kri in krvne pripravke oz. sodelujejo na področju zdravljenja v gastroenterologiji in hepatologiji.

#### Strokovni koordinatorji:

I. Bricl, E. M. Gadžijev, B. Štabuc

**Kotizacija** znaša 52.000,00 SIT (DDV je vključen) in vključuje udeležbo na predavanjih in učnih delavnicah, zbornik predavanj, izobraževalno gradivo, potrdilo o udeležbi, osvežitve med odmori ter slavnostno večerjo.

#### Prijavnica in podrobnejše informacije o seminarju se bodo nahajale tudi na spletni strani Zavoda RS za transfuzijsko medicino:

<http://www.ztm.si>. Izpolnjeno prijavnico pošljite po F: 01 230 22 24 v tajništvo Organizacijskega odbora 7. podiplomskega seminarja "Zdravljenje s krvjo" najpozneje do 25. novembra 2005. Iz prijave morajo biti razvidni vsi zahtevani podatki, še posebej podatki o plačniku in žig plačnika. Prijava je obvezna, saj bomo na podlagi prispele prijavnice po seminarju plačniku izstavili račun.

#### Informacije:

ga. Natalija Lampreht, T: 01 543 82 45, E: natalija.lampreht@ztm.si, ga. Tea Tollazzi, T: 01 543 82 70, E: tea.tollazzi@ztm.si, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Šlajmerjeva ul. 6, 1000 Ljubljana.

## INOVATIVNOST IN SPREMEMBE – TEMELJ DOLGOTRAJNEGA USPEHA, IZZIV KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU, Z NOVIMI PRISTOPI V SPREMENJENEM OKOLJU, 14. LETNA KONFERENCA

organizator •  
Slovensko združenje za kakovost

**PORTOROŽ, kongresni center Bernardin, Grand hotel Bernardin**  
10. – 11. november 2005

### PROGRAM:

#### V plenarnem delu bodo referati:

- dr. Manfred Sammet PLM – Product Lifecycle Management drives Innovation, Growth and Success
- Andrej Marušič – Med genetiko in okoljem: od togosti do inovativnosti
- Rolf Barry Berg – Innovations and entrepreneurship: Essentials for leadership and change management
- Japec Jakopin: Bister in ustvarjalen ali marljiv in ubogljiv?

**Teme sekcij:** Poslovna odličnost, Sistemi vodenja, Informacijska podpora sistemom vodenja, Kakovost v zdravstvu, Kakovost v šolstvu

#### Sekcija kakovost v zdravstvu – vodji Samo Fakin in Marko Kiauta

- Andrej Robida, Samo Fakin: Uvajanje kakovosti v slovenske bolnišnice
- prof. dr. Marjan Pajntar: Kazalniki kakovosti v slovenskem zdravstvu – možnosti, rezultati in težave
- Tomo Rusimovič: Celovito obvladovanje kakovosti in celoviti poslovno-informacijski sistemi
- Igor Horvat: Uporaba BSC pri vodenju bolnišnice
- Martin Šinigoj, dr. Franka Piskar: Prenos izkušenj iz gospodarskih v zdravstveno organizacije
- mag. Bojan Tomšič: Model sistema vodenja kakovosti v splošni bolnišnici
- prim. Vera Urlep Šalinovič, Breda Hajnrh: Izkušnje uvajanja SIST ISO 9001: 2000, v Splošni bolnišnici Maribor na Oddelku za transfuziologijo in imunohematologijo
- mag. Saša Kadivec, Danica Šprajcar: Izkušnje s standardi ISO v Bolnišnici Golnik

– KOPA

- Brigita Putar: Kakovost in uspešnost šol za kronične bolnike
- Zdenka Gomboc, asist. dr. Mitja Lainščak: Trajanje postopka sprejema bolnika na kirurški oddelek pred operativnim posegom

#### Prijave, program in infomacije:

ga. Darinka Žargi, Slovensko združenje za kakovost, Dimičeva 13, 1000 Ljubljana  
T: 041/724 537, 01/58 98 490, F: 01/58 98 491, E: info@szk-sqa.si, W: www.szk-sqa.si, rok prijave: 5. november 2005

#### Kotizacija - brez DDV Prvi udeleženec

Vsak naslednji udeleženec iz iste organizacije

član	58.000 SIT	53.000 SIT
nečlan	68.000 SIT	62.000 SIT
avtor referata	20.000 SIT	

**Glavni pokrovitelj:** IBM SLOVENIJA, d. o. o.

## 25. MEMORIAL DR. TOMA KRASNOVA, DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V KOŠARKI 30 let Študentskega športnega društva MF v Ljubljani

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

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

### PROGRAM:

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

**Kotizacija:** 15.000 SIT za ekipo

#### Prijave in informacije:

asist. dr. Bine Stritar, dr. med., albin.stritar@amis.net, tel.: 041 735 639

## ALERGENI ZA DIAGNOSTIKO IN ZDRAVLJENJE ALERGIJSKIH BOLEZNI

organizatorja •

Alergološka sekcija SZD, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo

**LJUBLJANA, velika predavalnica**  
Medicinske fakultete, Korytkova 2  
12. november 2005

### ■ PREDHODNI PROGRAM:

**Sobota, 12. novembra 2005**

#### 1. Natančnosti pri alergološki diagnostiki

Voditeljja: prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., prim. Aleksander Brunčko, dr. med.

- Luka Camlek, dr. med.: Specifična imunoterapija za pelod in usoda navkrižne alergije
- dr. Branko Pevec: Različna alergogenost več vrst jabolk pri bolnikih, alergičnih na brezo z oralnim alergijskim sindromom: študija in vivo
- asist. Peter Kecelj, dr. med.: Ocenjevanje testov alergije s pomočjo laserske pleltzomografije
- asist. Mihaela Zidarn, dr. med.: Napovedana vrednost presajanja z določenjem slgE proti antibiotikom
- dr. Peter Korošec, univ. dipl. biol.: Celični in vitro testi pri alergološki diagnostiki

#### 2. Imunoterapija

Voditeljci: prof. dr. Ema Mušič, dr. med., mag. Simona Žitnik, dr. med.

- asist. Nisera Bajrovič, dr. med.: Nevsakdanje indikacije za SIT
- Andreja Peternelj, univ. dipl. biol.: Občutljivost bazofilcev in zaščita bolnikov po končani specifični imunoterapiji s strupi žuželk
- prof. dr. Rudolf Valenta: Rekombinantni alergeni pri diagnostiki in zdravljenju alergijskih bolezni
- prim. dr. Asja Stipič Marković: Peptidna imunoterapija
- prof. dr. Herbert Riechelmann: Modificirani ekstrakti alergenov za imunoterapijo

Kotizacije ni.

#### Prijave in informacije:

ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik,  
T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17,  
E: irena.dolhar@klinika-golnik.si,  
W: www.klinika-golnik.si

**Sponzor:** HAL

**Sponzor satelitskega posveta:** Glaxo

## 13. (VOLILNI) OBČNI ZBOR

organizator •

Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

**LJUBLJANA,**  
dvorana Krke, d. d., Dunajska cesta 65  
19. november 2005

### ■ PROGRAM:

1. Poročila o delu Združenja
2. Dopolnitev pravilnikov
3. Razrešitev članov vodstva in članov organov Združenja
4. Volitve novega vodstva in članov organov Združenja
5. Aktualna tema

#### Informacije:

Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije  
Ljubljana, Vojkova 4, tel.: 01/433 85 35  
e-mail: zdruzenje.zzzs@s5.net

## 14. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

organizator •

Sekcija za arterijsko hipertenzijo

**PORTOROŽ,**  
Hotel Bernardin

24. – 26. november 2005

### ■ PROGRAM:

**Četrtek, 24. novembra 2005**

#### Strokovni posvet

**pokrovitelj Merck, d. o. o.**

- 17.30 Predhodni naslov: Zdravljenje hipertenzije s kombiniranimi zdravili  
19.30 Svečana večerja

**Petek, 25. novembra 2005**

#### Strokovni program I

- 8.00 Prijava  
9.00 Rok Accetto: Odprtje

- 9.30 Borut Kolšek: Srčno popuščanje, hipertenzija in antihipertenzijsko zdravljenje  
9.55 Matej Podbregar: Akutni koronarni sindrom in hipertenzija  
10.20 Mirta Koželj: Uravnavanje krvnega tlaka pri valvularnih hibah  
10.45 Odmor  
11.15 Pavel Poredoš: Periferna žilna prizadetost pri arterijski hipertenziji  
11.40 (bo potrjen): Antiagregacijska profilaksa pri arterijski hipertenziji  
12.05 Rado Kveder: Pomen anemije pri kronični ledvični insuficienci ter artejski hipertenziji  
13.00 Kosilo in družabni del

#### Strokovni program II

- 14.00 Rok Accetto: Mikroalbuminurija – zakaj in kako jo pravilno meriti  
14.55 Tomaž Kocjan: Diagnostika in zdravljenje feokromocitoma  
15.20 Erika Kovačič Palli: Karcinoidni sindrom ter krvni tlak  
15.45 Odmor  
16.00 Jamina Gabrijelčič: Apneje med spanjem – od diagnoze do zdravljenja  
16.25 Jurij Dobovšek: Kako v klinični praksi začeti nadzirati krvni tlak – z izboljšanjem življenjskega stila ali/in z zdravili?  
16.50 Primož Dolenc: Meritve krvnega tlaka v ambulanti ter doma – kaj je ustežnejše?  
17.05 Zaključek srečanja

**Sobota, 26. novembra 2005**

#### Strokovni program III – nov pristop k boju s hipertenzijo

- 8.00 Prijava  
9.00 Rok Accetto: Odprtje  
9.10 Rok Accetto: Uvod – ambulantna obravnava bolnika z visokim krvnim tlakom  
9.25 Marjeta Tomažič: Vloga medicinske sestre pri ambulantni obravnavi bolnika s sladkorno boleznijo  
9.40 Ana Marija Klasinc: Analiza dela medicinske sestre v specialistični ambulanti za hipertenzijo  
9.55 Nada Štamcar: Organizacija dela medicinske sestre pri ambulantni obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo  
10.10 Renata Prah: Izkušnje pri delu z bolniki z arterijsko hipertenzijo na urgenci  
10.25 Alenka Roš: Negovalne diagnoze pri obravnavi bolnikov z arterijsko hipertenzijo  
10.40 Odmor  
11.00 Delavnica I: Merjenje krvnega tlaka  
Delavnica II: Negovalna diagnoza pri obravnavi bolnikov v praksi

**FIZIOLOGIJA IN PATOFIZIOLOGIJA  
DIHANJA  
DIHALNA STISKA  
MEHANSKA VENTILACIJA  
ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE – 1.**

**LETNIK**

organizator •

Slovensko združenje za intenzivno medicino

**NOVO MESTO,**

Hotel KRKA

24. – 27. november 2005

**PROGRAM:**

**Četrtek, 24. novembra 2005**

Voditelj: A. Špec Marn

Predavanja: Dihalna stiska

15.00 Akutna dihalna stiska – pregled (I. Drinovec)

15.20 ARDS (A. Špec Marn)

15.40 Akutno poslabšanje kronične obstruktivne bolezni (I. Drinovec)

16.00 Akutna dihalna stiska otroka (Š. Grosek)

16.15 Razprava

**Okrogla miza: Dodatno zdravljenje bolnika z ARDS**

17.00 Obračanje bolnika (T. Mirkovič), kortikosteroidi (Z. Borovšak), surfaktant in NO (Š. Grosek), odpiranje dihalnih poti (I. Drinovec)

**Primeri: Opazovanje**

18.00 Acidobazno ravnotežje – dihalne motnje (I. Drinovec)

18.15 Kapnometrija (P. Hribar)

18.30 Opazovanje oksigenacije (O. Cerovič)

18.45 Posebnosti pri otrocih (Š. Grosek)

19.00 Razprava

**Petek, 25. novembra 2005**

Voditelj: Z. Borovšak

Predavanja: Mehanska ventilacija 1

09.00 Konvencionalne oblike mehanske ventilacije (O. Cerovič)

09.20 Nove oblike mehanske ventilacije (T. Mirkovič)

09.40 VFO (Š. Grosek)

10.00 Neinvazivna mehanska ventilacija (A. Špec Marn)

10.20 Razprava

10.40 Odmor za kavo

Okrogla miza: Izbira načina ventilacije

11.00 Kako ventiliram bolnika z ARDS (A. Špec Marn)

11.15 Kako ventiliram bolnika s KOPB in astmo (I. Drinovec)

11.30 Kako ventiliram otroka (Š. Grosek)

11.45 Razprava

**Primeri: Nastavitve posameznih vrst ventilatorjev – praktični prikaz**

12.00 A. Špec Marn, I. Drinovec, O. Cerovič, Š. Grosek, T. Mirkovič

**Petek, 25. novembra 2005**

Voditelj: O. Cerovič

Predavanja: Mehanska ventilacija 2

15.00 Sedacija bolnika med MV (Z. Borovšak)

15.15 Vplivi mehanske ventilacije na srčno funkcijo (G. Voga)

15.30 Ocena pljučne mehanike med MV in analiza krivulj (T. Mirkovič)

15.50 Razprava

16.15 Odmor za kavo

**Okrogla miza: Weaning**

16.50 O. Cerovič s sodelavci

Primeri: Zapleti

17.30 Poškodba pljuč zaradi mehanske ventilacije (P. Hribar)

18.45 VAP (I. Muzlovič)

**HEMODINAMSKI NADZOR**

**Sobota 26. novembra 2005**

Voditelj: G. Voga

Predavanja: Invazivne meritve HD pri kritično bolnih

09.00 Osnove fiziologije in patofiziologije kardiovaskularnega sistema (M. Noč, M. Podbregar)

09.20 Meritve HD s SGK (R. Parežnik)

09.40 PICCO (R. Stanič)

10.00 Pomen UZ za hemodinamsko oceno pri kritično bolnih (D. Štajer D, B. Krivec )

10.30 Razprava

11.00 Odmor za kavo

**Okrogla miza: Primerjava invazivnih in neinvazivnih metod**

11.30 M. Podbregar, R. Parežnik, R. Stanič, B. Krivec, Š. Grosek, G. Kalan, O. Cerovič

**Sobota 26. novembra 2005**

Voditelj: M. Podbregar

Predavanja: Invazivne meritve HD pri kritično bolnih

15.00 Pomen merjenja saturacije venske in mv krvi (M. Podbregar)

15.20 Izračuni HD (O. Cerovič)

15.40 Ocena funkcije DP (G. Voga)

16.00 Meritve HD pri otrocih (G. Kalan)

16.15 Razprava

16.45 Odmor za kavo

Okrogla miza:

17.15 Ocena (klinična, objektivna) ustreznosti polnitve, zadostnosti pretoka in regionalne prekrvitve (R. Parežnik, M. Podbregar, O. Cerovič, H. Možina, G. Kalan)

**Primeri:**

18.00 Ustrezna in neustrezna ocena polnitve pretoka in regionalne prekrvitve in vpliv na zdravljenje (O. Cerovič, R. Parežnik, G. Voga, H. Možina, G. Kalan)

**Nedelja 27. novembra 2005**

Voditelj: G. Voga

Predavanja: Pomen in način ocene HD pri različnih bolnikih

08.30 Bolniki z akutno srčno odpovedjo (G. Voga)

08.50 Bolniki s sepsa in prizadetostjo več organov (A. Špec Marn)

09.10 Predoperativna ocena HD (M. Šošarič)

09.30 Posebnosti pri otrocih (G. Kalan)

09.45 Razprava

10.15 Odmor za kavo

**Primeri: Izbira najbolj ustrezne metode za posameznega bolnika**

10.45 G. Voga, R. Stanič, R. Kapš, G. Kalan, H. Možina.

**Lokacija:**

Hotel Krka, Novo Mesto, Slovenija

HOTEL KRKA,

Novi trg 1

8000 Novo mesto

Telefon: 07/ 39 42 100

Telefaks: 07/ 33 13 000,

e-mail: hotel.krka@krka.si

**Prijava**

Število udeležencev je omejeno na 40. Rok za prijavo je 5. 11. 2005. Preostala prosta mesta bomo zapolnili z drugimi zainteresiranimi kandidati, ki se morajo prijaviti najpozneje do 15. 11. 2005. Če bo število prijav preveliko, si Izvršilni odbor Slovenskega združenja za intenzivno medicino pridruže pravico izbire med kandidati. Kandidati bodo o izbiri pisno obveščeni. Obrazci za prijavo so dosegljivi na spodnjem naslovu. Pisne prijave pošljite na naslov: ga. Lidija Grčar, Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, Zaloška 7, 1525 Ljubljana. Prijavo lahko pošljete tudi po F: + 386 1 522 22 96 ali po E: andrej.pernat@mf.uni-lj.si

**Kotizacija:** Šolnina za prvi letnik je 70.000,00 SIT. Vplačilo šolnine je možno le na podlagi predračuna, ki ga izda SZIM po prejemu izpolnjene prijavnice. Plačilo je pogoj za obisk šole in prejem tiskanega gradiva. Plačilo mora prispeti najpozneje do 18. 11. 2005. Na mestu šole šolnine ne bo moč vplačati.

**Namestitev:** Hotel Krka, Novo mesto.

**Dodatna obvestila:** Za dodatna obvestila smo vam na voljo na T: +386 1 522 48 36 (Lidija Grčar) ali na E: andrej.pernat@mf.uni-lj.si.

**15. SPOMINSKO SREČANJE  
AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA,  
LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA  
KLINIČNO MIKROBIOLOGIJO  
IN HOSPITALNE INFEKCIJE  
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA  
DRUŠTVA in XXXVI. SPOMINSKI  
SESTANEK PROFESORJA JANEZA  
PLEČNIKA z mednarodnim posvetom  
MOLEKULARNA DIAGNOSTIKA V  
MEDICINI**

organizatorji •

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani  
Inštitut za sodno medicino  
Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo  
Inštitut za patologijo  
Inštitut za anatomijo  
Inštitut za histologijo in embriologijo

**LJUBLJANA, Velika predavalnica  
Medicinske fakultete, Korytkova 2  
30. november – 2. december 2005**

**PROGRAM:**

**FORENZIČNA HEMOGENETIKA  
Sreda, 30. novembra 2005**

07.45 – 09.00 Prijava

**09.00 – 10.00 Slovesno odprtje**

Pozdravni nagovori  
Predstavitve programa  
Glasbeni program

10.00 – 10.30 Odmor

**10.30 – 12.00 Uvodna predavanja**

10.30 – 11.15 Pomen molekularne genetike  
v forenziki – B. Brinkmann  
(Münster, Nemčija)

11.15 – 12.00 Izkušnje laboratorija DNK  
Instituta za sodno medicino v  
Zagrebu pri identifikacijah žrtev  
domovinske vojne – M. Kubat  
(Zagreb, Hrvaška)

12.00 – 12.15 Razprava

12.15 – 13.00 Opoldanski odmor

**13.00 – 15.00 Strokovni del**

13.00 – 13.30 Predlog Pravilnika o opravljanju  
DNK - preiskav v Sloveniji –  
J. Balažič (Ljubljana, Slovenija)

13.30 – 14.00 Pomen raziskav na Y-kromosomu  
– B. Peterlin (Ljubljana, Slovenija)

14.00 – 14.30 Himerizem ob presaditvi  
kostnega mozga – B. Gornjak  
Pogorelc, J. Jazbec, I. Zupanič  
Pajnič (Ljubljana, Slovenija)

14.30 – 15.00 Prikaz dela laboratorija DNK  
Instituta za sodno medicino  
– J. Balažič, I. Zupanič Pajnič,  
B. Gornjak Pogorelc (Ljubljana,  
Slovenija)

15.00 – 15.15 Razprava  
15.15 – 15.45 Odmor

**15.45 – 17.45 Strokovni del**

15.45 – 16.15 Zaščita in pomen pravilnega  
odvzema bioloških vzorcev –  
K. Drobnič (Ljubljana, Slovenija)

16.15 – 16.45 Prikaz dela laboratorija DNK  
centra za forenzične preiskave  
– A. Regent (Ljubljana, Slovenija)

16.45 – 17.15 Molekularno-genska identifikacija  
neznanih trupel iz skeletnih  
ostankov in zob – I. Zupanič  
Pajnič (Ljubljana, Slovenija)

17.15 – 17.45 Zob kot vir DNK – M. Vavpotič, J.  
Balažič (Ljubljana, Slovenija)

17.45 – 18.00 Razprava

18.00 Zaključek

**MOLEKULARNA DIAGNOSTIKA RAKA  
IN GENSKIH BOLEZNI**

**Četrtek, 1. decembra 2005**

Uvodno predavanje

08.15 – 09.00 Molekularna diagnostika v  
onkologiji – H. Hoefler (München,  
Nemčija)

**09.00 – 10.30**

**Molekularna diagnostika raka I**

**Voditeljja: D. Ferluža (Ljubljana, Slovenija),  
D. Glavač (Ljubljana, Slovenija)**

09.00 – 09.20 Vloga interaktivne genomike v  
onkologiji – K. Pavelič (Zagreb,  
Hrvaška)

09.20 – 09.40 Predneoplastične spremembe  
pri raku prostate – PIN ali PIA?  
Molekularno-citogenetske  
preiskave – G. Mikuž (Innsbruck,  
Avstrija)

09.40 – 10.00 Metodologija za molekularno-  
genetsko presejanje  
mikrosatelitno nestabilnega  
kolorektalnega karcinoma in  
sindroma Lynch – M. Ravnik  
Glavač, G. Berginc, U. Potočnik,  
R. Golouh, S. Repše, D. Glavač  
(Ljubljana, Slovenija)

10.00 – 10.15 Analiza talitvene krivulje  
proizvodov PCR kot metoda  
za odkrivanje mutacij v genu  
BRCA1 – S. Novaković, V. Stegel  
(Ljubljana, Slovenija)

10.15 – 10.20 Razprava

10.20 – 10.45 Odmor

**10.45 – 12.30**

**Molekularna diagnostika raka II**

**Voditeljja: G. Mikuž (Innsbruck, Avstrija),  
M. Volavšek (Ljubljana, Slovenija)**

10.45 – 11.15 Individualizacija zdravljenja, nov  
izziv za patologa – H. Hoefler  
(München, Nemčija)

11.15 – 11.35 Molekularno-citogenetske tehnike  
pri diagnostiki raka – N. Kokalj  
Vokač, A. Zagorac, A. Erjavec, B.  
Zagradišnik (Maribor, Slovenija)

11.35 – 11.50 Pomen molekularno-bioloških  
preiskav pri diagnostiki limfomov  
– I. Kokovič, R. Golouh, J. Jančar,  
A. Zidar, R. Komel (Ljubljana,  
Slovenija)

11.50 – 12.05 Spremembe kromosoma 3p pri  
ploščatoceličnem karcinomu grla  
in spodnjega žrela – M. Volavšek,  
D. Glavač, N. Gale (Ljubljana,  
Slovenija)

12.05 – 12.20 Molekularna osnova histogeneze  
pljučnega raka – T. Rott, M.  
Terčelj Zorman, S. Caserman, D.  
Podpečnik, D. Glavač (Ljubljana,  
Slovenija)

12.20 – 12.30 Razprava

12.30 – 13.30 Odmor za kosilo

**13.30 – 15.30**

**Molekularna diagnostika genskih bolezni I  
Voditeljja: G. Stanta (Trst, Italija), M. Ravnik  
Glavač (Ljubljana, Slovenija)**

13.30 – 14.00 Arhiv v parafin vklopljenih tkiv:  
priložnost za molekularno  
medicino – G. Stanta (Trst, Italija)

14.00 – 14.15 Molekularna diagnostika  
prirojjenih monogenetskih bolezni  
– T. Battelino, K. Trebušak  
Podkrajšek, M. Avbelj, C. Kržišnik  
(Ljubljana, Slovenija)

14.15 – 14.30 Molekularna diagnostika  
prirojnih bolezni – M. Popovič, D.  
Glavač, S. Smerkolj, M. Černilec  
(Ljubljana, Slovenija)

14.30 – 14.45 Molekularni diagnostični in  
napovedni označevalci pri  
kroničnih vnetjih črevesa – U.  
Potočnik, A. Cerar, J. Jeruc, I.  
Ferkolj, M. Dean, D. Glavač  
(Ljubljana, Slovenija)

14.45 – 15.00 Genetske preiskave bolnikov z  
dednim nefritisom v Makedoniji  
– G. Petruševska, R. Jovanović,  
S. Kostadinova Kunovska, L.  
Grčevska, G. Berginc, T. Žizek,  
E. Boštjančič, D. Glavač (Skopje,  
Makedonija)

15.00 – 15.05 Razprava

15.05 – 15.30 Odmor

**15.30 – 18.30**

**Molekularna diagnostika genskih bolezni II  
Voditeljja: R. Komel (Ljubljana, Slovenija),  
U. Potočnik (Ljubljana, Slovenija)**

15.30 – 15.50 Transkriptomika in proteomika pri  
onkoloških raziskavah – R. Komel,  
U. Rajčević, P. Hudler, M. Goršič,  
M. Kastelic, R. Juvan, S. Repše,  
S. Marković Predan (Ljubljana,  
Slovenija)

15.50 – 16.05 Molekularna diagnostika dednih

**FLEBOLOŠKA ŠOLA – 2. STOPNJA**

organizator •

Klinični center Ljubljana, Dermatovenerološka  
klinika, Zaloška c. 2, Ljubljana**LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika,  
Zaloška c. 2, Ljubljana****PROGRAM:****Sobota, 3. decembra 2005**  
od 9.00 do 18.00**KRONIČNE RANE:**

- Vrste kroničnih ran
- Venske golenje razjede
- Druge ulceracije in erozije kože
- Preležanine
- Venske razjede in sladkorna bolezen
- Arterijsko-venske razjede

**SODOBNI MATERIALI ZA ZDRAVLJENJE  
KRONIČNIH RAN:**

- Razdelitev sodobnih materialov za zdravljenje kroničnih ran
- Alginati
- Hidrogeli
- Obloge z dodatki
- Hidrokoloide
- Hidrokapilarne obloge
- Resorbivne terapevtske obloge
- Poliuretanske pene in membrane
- Kolageni
- Obloge z mehкими silikoni
- Poliuretanski filmi
- Nelepljive kontaktne mrežice
- Novosti
- Oskrba razjede
- Kompresijsko zdravljenje

**UČNE DELAVNICE:**

- Razjede, obložene z nekrozo
- S fibrinskimi oblogami obložene razjede
- Izčiščene razjede

Vabljeni zdravniki splošne in družinske medicine, dermatovenerologi ter drugi specialisti, ki se pri svojem delu srečujejo s flebologijo. Število udeležencev je omejeno.

**Kotizacija:** 15.000 SIT**Kontaktna oseba:**

ga. Verica Petrovič, tajnica, Dermatovenerološka klinika, Zaloška c. 2, Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si

endokrinopatij MEN II – D. Glavač, B. Korošec, D. Bergant, M. Hočevar, N. Bešič (Ljubljana, Slovenija)

16.05 – 16.20 Funkcionalne in morfološke značilnosti retinalnih distrofij – M. Hawlina, M. Jarc Vidmar, M. Šlajpah, D. Glavač (Ljubljana, Slovenija)

16.20 – 16.35 Dedna hematURIJA pri otrocih: diferencialno-diagnostična vprašanja v klinični praksi – A. M. Meglič, M. Šlajpah, M. Stražičar, G. Berginc, D. Glavač (Ljubljana, Slovenija)

16.35 – 16.50 Laserska mikrodisekcija in analiza izražanja genov v ledvičnih biopsijah – J. Jeruc, D. Ferluga, A. Vizjak, T. Roth, J.W.U. Fries (Ljubljana, Slovenija)

16.50 – 17.05 Pregled molekularno-diagnostičnih testov Oddelka za molekularno genetiko – D. Glavač (Ljubljana, Slovenija)

17.05 – 17.10 Razprava

17.10 – 17.30 Odmor

17.30 – 18.30 Kratka predstavitev plakatov z razpravo

18.00 Zaključek

**MOLEKULARNA MIKROBIOLOGIJA****Petek, 2. decembra 2005****08.00 – 08.20****Molekularna diagnostična mikrobiologija – prvih 20 let – M. Poljak (Ljubljana, Slovenija)**

08.20 – 08.50 Komercialne metode v molekularni mikrobiološki diagnostiki – H. H. Kessler (Gradec, Avstrija)

08.50 – 09.10 Nekomercialne metode v molekularni mikrobiološki diagnostiki – M. Petrovec (Ljubljana, Slovenija)

09.10 – 09.30 Molekularno-epidemiološke metode v mikrobiologiji – M. Mueller-Premru, V. Špik (Ljubljana, Slovenija)

09.30 – 09.45 Razprava

09.45 – 10.15 Odmor s kavo

**10.15 – 10.30****Molekularna diagnostika parenteralno prenosljivih virusov – M. Poljak, K. Seme, D. Z. Babič (Ljubljana, Slovenija)**

10.30 – 10.45 Molekularna diagnostika človeških herpesvirusov – J. Marin, P. Klemenc (Ljubljana, Slovenija)

10.45 – 11.00 Molekularna diagnostika virusnih gastroenteritov – M. Poljšak

Prijatelj, A. Steyer, J. Zimšek Mijovski (Ljubljana, Slovenija)

11.00 – 11.15 Molekularna diagnostika medicinsko pomembnih bakterij – K. Seme, M. Poljak (Ljubljana, Slovenija)

11.15 – 11.30 Molekularna diagnostika tuberkuloze – napredek, vendar ne »zlati« standard – M. Žolnir Dovč, D. Eržen (Golnik, Slovenija)

11.30 – 11.45 Molekularna diagnostika klamidijjskih in mikoplazemskih okužb – D. Keše (Ljubljana, Slovenija)

11.45 – 12.00 Razprava

12.00 – 13.30 Odmor za kosilo

13.30 – 13.45 Molekularna diagnostika spiralnih bakterij – E. Ružič Sabljic (Ljubljana, Slovenija)

13.45 – 14.00 Molekularna diagnostika medicinsko pomembnih parazitov – J. Logar, B. Šoba (Ljubljana, Slovenija)

14.00 – 14.15 Molekularna diagnostika medicinsko pomembnih gliv in plesni – T. Matos (Ljubljana, Slovenija)

14.15 – 14.30 Molekularna diagnostika porajajočih se in nevarnih mikroorganizmov – D. Duš, T. Avšič Županc (Ljubljana, Slovenija)

14.30 – 14.45 Razprava

14.45 – 15.00 Odmor

15.00 – 16.15 Okrogla miza: Molekularna diagnostična mikrobiologija – raznolika ali enaka stroka v posameznih evropskih državah – H. H. Kessler (Gradec, Avstrija), A. Vince (Zagreb, Hrvaška), M. Poljak (Ljubljana, Slovenija)

16.15 – 17.00 Predstavitev in razprava o izbranih plakatih

**Prijava in dodatne informacije:****Forenzična hemogenetika**

joze.balazic@mf.uni-lj.si  
Tel: 543 7200

**Molekularna diagnostika raka in genskih  
bolezni**

damjan.glavac@mf.uni-lj.si,  
Tel: 543 7180

**Molekularna mikrobiologija**

mario.poljak@mf.uni-lj.si  
Tel: 543 7453  
bostjan.luzar@mf.uni-lj.si  
Tel: 543 7130

**TEDEN UNIVERZE****36. KONCERT ZDRAVNIKOV ob XXXVI.**

spominskem sestanku profesorja Janeza Plečnika s podelitvijo priznanj profesorja Janeza Plečnika in profesorja Franceta Hribarja

organizatorji •

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

**LJUBLJANA, Velika dvorana Slovenske filharmonije, Kongresni trg 10, Ljubljana**



petek 2. decembra 2005  
ob 19. uri

**Spored**

L. van Beethoven: Oda radosti iz IX. simfonije  
Zapeli bodo združeni zbori KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher: Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, Zbor študentov medicine COR in Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum Zborovodja Venčeslav Zdravec

Podelitev priznanja profesorja Janeza Plečnika za najboljši študijski uspeh na Medicinski fakulteti v Ljubljani pri predmetih anatomija, histologija z embriologijo in patologija ter podelitev priznanja profesorja Franceta Hribarja za vrhunske dosežke v stroki in znanosti ter za pomemben prispevek k razvoju patologije v Sloveniji

Priznanja podelita dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani prof. dr. Dušan Šuput ter častni predsednik Memorialnega sestanka akademik prof. dr. Dušan Ferluga

Venček narodnih pesmi (v priredbi Tomaža Plahutnika)

*Maja Frangež*, citre  
*Vlasta Rožman*, sopran  
*Ana Gregorc*, violina  
*Jure Volk*, oboa

D. Milhaud: Scaramouche – Suita za dva klavirja  
Vif  
Modéré  
Brasileira

*Polona Maver*, klavir  
*Andraž Cerar*, klavir

Narodna: Škrjanček (v priredbi M. Hubada)  
V. in S. Avsenik: Jadraj z menoj (v priredbi M. Vidka)  
Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč

Pevovodja *Venčeslav Zdravec*

M. Glinka: Veliki sekstet  
1. stavek: Allegro

*Marko Zupan*, 1. violina  
*Miha Benedik*, 2. violina  
*Vilim Demšar*, viola  
*Zvonimir Rudolf*, violončelo  
*Tomo Havliček*, kontrabas  
*Pavle Kornhauser*, klavir

Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum Mladinski pevski zbor  
Umetniški vodja *Tomaž Faganel*

A. Boubil in C. M. Schönberg: Nesrečniki - odlomki iz mjuzikla  
*Vlasta Rožman*, sopran  
*Boris Klun*, bas  
Mešani mladinski pevski zbor Glasbene mladine Ljubljana "Veter"  
Zdravniška glasbena komorna skuovina PRO MEDICO, okrepljena z glodalci zdravniškega orkestra Camerata medica.  
*Urša Lah*, dirigentka

Skozi umetniški spored vodi *Zvonka Zupanič Slavec*.

Spored oblikoval *Pavle Kornhauser*.

## MIKROKIRURGIJA V OFTALMOLOGIJI – OSNOVE MIKROKIRURŠKE TEHNIKE IN PRAKTIČNO DELO

organizatorja • **Oddelek za očne bolezni SB Maribor, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru – Katedra za oftalmologijo**

**MARIBOR, Velika predavalnica SB Maribor, 16. etaža, Ljubljanska 5**  
9. – 10. december 2005

**PROGRAM**

**Petek, 9. decembra 2005**

8.00 – 9.00 Prijava  
9.00 – 9.15 Pozdrav, navodila, uvod (D. Pahor)  
9.15 – 10.00 Mikrokirurški šivalni material in mikrokirurški instrumenti in oftalmologiji, priprava mikrokirurškega inštrumentarija

(B. Gračner) – (T + P)

10.00 – 10.30 Priprava mikroskopa, priprava zrkla (T. Gračner) – (T + P)

10.30 – 13.00 Metode šivanja roženice (D. Pahor) (T + P)

- zapiranje gladke rane roženice s posameznimi šivi
- tekoči šiv roženice
- potapljanje vozlov

Med programom odmor za kavo.

13.00 – 14.00 Kosilo

14.00 – 15.00 Viskoelastiki in oftalmologiji (D. Pahor) (T + P)

- viskokirurgija
- rekonstrukcija sprednjega segmenta z viskoelastikom pri prolapsu šarenice

15.00 – 15.30 Oskrba perforativne rane na limbusu (T. Gračner) (T + P)

15.30 – 16.00 Oskrba skleralnih ran (T. Gračner) (T + P)

16.00 – 17.15 Oskrba komplicirane roženične rane (B. Gračner) (T + P)

Odmor za kavo

17.15 – 17.45 Rekonstrukcija šarenice (B. Gračner) (T + P)

17.45 – 18.00 Oskrba perforativne rane roženice s kontaktno lečo (M. Falež) (T)

19.00 Skupna večerja

**Sobota, 10. decembra 2005:**

9.00 – 9.15 Predoperativna priprava bolnika in priprava operativnega polja (D. Pahor) (T)

9.15 – 9.30 Načini in posebnosti anestezije v oftalmologiji (M. Falež) (T)

9.30 – 10.15 Tehnika odpiranja sprednjega prekata (D. Pahor) (T + P)

10.15 – 13.15 Individualne vaje z vmesnim odmorom za kavo (D. Pahor, B. Gračner, T. Gračner, M. Falež) (P)

13.15 – 13.30 Preizkus znanja (test)

13.30 – 14.00 Zaključek, podelitev potrdil o udeležbi in o uspešnem preizkusu znanja

(T = teorija, P = praktične vaje)

Delavnica je namenjena specializantom in mlajšim specialistom oftalmologije. Število udeležencev do 25.

Organizacijski odbor: doc. dr. Dušica Pahor, dr. med. (vodja delavnice in predsednica organizacijskega odbora), prim. Bojan Gračner, dr. med., višji svetnik, asist. mag. Tomaž Gračner, dr. med., Miran Falež, dr. med.

Kotizacija za udeležence znaša 30.000 SIT. Kotizacijo nakažite na podračun Splošne

bolnišnice Maribor, Oddelek za očne bolezni 01100-6030278185 s sklicem na številko 1106-1080-1.

V kotizacijo so vsete osvežitve med odmori, kosilo in večerja.

Vsi udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi in o uspešnem preizkusu znanja.

Preizkus znanja: v obliki testnih vprašanj

Strokovno srečanje bosta poleg SB Maribor omogočili firma Carl Zeiss d. o. o. in podjetje Alcon.

**Prijave:** Oddelek za očne bolezni SBM, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tajništvo oddelka, ga. Majda Jurkovič do 15. novembra 2005  
Ob prijavi je treba predložiti potrdilo o plačani kotizaciji.

**Informacije:**

Tajništvo oddelka,  
T: 02 321 1630,  
F: 02 331 23 93,  
W: www.dsms.net/oft-krj-sbm

## 41. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE »KIRURŠKI DNEVI«

organizatorji •  
SPS Kirurška klinika  
KC Ljubljana

**LJUBLJANA,**  
Klinični center Ljubljana, Predavalnica I  
10. – 11. februar 2006

### PROGRAM:

**Petek, 10. februarja 2006**

8.00 Prihod udeležencev, prijava  
9.00 Odprtje 41. kirurških dnevov

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

9.15 Sok, M.: Sodelovanje splošnega zdravnika in torakalnega kirurga v pooperativni oskrbi bolnikov

30.30 Eržen, J., Štupnik, T., Jerman, J.:  
Rehabilitacija bolnikov po operaciji na požiralniku  
45.45 Štupnik, T., Vidmar, S., Eržen, J.:  
Rehabilitacija bolnikov po antirefluksnih posegih  
10.00 Srpcič, M., Jerman, J., Sok, M.: Nega gastrostome, jejunostome  
10.15 Razprava  
  
10.30 Odmor

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

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

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

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

Kosilo

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

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

**Sobota, 11. februarja 2006**

**Maksilofacialna kirurgija (voditelj: A. Kansky)**

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

Delavnica: Travmatologija – imobilizacija

10.00 Mavčenje  
Začasna imobilizacija  
Transportna imobilizacija  
11.30 Prigrizek

**Novosti v kirurgiji (voditelj: L. Pleskovič)**

12.00 Pleskovič, L.: Kirurgija debelosti  
12.15 Bošnjak, R., Podboj, J.: Razširjeni transnazalni pristop do hipofiznih tumorjev  
12.15 Janežič, T.: Kožni melanom in biopsija varovalne bezgavke  
12.30 Vesel, M.: Kifoplastika  
12.45 Kristan, A.: Program za računalniško načrtovanje poškodb kolčne ponvice  
13.00 Zaključek 41. kirurških dnevov  
Kirurški dnevi so namenjeni zdravnikom splošne in družinske medicine, specializantom in specialistom kirurgije in sekundarijem.

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

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

**Prijave:**

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



## JESENSKI SESTANEK ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

organizator •  
ZDRUŽENJE PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

**BLED,**  
hotel Golf, 2. – 3. december 2005

### PROGRAM:

**Petek, 2. december 2005**

**15.00 – 16.15**

#### Posvet: Preiskava pljučne funkcije

- 15.00 M. Fležar: Krivulja pretok – volumen; inspiratorni in ekspiratorni del
- 15.25 M. Fležar: ERS/ATS-standardi spirometrije 2005 – kaj da in če ne?
- 15.50 S. Škrgat: Referenčne vrednosti za odrasle – pomen pri klasifikaciji stopnje KOPB
- 16.15 Ž. Perdja: Ali lahko izboljšamo in poenotimo obravnavo bolnikov s KOPB v Sloveniji?
- 16.40 – 17.00 Odmor

- 17.00 Satelitski posvet AstraZeneca
- 18.00 Satelitski posvet Glaxo Smith Kline
- 19.00 Letna konferenca ZPS

**Sobota, 3. decembra 2005**

**9.00 – 12.20 Učne delavnice**

- 9.00 – E. Mušič, K. Osolinik, R. Cesar, I. Kern: Intersticijske bolezni pljuč
- 10.00 – S. Škrgat, J. Gabrijelčič: Obravnavna bolnika z obstrukcijo na dihalih
- 10.55 – 11.20 Odmor
- 11.20 M. Fležar, J. Gabrijelčič: Sindrom hipoventilacije in prekrivanje z obstruktivnimi boleznimi pljuč

**Kotizacija** za sestanek je 25.000 SIT, za sekundarije in specializante 10.000 SIT, ki jih lahko nakažete na transakcijski račun Gorenjske banke: 07000-0000099709 ali plačate neposredno na sestanku.

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

**Prijave:** ga. Dragica Sukič, Bolnišnica Golnik, Golnik 36, 4202 Golnik, T: 04 256 93 91. Rezervacijo prenočišč v hotelu Golf na Bledu potrdite pri ge. Dragici Sukič do 15. 11. 2005.

## PRIPOROČILA ZA OSKRBO MALIGNIH KOŽNIH RAN

organizator •  
Društvo za oskrbo ran Slovenije - DORS

**OTOČEC,**  
hotel Šport  
25. november 2005

### PROGRAM:

**Petek, 25. novembra 2005**

- 9.00 Registracija
- 10.00 Pozdravni govor
- 10.15 Klasifikacija sodobnih oblog za rane, Matjaž Prešeren, viš. med. tehnik
- 10.35 Maligne kožne rane in načini zdravljenja, Erik Breclj, dr. med.
- 10.55 Zdravljenje malignih kožnih ran z radioterapijo, prim. Boris Jančar, dr. med.
- 11.15 Zdravstvena nega bolnika z maligno kožno rano, Helena Uršič, viš. med. ses., ET.
- 11.35 Obravnava bolnika z maligno kožno rano v patronažnem varstvu, Renata Batas, dipl. m. s., ET.
- 11.55 – 12.20 Odmor
- 12.20 Predstavitve primera: Oskrba rane pri bolnici z malignim melanomom, Maja Vrhovnik, dipl. m. s.
- 12.40 Primer dobre prakse: Oskrba rane pri bolnici z malignim melanomom., Jolanda Jakovec Kojek, dipl. m. s.
- 13.00 Razprava
- 13.15 – 14.45 Kosilo
- 14.45 Kakovost življenja bolnika z maligno kožno rano, Vesna Ostrožnik, dipl. m. s.
- 15.05 Zdravljenje bolečine pri bolnikih z maligno kožno rano, prim. Slavica Lahajnar Čavlovič, dr. med.
- 15.25 Mesto antibiotične terapije pri bolnikih z maligno kožno rano, Milena Kerin, dr. med.
- 15.45 – 16.00 Odmor za kavo
- 16.00 Predstavitve dokumenta "Smernice za obravnavo malignih kožnih ran", Helena Uršič, viš. med. ses., ET.
- 16.20 Zaključek
- 16.40 Sestanek upravnega odbora Društva za oskrbo ran Slovenije

Kotizacija: za člane DORS-a 20.000,00 SIT, za ostale 25.000,00 SIT. Kotizacijo nakažete na TRR Društva za oskrbo ran Slovenije št.: 02012-0254085451, sklic na št. 00-0105.

Ob registraciji potrebujete potrdilo o vplačani kotizaciji ter člansko izkaznico društva DORS, v kolikor uveljavljate znižano plačilo kotizacije. Za člane društva, ki v letošnjem letu še niso plačali članarine, znižano plačilo kotizacije ni mogoče. Prijave pošljite na naslov: Društvo za oskrbo ran Slovenije, Cigaletova 9, 1000 Ljubljana, E: branka.kokalj@kclj.si, do vključno 18. 11. 2005.

## DELOVNA MESTA

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto  
**- zdravnika specialista pediatra oziroma specialista šolske medicine ali zdravnika s podiplomskim tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine ali zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)**

s polnim delovnim časom za določen čas (nadomeščanje delavke v času specializacije), z možnostjo podaljšanja za nedoločen čas.

Pogoji:

- opravljena specializacija iz pediatrije oziroma šolske medicine ali podiplomski tečaj zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine ali opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- opravljen strokovni izpit,
- 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 Kamnik, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

objavlja delovno mesto

**- zdravnika psihiatra (TDPP) (m/ž)**

za nedoločen čas v psihohigiensko psihiatrični službi – dispanzer za pedopsihiatrijo.

Pogoji:

- zdravnik z opravljenim specialističnim izpitom iz pedopsihiatrije ali psihiatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju zahtevanih pogojev s kratkim življenjepismom naj kandidati pošljejo na naslov: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kadrovska služba, Ul. talcev 9, 2000 Maribor.

Rok za prijavo je osem dni po objavi razpisa. Kandidati in kandidatke bodo o izbiri obveščeni v roku 30 dni po zaključku razpisa.

### Naš javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Jesenice

sodi med srednje velike bolnišnice v slovenskem prostoru. Opravljamo zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, ki obsega zlasti področja kirurgije, internistike, ginekologije s porodništvom in pediatrije. Stavimo na strokovni in osebni razvoj kadrov ter skupinsko delovno vzdušje. Pričakujemo, da boste sprejeli naš izziv in poslali vaše cenjene ponudbe za zasedbo naslednjih delovnih mest:

#### - zdravnik specialist radiologije (m/ž)

#### - zdravnik specialist ginekologije in porodništva (m/ž)

Pogoji:

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

Delovno razmerje s posameznim kandidatom bomo sklenili za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom in polnim delovnim časom. Nudimo vam možnost strokovnega in osebnega razvoja, stimulativen zaslužek in po potrebi pomoč pri najemu stanovanja.

Vaše ponudbe pričakujemo v roku 15 dni po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Jesenice, C. M. Tita 112, 4270 Jesenice.

### Zdravstveni dom Gornja Radgona

objavlja prosto delovno mesto  
**- zdravnika specialista družinske medicine ali zdravnika specialista splošne medicine ali zdravnika specializanta družinske medicine ali zdravnika po končanem sekundariju z možnostjo specializacije družinske medicine (m/ž)**

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom, sekundarijatom in preizkusom usposobljenosti ob zaključku sekundarijata ali zdravnika s končano specializacijo iz splošne medicine ali družinske medicine, ali zdravnik specializant družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije ali delovno dovoljenje,
- znanje slovenskega jezika.

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

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Gornja Radgona, Partizanska cesta 40, 9250 Gornja Radgona s pripisom »prijava na razpis«. Informacije na T: 02 564 86 11 ali 530 22 73.

### Zdravstveni dom Bohinj

objavlja prosto delovno mesto

#### - zdravnika specialista pediatra (m/ž)

Pogoji:

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

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

Rok prijave: 30 dni

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

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

### OZG, OE Zdravstveni dom Radovljica

objavlja prosto delovno mesto

#### - zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete, opravljen strokovni izpit in sekundarijat,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- znanje slovenskega jezika.

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

Rok prijave: 30 dni

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Radovljica, Kopališka cesta 7, 4240 Radovljica.

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

### Republika Slovenija, Ministrstvo za obrambo – Generalštab Slovenske vojske

zaradi potreb po novih delavcih na področju medicine vabi k sodelovanju več novih sodelavcev, in sicer:

#### 1. zdravnikov (m/ž):

- specialistov splošne kirurgije,
- specialistov anesteziologije in reanimatologije,
- specialistov epidemiologije ali socialne medicine in higijene,
- specialistov mikrobiologije,
- specialistov rentgenologije,
- specialistov splošne ali družinske medicine – usposobljene za delo v urgenci,
- dentalne medicine.

#### 2. medicinskih sester/tehnikov:

- za delo v operacijski sobi s sterilizacijo – instrumentar/ke,
- za potrebe intenzivne terapije in anestezije, vključno s sterilizacijo,
- za delo v mikrobiološkem in hematološkem laboratoriju,
- za kirurško urgenco (tudi mavčenje),
- zobnih asistentk ali asistentov.

Pogoji:

K točki 1

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- specializacija ustrezne smeri s specialističnim izpitom,
- aktivno delo v stroki (do pet let specialističnega staža, med 5 in 10 let, nad 10 let (za strokovno vodenje in nadzor),
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje angleškega jezika,
- osnovno znanje računalništva – medicinski programi,
- sodelovanje pri zagotavljanju nujne medicinske pomoči,
- nekaznovanost,
- vozniški izpit B-kategorije.

K točki 2

- končana šola zdravstvene smeri na srednji, višji ali visoki stopnji,
- ustrezna funkcionalna znanja,
- aktivno delo v ustrezni – imenovani smeri stroke,
- pet let delovnih izkušenj na ustreznem strokovnem področju,
- osnovno znanje računalništva,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje angleškega jezika,
- nekaznovanost,
- vozniški izpit B-kategorije.

Kandidati naj prijave z življenjepisom pošljejo na naslov: MORS – Generalštab Slovenske vojske, Zdrženi sektor za kadre in izobraževanje, Kardeljeva ploščad 25, 1000 Ljubljana s pripisom "medicina". Prijavljene kandidate bomo o nadaljnjih postopkih obvestili pisno.

## Zdravstveni dom Koper

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika (m/ž)**

v službi Nujne medicinske pomoči za določen čas enega leta, z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- dve leti delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Zavod bo sodeloval pri reševanju stanovanjskega vprašanja kandidata, ki se bo prijavil na razpisano delovno mesto.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku 15 dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

## Zasebna zobna ordinacija v Ljubljani

zaposli

**doktorja dentalne medicine (m/ž)**

za določen čas, za 30 ur tedensko.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- dve leti delovnih izkušenj.

Interesenti naj pokličejo na GSM: 041 607 024.

## Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosto delovno mesto

**zdravnika specialista s področja interne medicine (m/ž)**

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev s kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih 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.

## Javni zavod Zdravstveni dom Hrastnik

objavlja prosto delovno mesto

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

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

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo 4 mesece.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev v osmih dneh po objavi tega razpisa pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Hrastnik, Novi dom 11, 1430 Hrastnik.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po končanem postopku.

## Javni zavod Zdravstveni dom Celje

objavlja prosto delovno mesto

**zobozdravnika za delo v otroškem in mladinskem zobozdravstvu (m/ž)**

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (nadomeščanje delavke v času porodniškega dopusta), z možnostjo podaljšanja pogodbe o zaposlitvi. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Lokacija dela je v Zdravstveni postaji Štore.

Pogoji:

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

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Javni zavod Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 3, 3000 Celje. Za vse dodatne informacije pokličite na T: 03 543 41 02 (Marko Štolfa, dr. dent. med., vodja programa zobozdravstvo)

Zaradi širitve programa s strani zavarovalnice bi želeli zaposliti

**zdravnika (m/ž)**

Pogoji:

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

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

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

### Zasebna zobna ordinacija s koncesijo v Vodica pri Ljubljani

objavlja prosto delovno mesto

#### zobozdravnika (m/ž)

za poln delovni čas za določen čas.

Informacije:  
Zobna ordinacija Tea Bon,  
Kopitarjev trg 1, 1217 Vodice,  
GSM: 031 481 606.

### Psihiatrična klinika Ljubljana

objavlja prosti delovni mesti:

#### dveh zdravnikov specialistov/zdravnika specialistk iz psihiatrije

Pogoji:

- opravljena specializacija iz psihiatrije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo na naslov:  
Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48,  
1260 Ljubljana Polje.

Kandidati/kandidatke bodo obveščeni v zakonitem roku.

### Zdravstveni dom Ptuj

objavlja štiri prosta delovna mesta

#### 1. zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista splošne medicine oziroma družinske medicine (m/ž)

#### 2. zdravnika specialista interne medicine – pulmolog (m/ž)

#### 3. zobozdravnika specialista čeljustne in zobne ortopedije (m/ž)

#### 4. zobozdravnika (m/ž)

Pogoji:

##### K točki 1

- končana medicinska fakulteta – smer splošna medicina
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat, oziroma opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji

##### K točki 2

- končana medicinska fakulteta – splošna smer
- opravljen specialistični izpit
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji

##### K točki 3

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina
- opravljen specialistični izpit
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji

##### K točki 4

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina
- opravljen strokovni izpit
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji

Ponujamo sklenitev pogodbe za nedoločen čas razen pod točko 4. – za dobo enega leta z možnostjo sklenitve delovnega razmerja za nedoločen čas, dobre delovne pogoje in ureditev stanovanjskega vprašanja.  
Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

### Psihiatrična bolnišnica Idrija

objavlja dve prosti delovni mesti

#### 1. zdravnika specialista psihiatra (m/ž)

ali

#### 2. zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

##### K točki 1

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- uspešno zaključeno usposabljanje po programu sekundarijata,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz psihiatrije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom. Nastop dela po dogovoru.

##### K točki 2

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- uspešno zaključeno usposabljanje po programu sekundarijata,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- pripravljenost za opravljanje specializacije iz psihiatrije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas s polnim delovnim časom in poskusnim delom štiri mesece z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas. Nastop dela po dogovoru.  
Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj, pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Psihiatrična bolnišnica Idrija, Kadrovska služba, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija.

Pred sklepanjem o izboru se bomo z vsemi kandidati pogovorili osebno.  
O izbiri bodo kandidati obveščeni v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

## Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosto delovno mesto

**zdravnika specialista s področja gineologije in porodništva**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz ginekologije in porodništva
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih 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 dr. Franca Ambrožiča Postojna

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika specialista splošne medicine ali zdravnika splošne medicine**

za delo v predhospitalni enoti (PHE) in dežurni službi

Nudimo vam izziv delati z visokoprofesionalno stalno ekipo zdravstvenih tehnikov in voznikov na razgibanem terenu, strokovno rast v sodelovanju z vodjo enote PHE in delo v kolektivu s poudarkom na odličnih medsebojnih odnosih in strokovni podpori. Tudi osebni dohodek presega pričakovanja.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta
- opravljen strokovni izpit
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas.

Za informacije se lahko obrnete na direktorico zavoda, go. Ireno Vatovec Progar, T: 05 726 54 01. Prijave z dokazili o izpolnjevanju objavljenih pogojev naj kandidati pošljejo v treh tednih po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča, Prečna ulica 2, 6230 Postojna.

## Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica

objavlja prosto delovno mesto

**zobozdravnika**

na Zdravstveni postaji Loški Potok  
Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina
- opravljen strokovni izpit
- eno leto delovnih izkušenj
- znanje slovenskega jezika
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije

Kandidate naj prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v tajništvo Zdravstvenega doma dr. Janeza Oražma Ribnica, Majnikova 1, 1310 Ribnica, v roku 15 dni od objave.

## Zdravstveni dom Domžale

objavlja prosto delovno mesto

**zobozdravnika (m/ž)**

v samoplačniški ambulanti, s polnim delovnim časom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (tri mesece). Obstaja možnost podaljšanja delovnega razmerja.

Pogoji:

- končan študij na medicinski fakulteti – smer dentalna medicina
- opravljen strokovni izpit
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju osnovnega zobozdravstvenega varstva
- aktivno znanje slovenskega jezika

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemamo osem dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Domžale, Mestni trg 2, 1230 Domžale.

## Splošna bolnišnica Celje

objavlja prosta delovna mesta

**2 zdravnikov specialistov radiologije – oddelek za rentgenologijo**

**1 zdravnika specialista interne medicine – oddelek za ledvične bolezni in dializo**

**1 zdravnika specialista nuklearne medicine – oddelek za nuklearno medicino**

**2 zdravnikov specialistov splošne kirurgije – oddelek za žilno kirurgijo in oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo**

**1 zdravnika specialista oftalmologije – oddelek za oftalmologijo**

K sodelovanju vabimo mlajše ustvarjalne zdravnike specialiste in specialistke

Pogoji:

- opravljen specialistični izpit ustreznega področja
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom, razen za oftalmologijo, kjer je predvidena sklenitev delovnega razmerja za določen čas (eno leto).

Izbranim kandidatom ali kandidatkam nudimo možnost strokovnega razvoja, plačilo po kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike in po potrebi službeno stanovanje.

Pisne ponudbe z navedenimi dokazili pričakujemo v kadrovski službi Splošne bolnišnice Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, s pripisom "za razpis", do 15 dni po objavi.

## Psihiatrična bolnišnica Ormož

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika specialista s področja psihiatrije**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta
- opravljen strokovni izpit
- opravljen specialistični izpit iz psihiatrije
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju psihiatrije
- organizacijske sposobnosti, komunikativnost, sposobnost vodenja manjših skupin
- telesne sposobnosti (oster vid)
- aktivno znanje slovenskega jezika
- stanovanje na raspolago
- štiri leta delovnih izkušenj

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom. Delo je enozmerno.

Rok za prijavo kandidatov je 15 dni od objave.

Več informacij dobite pri: Majdi Keček, univ. dipl. org., Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška cesta 33, 2270 Ormož, T: 02 741 51 00, E: pbo.tajnistvo@siol.net

## Zdravstveni dom Ivančna Gorica

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika specialista pediatrije**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta
- specialistični izpit iz pediatrije
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (eno leto), s polnim delovnim časom, z možnostjo podaljšanja za nedoločen čas.

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

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

## Javni zavod Zdravstveni dom Celje

objavlja prosto delovno mesto

**a) zdravnika specialista družinske medicine**

ali

**b) zdravnika specializanta družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)**

s polnim delovnim časom za določen čas z možnostjo podaljšanja za nedoločen čas.

Pogoji:

**pod a)**

- končana medicinska fakulteta
- specializacija iz družinske medicine
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje družinske medicine
- državljanstvo Republike Slovenije
- znanje slovenskega jezika
- zaželeno so delovne izkušnje
- poskusno delo štiri mesece
- vozniško dovoljenje B-kategorije

**pod b)**

- končana medicinska fakulteta
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje družinske medicine
- državljanstvo Republike Slovenije
- aktivno znanje slovenskega jezika
- zaželeno so delovne izkušnje
- poskusno delo štiri mesece
- vozniško dovoljenje B-kategorije

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 5 434 220/525,

(prim. Andrej Žmavc, dr. med.).

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku določenem z zakonom.

**OGLASI****Ordinacija**

na odlični lokaciji oddam ali prodam. Ordinacija se nahaja blizu centra Ljubljane v sklopu drugih ambulant in je primerna za opravljanje splošne medicine ali specialistične ambulantne dejavnosti.

Informacije: 041-709 467

**Ugodno prodam rabljeni:**

1. UZ – ALOKA SSD 500 – dve sondi
2. Kolposkop – optični – Zeiss/Jena
3. Urinski analizator – Doc V Reader
4. Ginekološko mizo
5. Mikroskop – dva kosa
6. Rezalec Papirja – dva kosa
7. Uničevalec papirja – en kos

Informacije na GSM: 041 735 557.

**CELJE – ODDAMO**

prtični lokal, idealen za zdravstveno dejavnost, bližina zdravstvenega doma in centra (prej »davčna«), velikost 163 m<sup>2</sup>, možnost sodelovanja pri dokončanju.

Kapitol nepremičnine d. o. o., Bežigrajska c. 7, Celje, Tel. 03/42-55-880 vsa ponudba na: [www.kapitol-nepremicnine.si](http://www.kapitol-nepremicnine.si) Največja izbira nepremičnin!

**Mladega zobozdravnika ali zobozdravnico**

(lahko brez delovnih izkušenj) honorarno zaposlim za delo v ortodontski ordinaciji. Kasneje možnost redne zaposlitve.

Pogoji:

- končana MF - smer dentalna medicina,
- znanje slovenskega jezika,
- opravljen strokovni izpit.

Pisne prijave pošljite na naslov: HEON d. o. o., Savska cesta 10, 1000 Ljubljana

Ljubljana, Bežigrad, nakupovalna galerija WTC, Dunajska 158, lokal 48 kvadratnih metrov, poleg lekarne in pošte, primeren za zdravstveno dejavnost, zelo ugodno

**oddamo.**

Več informacij dobite na številki 041-618-106.

# Mladi zdravniki družinske medicine ne hitijo med zasebnike

Tatjana Cvetko

S pomladi napovedane spremembe v strategiji razvoja primarnega zdravstvenega varstva s pospešeno privatizacijo so na spomladanskem srečanju dodobra razburkale razpravo med mladimi zdravniki. Zaradi številnih vprašanj in velikega zanimanja za spremembe smo se odločili za organizacijo srečanja o zasebništvu v družinski medicini. Uvodni pozdrav in nekaj tehtnih misli za popotnico našemu srečanju nam je namenil ravnokar ponovno izvoljeni predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine Janko Kersnik. Nato smo na 3. srečanju mladih zdravnikov družinske medicine iz predavanj kolegov zasebnikov Tatjane Puc Kous, Igorja Praznika, Franca Šute in Bojana Ribiča dobili informacije o zasebni zdravniški praksi, postopkih pridobivanja koncesije in težavah ter dobrih in slabih platih dela zasebnikov. Predstavnik Ministrstva za zdravje Janez Remškar je razložil strategijo razvoja urgentne službe in razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti.

Srečanje je v svojem poteku lepo sledilo načelu od splošnega h konkretnemu. Slišali smo veliko splošnih strateških usmeritev, podatke o postopku pridobivanja koncesije in finančnem poslovanju, konkretnih odgovorov na odprte probleme, ki bi zagotovili večjo socialno varnost predvsem mladih zdravnikov, pa ni bilo. Sporočila s strani ministrstva so pravzaprav kar zaskrbljujoča. Od zdravnikov družinske medicine pričakujejo, da bi delali več in bolj kakovostno, ob enakih stroških in z lastnimi naložbami. Zavedajo se, da bo kljub reorganizaciji mreže osnovne zdravstvene dejavnosti izrazito primanjkovalo zdravnikov na osnovni ravni vsaj od prihoda diplomantov mariborske fakultete. Za kakovost bi država poskrbela z boljšim nadzorom, preobremenjenim zdravnikom pa naj bi nam bilo lažje ob obilici dela, če se bomo ob tem zavedali, da s svojim delom opravljamo plemenito poslanstvo zdravniškega poklica. Če bomo dovolj motivirani, se ne bomo čutili preobremenjeni in izgoreli in nam tudi zaslužek ne bo več bistven?!

Da bi zvedeli, kaj razmišljajo mladi o zasebni praksi, smo jim razdelili priložnostno anketo, ki so jo izpolnili na srečanju. Na anketo je odgovorilo 18 zdravnikov, ki so obkrožali

različno število odgovorov, končni rezultat pa je razviden iz tabele.

Rezultati ankete kažejo, da se mladi zdravniki družinske medicine ne bodo odločili za za-

kazuje mladostne zaletavosti. Država mladim zdravnikom ne ponuja takšnih odgovorov, da bi danes mlademu zdravniku zasebna praksa pomenila strokovni in osebni življenjski iz-

Razmišljam, da bi se odločil za zasebno prakso	DA	NE	Število odgovorov
Čimprej	5	10	15
V roku 2-3 let	5	10	15
Ko bom imel več prakse	8	5	13
Ko dobim kolega za nadomeščanje	8	4	12
Ko uredijo sistem urgentne službe	7	6	13
Ko končam specializacijo	10	2	12
Ko otroci zrastejo	2	10	12
Načrtujem nosečnost	4	8	12
Skrbi me nadomestilo za bolniško	8	5	13
V javnem zavodu imam več dopusta	4	9	13
Finančno bom neodvisen	10	4	14
Več bom zaslužil	12	1	13
Bom imel vpliv na racionalno poslovanje	13	0	13
Samostojen bom pri organiziranju dela	14	1	15
Končno bom sam gospodar svojega časa in denarja	11	3	14
Tudi kot zasebnik bi rad delal v skupini kolegov	14	0	14
Strokovna rast in izobraževanje sta zasebnikom olajšani	5	7	12
V primeru napake je varnost v javnem zavodu večja	9	3	12
Zdravniku nalagajo vedno več nalog, omejitev in odgovornosti	15	0	15
Strategija razvoja javne zdravstvene službe ni jasna	14	0	14
Sem še premlad(a)	2	10	12

sebno prakso na vrat na nos, niti ne še v roku 2-3 let. Večinoma se počutijo premladi in se bodo o tem odločali po končani specializaciji oz. ko bodo imeli več prakse. Načrtovanje družine ne vpliva bistveno na odločitve, bolj so zaskrbljeni zaradi nadomestil za bolniško stalež. V primeru odločitve za zasebno prakso pričakujejo, da bodo samostojni pri organizaciji dela, bodo končno gospodarji svojega časa in denarja, bodo imeli vpliv na racionalno poslovanje in pričakujejo finančno neodvisnost. Vsekakor pričakujejo boljši zaslužek. Menijo, da je varnost zaposlenega v javnem zavodu v primeru napake večja, količina dopusta pa ne. Strokovne rasti in izobraževanje ne vidijo kot prednost zasebne prakse. Vsi bi radi delali v skupini kolegov in večinoma si želijo kolega, s katerim se bodo v primeru odsotnosti nadomeščali.

Urejenost urgentne službe ne vpliva bistveno na odločanje o delu v zasebni praksi, vsi pa so se strinjali, da strategija razvoja osnovne zdravstvene službe še ni jasna in da se zdravniku nalagajo vedno nove naloge, omejitve in odgovornosti.

Pazljiv pregled njihovih odgovorov ne na-

živ. Vlaganje v dolgotrajen študij in strokovni napredek sta podlaga, s katerim si bo mladi zdravnik družinske medicine v prihodnosti zagotavljal svoj položaj. Nejasnosti pri financiranju specializacij, nadomeščanju za čas boleznih in porodniške, nerešeno financiranje specialnih storitev ter pričakovana vlaganja v osnovna sredstva ob vedno večjih obremenitvah in odgovornosti zdravnika pa njegovo odločitev za zasebno prakso odmikata v prihodnost, mogoče na čas, ko bo rešeno pereče pomanjkanje zdravnikov in bo njihovo delo ustrezno vrednoteno.

V resnici lahko zavedanje svojega plemenitega poslanstva naredi zdravnika še boljšega, ampak živeti ne more od tega. Nagradimo ga – za dobro delo, zato, da vztraja v odročnih krajih, zato, da dela bistveno več kot drugi javni uslužbenci v naši državi in je voljan prevzeti delo in obremenitve skrbi za bolnike v naslednjem desetletju, ko bo pomanjkanje zdravnikov zaradi neustreznega načrtovanja države najhujše. Država je na potezi, pa se bojim, da se še ne zaveda svojega poslanstva. ■

# Splošni/družinski zdravniki v Hipokratovem imenu

Suzana Židanik

»Življenje je kratko, pridobivanje izkušenj dolgo trajno, ugodna prilika redka, izkušnja varljiva, odločitev pa težka,« je v svoji bogati zapuščini rodovom zdravnikov v razmislek namenil utemeljitelj sodobne medicine Hipokrat.

**T**o misel smo lahko slišali na predavanju med uvodno slovesnostjo letošnjega evropskega kongresa Wonca 2005, ki je potekal od 3. do 7. septembra in je gostil več kakor 2000 udeležencev ne le iz vse Evrope, pač pa tudi iz drugih celin.

Organizatorji so za kraj kongresa izbrali otok Kos v Grčiji, kjer se je leta 460 pr. n. št. rodil in na njem tudi vrsto let delal znameniti grški zdravnik Hipokrat. Otok, ki je posut s številnimi, bolj in manj ohranjenimi izkopanimi stare grške civilizacije, deluje kakor velik muzej na prostem. Na Hipokrata spominjajo imena ulic, spomeniki in trg z okoli 600 let staro platano v glavnem mestu otoka z istim imenom, namreč Kos. Legenda pravi, da je drevo pred 2500 leti posadil sam Hipokrat in pod njim poučeval svoje študente. Ker pa se je z naraščanjem svetovnega prebivalstva povečalo tudi število zdravnikov in pod platano ni več dovolj prostora za vse današnje Hipokratove učence, so organizatorji grškega združenja splošnih zdravnikov pripravili kongres v sodobnem centru Kos International Convention Centre. Zgodovinsko ozadje je služilo tudi kot zamisel za temo kongresa: »Od Hipokrata do človeškega genoma: preteklost, sedanjost in prihodnost splošne/družinske medicine«. Letošnji kongres si bomo udeleženci še posebej zapomnili zaradi dveh značilnosti. Kot predsednik izvršilnega odbora evropskega združenja je bil med slavnostnimi govorniki prof. dr. Igor Švab, predstojnik Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Slovenski zdravniki splošne/družinske medicine smo se kongresa zelo številčno udeležili, za kar se moramo zahvaliti strokovnemu pokroviteljstvu Slovenskega zdravniškega društva (SZD) in Združenja zdravnikov družinske medicine (ZZDM), sama udeležba pa za večino udeležencev ne bi bila možna brez velikodušne

finančne podpore slovenskih farmacevtskih podjetij, Leka in Krke.

Že dva dneva pred začetkom kongresa je potekalo predkongresno srečanje mladih zdravnikov družinske medicine, specialistov in mladih specialistov (Vasco da Gama Movement), ki deluje znotraj širše evropske organizacije. Udeležila sta se ga po dva nacionalna predstavnika iz 18 evropskih držav, naša predstavnika je delegiralo ZZDM. Na tem srečanju je bil poudarjen pomen povezovanja mladih evropskih zdravnikov družinske medicine, delovne skupine so obravnavale prihodnje spremembe v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju na evropski ravni ter ugotovljale potrebe po izboljšanju podobe in povečanju zanimanja med mladimi zdravniki za specializacijo iz družinske medicine. Primerjava z drugimi evropskimi državami je pokazala, da imamo v Sloveniji enega od naj-sodobnejših in izredno kakovostnih modelov specializacije iz družinske medicine.

V nadaljnjih petih dneh kongresa so se zvrstile številne delavnice, plenarna predavanja, posveti, ustne in plakatne predstavitve. Predavatelji so na različne načine obravnavali tri velike vsebinske sklope:

1. Kulturne determinante bolezni in vloga splošne/družinske medicine
2. Ocena potreb v splošni/družinski medicini
3. Ugotavljanje učinkovitosti v splošni/družinski medicini.

Udeležba naših kolegov zdravnikov splošne/družinske medicine je bila glede na sorazmerno majhnost Slovenije v Evropi zavidljivo visoka. Dejavniki udeleženci so sodelovali v treh delavnicah in na dveh posvetih, poleg teh pa so imeli še 15 ustnih in dve plakatni predstavitvi raziskav, ki so jih naredili posamezniki ali skupine v okviru izobraževanja za specialistični izpit, na podiplomskem študiju ali znotraj različnih nacionalnih ter mednarodnih raziskovalnih projektov.

Med najbolj dinamične dele kongresa lahko zanesljivo uvrstimo niz delavnic, ki so odprle različne teme, v katerih smo sodelovali na pravih mednarodnih omizjih. Nekatere teme



Svečana obnovev Hipokratove zaprisege ob koncu kongresa na Asklepejonu (foto: Suzana Židanik)

so nam bile domače, saj so jih vodili celo naši kolegi (npr. o spodbujanju zdravega življenjskega sloga ter o sodelovanju raziskovalcev v raziskovalnih omrežjih znotraj osnovne zdravstvene oskrbe), druge bolj tuje, saj nekaterih težav zaradi dokaj skladne nacionalne sestave prebivalstva skorajda sploh ne srečujemo (vprašanje strokovne oskrbe in sporazumevanja z bolniki v večkulturnem okolju). Skozi posamezna strokovna področja smo spoznali tudi delo manjših organizacij, ki delujejo v okviru Wonca na posameznih področjih: EURACT – izobraževanje, EGPRN – raziskovanje, EQuIP – kakovost, saj so njihovi predstavniki pripravili različna predavanja. Strokovne teme so bile tako pestre, kakor je pestra paleta oseb vseh starosti, obeh spolov, barv kože, narodnosti, veroizpovedi, kulturnega in geografskega porekla, za katere skrbi ravno tako barvita množica zdravnikov splošne/družinske



medicine. Pomemben občutek, ki se mi je ob poslušanju vseh teh sporočil razvil, je zlasti, da slovenski zdravniki splošne prakse/družinske medicine skrbimo za naše prebivalce z enako sodobno strokovno doktrino kakor v tistem, zlasti severozahodnem delu Evrope, kjer ima družinska medicina daljšo tradicijo, države pa namenljajo za zdravstvo več denarja.

Za razliko od podobnih mednarodnih kongresov, ki sem se jih imela priložnost udeležiti, je bilo zelo malo razstavljalcev farmacevtskih podjetij. Zato pa je bilo toliko več koristnih informacij o strokovnih revijah in drugih, zlasti knjižnih publikacijah. Vedno več publikacij izhaja poleg tiskane tudi v elektronski obliki, ki zavzema manj prostora, praviloma pa je tudi cenovno ugodnejša. Objavljanje člankov

v medicinskih strokovnih revijah na področju družinske medicine pa je bila hkrati tema zadnjega zaključnega dne. Pet urednikov petih različnih medicinskih revij je pripravilo pregled najpogostejših napak in pomanjkljivosti člankov, ki jih avtorji pošiljajo. Zelo odkrito so spregovorili o rastočem vplivu oglaševanja farmacevtske industrije na vsebino prispevkov. Eden od predavateljev je citiral urednika dveh najuglednejših medicinskih revij: »Medicinske revije so podaljšek oglaševanja farmacevtskih podjetij.« (Richard Smith, bivši urednik BMJ) in »Revije pripadajo operacijam pranja informacij za farmacevtska podjetja.« (Richard Horton, Lancet).

Organizatorji so si zamislili, da bi ob koncu kongresa vsi udeleženci odšli na – za medi-

cino zgodovinsko pomembni kraj na Kosu – Asklepiejon. Na tem kraju je bilo pred 2000 leti svetišče boga zdravilstva Asklepija, kjer je delovala tudi ena najbolj znanih starogrških bolnic. Ko je naša skupina prispela na ta kraj, je bila uradna svečanost že zaključena, zato smo se organizirali kar sami. Na kraju, kjer je zdravil in uvajal bodoče zdravilce v medicino sam Hipokrat, smo ponovno obnovili svečano zaobljubo, Hipokratovo prisego, ki se zaključuje z besedami: »Če bom torej to prisego vestno izpolnjeval in je ne bom prelomil, naj mi bo dana sreča in blagoslov v življenju in poklicu, da me bodo vsi ljudje imeli zmeraj v čislju, če pa jo bom prekršil in postal krivoprisežnik, naj me zadane nasprotno!«

## Vasco da Gama Movement – Wonca 2005

V začetku septembra 2005 je potekala dvodnevna predkonferenca za specializante in mlade specialiste družinske medicine v okviru Wonca Europe na grškem otoku Kos.

Maja Pelcl, Vojislav Ivetić

Zamiselnost se je rodila na kongresu Wonca 2004 v Amsterdamu, kjer je prvo predkonferenco za mlade organiziralo nizozemsko združenje splošnih zdravnikov. Sodelovali so predstavniki 13 držav. Takrat smo mladi zdravniki prvič dobili možnost sodelovanja v okviru večjega mednarodnega kongresa. Pogovarjali smo se o razlikah med zdravstvenimi sistemi in programi specializacije na področju DM v različnih evropskih državah. Glavni zaključek je bil, da je potrebna ustanovitev mednarodnega foruma za mlade zdravnike kot osnova za nadaljnje sodelovanje, razvoj in krepitev družinske medicine ter ustanovitev evropske mreže mladih zdravnikov družinske

medicine pod okriljem Wonca Europe. Na koncu smo izvolili 11 predstavnikov iz različnih držav v jedrno skupino, katere naloga je izgradnja mreže.

Januarja 2005 se je skupina sestala v portugalski Lizboni, kjer jo je gostilo portugalsko združenje splošnih zdravnikov. Sestanka so se udeležili tudi Justin Allen (predsednik Euract), Luis Pisco (predsednik portugalskega združenja splošnih zdravnikov in član UO Wonca Europe), Fons Sips (predsedujoči na predkonferenci v Amsterdamu), Athanasios

Simeonidis (predstavniki Euract in član organizacijskega odbora Wonca Kos) in Dimitris Karanasios (predstavniki predkonference Wonca Kos). Govorili so o ciljih, organizaciji,

financiranju, podpori in prihodnjem delovanju mreže. Takrat se je tudi rodilo ime Vasco da Gama Movement (VdGM), ki ima naslednje cilje:

- zagotoviti forum, ki bo omogočal dostop do informacij za vse specializante in mlade zdravnike DM ter večjo dostopnost do konferenc Wonca,
- vzpostaviti sporazumevalno mrežo med specializanti in mladimi specialisti DM ter jim pomagati pri težavah,
- izboljšati kakovost programov specializacije z ustanovitvijo centralne baze podatkov glede evropskih programov in postaviti kakovostne standarde,
- organizirati predkonference za mlade

- zdravnike v okviru srečanj Wonca,
- sodelovati z nacionalnimi združenji splošnih zdravnikov in vzpodbujati mlade nacionalne predstavnike,
- sodelovati z mednarodnimi združenji splošnih zdravnikov.

Jedrna skupina se je ponovno sestala maja letos v Maastrichtu, ko so se dogovorili o strukturi VdGM. Gre za gibanje in ne združenje, ki zato nima osnovne vodstvene strukture. Osnovo predstavlja forum, na katerem lahko sodelujemo vsi, glavne zamisli posredujemo nacionalni predstavniki, dokončno pa jih obdela in odgovornim posreduje jedrna skupina. Na forum se lahko včlanite vsi preko elektronskega naslova:

VdGM\_Forum-subscribe@yahoogroups.com.

Na osnovi do tedaj narejenega sta se grško združenje splošnih zdravnikov (Elegeia) in organizacijski odbor Wonca Europe 2005 odločila podpreti nadaljnje delo gibanja Vasco da Gama Movement. Poslali so vabila 36 nacionalnim združenjem zdravnikov družinske medicine in jih povabili, naj omogočijo udeležbo vsaj po dvema predstavnikoma iz vsake države. Odzvalo se je 18 združenj.

Med drugimi sva tudi Slovenijo prvič zastopala dva predstavnika, avtorja tega članka. Že en mesec pred začetkom konference so nas razdelili v pet delovnih skupin. Vsaka skupina je imela dve vodji, po enega predstavnika Euract in predstavnika gostiteljev, torej Grkov. Stiki in dogovarjanje so se začeli že takoj po elektronski pošti s spoznavanjem in izmenjavo zamisli. Zaželeno je bilo, da vsi najprej pošljemo kratek življenjepis in fotografijo. To je sicer izvedla le ena skupina, tako da smo se ob prihodu na Kos že nekako poznali.



Vojislav Ivetić, Igor Švab, predsednik Wonca Europe in Maja Pelcl pred kongresnim centrom KICC.

Konferenca se je začela v petek, 2. septembra. Kot prvi je udeležence pozdravil predsednik Wonca Europe prof. dr. Igor Švab (Slovenija) in povedal, kako ceni in spoštuje prisotnost in organiziranost ter poudaril pomembnost mladih v tako velikem evropskem gibanju, kakor je Wonca. Za njim so nas pozdravili še predsednik Euract prof. Justin Allen (Anglija), Anastasios Filalithis (Grčija) ter predstavnik Euract in član organizacijskega odbora Wonca Kos Athanasios Simeonidis (Grčija). Po kratki predstavitvi gibanja Vasco Da Gama smo se lotili dela v skupinah.

Tema prvega dne je bila Mnenje mladih zdravnikov o izobraževalnem programu za splošnega/družinskega zdravnika. Po kratki osebni predstavitvi v delovnih skupinah in opisu zdravstvenega sistema v svoji državi, smo začeli z razpravo. Ugotovili smo, da obstajajo pomembne razlike v programih specializacij in dodiplomskem študiju med državami članicami Evropske skupnosti. Kolegi z Danske v svojem programu specializacije nimajo zaključnega specialističnega izpita, ampak je konec specializacije trenutek, ko specializant zbere mnenja različnih neposrednih mentorjev, da obvlada vse predpisane veščine, ki jih je okoli 120. Kolega s Švedske se je pritožil, da ga profesorji in mentorji ne nadzirajo in preverjajo dovolj (!?), program kliničnega kroženja pa je prepuščen vsakemu posamezniku v skladu z njegovimi potrebami. Na primer, če nekdo meni, da je šibek na področju interne medicine, lahko kroži več kakor predpisane tri mesece. Drugi, ki meni da že dovolj obvlada vsa predpisana znanja, pa kroži le en mesec. Preostali čas uporabi za druge veje, za katere meni, da jih ne obvlada dovolj. Specializacije iz družinske medicine v Evropi trajajo od tri do šest let. Splošne pripombe vseh kolegov so bile na račun kliničnega kroženja na oddelkih in v bolnišnicah. Rečeno je bilo, da se pogosto zgodi, da kolegi s klinik »nimajo časa za nas«, »niso seznanjeni s programom naše specializacije«, »ne poudarjajo tega, kar je pomembno za splošne zdravnike« ... Prav presenetljivo je bilo, kako podobne izkušnje smo imeli, ne glede na to, od kod smo prihajali.

Nekatere gospodarsko bolj razvite države (Avstrija, Italija, Francija ...) šele začenjajo z obvezno specializacijo iz splošne/družinske medicine in so še daleč za nami glede stopnje razvoja družinske medicine.

Po zelo napornem in hkrati izjemno ustvarjalnem delu, smo se na koncu dneva ponovno zbrali na plenarni seji, kjer so skupine na kratko poročale. Poudarjeno je bilo, da je potrebno dodatno delo na kliničnem delu kroženja, predlagan je t. i. »sendvič« sistem kroženja (eno leto v splošni ambulanti, nato dve leti v

bolnišnici, na koncu pa še eno leto v splošni ambulanti), izboljšanje kakovosti dela z mentorjem in predvsem usklajevanje programa specializacije na evropski ravni.

Tema drugega dneva je bila Novačenje za družinsko/splošno medicino. Dan smo začeli že takoj v skupinah, z vprašanji: »Katera merila vplivajo na odločanje za splošno/družinsko medicino?«, »Kateri dejavniki vplivajo na merila?«, »Kakšen je odnos med dejavniki?«, »Kateri dejavniki najbolj vplivajo na podobo družinske/splošne medicine?«, »Kakšni posegi so možni za izboljšanje podobe družinske/splošne medicine?«. V burni razpravi smo ugotavljali napredek družinske medicine v zadnjih desetih letih, spremembo položaja in pomena družinskega zdravnika ter njegov vse večji pomen v prihodnosti. Eden od sklepov je bil, da je potrebna ustrezna izpostavljenost in seznanjenost z družinsko medicino na dodiplomski ravni, da bi se kolegi po končanem študiju v večji meri odločali za to specializacijo. Omenjeni sta bili še vprašanji ustreznega plačila v primerjavi s kolegi kliničnih specialnosti ter zmanjšanja obremenitev in preobremenjenosti v službi, kar je trenutno velika težava, predvsem v državah južne in srednje Evrope.

Drugi dan je zaključila generalna skupščina gibanja, na kateri so bili še enkrat poudarjeni sklepi in dosežki dvodnevnega dela. Dana je bila pobuda za prihodnja srečanja in nadaljevanje gibanja v okviru naslednjega kongresa Wonca 2006, ki bo v Firencah v Italiji.

Ustanovljene so bile delovne skupine z naslednjimi nalogami: raziskovalno delo, izobraževalni načrt, organizacijska struktura VdGM, naborništvo in mednarodna izmenjava. Za sodelovanje smo se odločali po lastnem zanimanju in v velikem številu. Delo bo potekalo v vmesnem obdobju preko medmrežnega foruma.

Na koncu lahko rečemo, da sta bila delo in izmenjava zamisli z mladimi kolegi iz Evrope enkratna izkušnja in priložnost, da ugotovimo na kakšni ravni se slovenska družinska medicina trenutno nahaja in kakšne so možnosti nadaljnega razvoja. Lahko pa smo le ponosni na to, da sam program družinske medicine na dodiplomski ravni ter program specializacije in način preverjanja znanja na specialističnem izpitu v Sloveniji, skupaj z znanstveno-raziskovalnim delom, ki se odvija na naših katedrah (Ljubljana in Maribor), spadajo v sam vrh evropske družinske medicine. Zadnje sva oba udeleženca ugotovila vsak v svoji delovni skupini, neodvisno drug od drugega, kar pomeni, da bo navedeno že držalo.

Udeležbo na konferenci so omogočili farmacevtski družbi Lek in Krka ter vodstvi ZD dr. A. Drolca Maribor in ZD Ptuj. ■

# Pristop k različnim boleznim v družinski medicini

Ksenija Tušek Bunc

**P**rihajajoča jesen ne bi bila popolna, če ne bi Krka, kakor vsako leto doslej organizirala za zdravnike družinske medicine iz štajerske, prekmurske in celjske regije učno delavnico v Logarski dolini. Naša pričakovanja niso bila zaman. Tudi letos so odgovorni iz Krke organizirali smelo zastavljeno dvo-dnevno izobraževanje za družinske zdravnike z naslovom »Pristop k različnim boleznim v družinski medicini«. Tokratna jesenska učna delavnica je bila peta po vrsti in mirno lahko trdimo, da je bila že kar tradicionalna.

V začetnem delu so kolegi specialisti pripravili predavanja o kliničnih temah. Prvo predavanje je bilo namenjeno dispepsiji. Bolniki z dispepsijo so pogosti obiskovalci ambulant družinske medicine, saj naj bi kar pet do deset odstotkov bolnikov v družinski medicini predstavljali prav ti bolniki, v gastroenteroloških ambulantah pa kar 40 odstotkov. Zbolevalo predvsem mladi ljudje, moški pogosteje kakor ženske. Vselej se ob takem bolniku zastavlja še dvom o morebitni okuženosti z bakterijo *Helicobacter pylori* in nujnosti eradikacijskega zdravljenja. Bolniki z dispepsijo navajajo najrazličnejše težave, od bolečine v zgornjem delu trebuha, neugodja, občutka polnosti, zgodnje sitosti, napihovanja in kolcanja ter siljenja na bruhanje. Pri 40 odstotkih bolnikov je vzrok težav bolezen, bodisi gre za razjedjo želodca ali dvanajstnika, GERB, rak, pankreato-biliarne, jetrne bolezni, sladkorno bolezen ali boleznι ščitnice. V 60 odstotkih pa bolezenskega vzroka ni mogoče odkriti in tedaj govorimo o funkcionalni dispepsiji. Uporabljajo se še drugi izrazi: non-ulcer dispepsia, idiopatska dispepsija, esencialna dispepsija, dismotility like dipepsia, reflux like dispepsija oziroma nespecifična dispepsija. Funkcionalna dispepsija je lahko posledica gastropareze, visceralne preobčutljivosti, pomembno mesto pa imajo tudi psihološki dejavniki, kot so stres, ki močno vpliva na kontraktilnost želodca in prebavne cevi nasploh, nato anksioznost, depresivnost, zlorabe bolnika v čustvenem, besednem ali spolnem smislu. Seveda ne gre pozabiti na vse pogostejšo alergijo na hrano. Ko gre za funkcionalno dispepsijo, se zastavlja vprašanje,

ali je potrebna diagnostika vseh bolnikov pred začetkom zdravljenja ali le rizičnih bolnikov. Če takoj začnemo z empiričnim zdravljenjem vseh bolnikov, pri čemer tvegamo, da bo zdravljenje neučinkovito in bomo zamaskirali simptomatiko, je treba računati še na spontano izginotje simptomov. Gotovo je tako kakor povsod drugod v medicini najpomembnejša dobra anamneza. Poiskati je potrebno vodilni simptom, bolnika povprašati o morebitnem samozdravljenju, saj je dobro znano, da ti bolniki pogosto posežejo po razpoložljivih zdravilih, preden obiščejo zdravnika. Tudi nekatera zdravila – na žalost jih je vse več, so lahko vzrok funkcionalne dispepsije. Posebno pozornost moramo posvetiti alarmantnim znakom: hujšanju, disfagiji, bruhanju, oslabele-sti, meleni in hematemezi ter slabokrvnosti in seveda tipljivemu tumorju. Takojšnja usmerjena diagnostika je potrebna pri bolniku z alarmantnimi znaki, četudi je samo eden, in še prav posebej pri bolniku, mlajšem od 45 let. Če se odločimo za empirično zdravljenje ob ustrezni dieti, kamor sodi tudi obvezna abstinenca, je potrebna kontrola po dveh tednih. Včasih je potrebno antacidom, blokatorjem protonske črpalke, H<sub>2</sub>-blokatorjem in prokinetikom dodati še psihotropna zdravila. Predvsem pa je treba bolnika na njemu sprejemljiv način seznaniti z boleznijo, terapevtskim načrtom in s pričakovanim uspehom zdravljenja, kajti le na tak način bomo bolniku odvzeli breme strahu, tudi takrat, ko bodo rezultati zdravljenja pičili.

Čeprav nekako prepričani, da o infekcijah dihal vemo bolj ali manj vse, smo budno sledili naslednjemu predavanju o zdravljenju infekcij dihal. Infekcije dihalnih poti sodijo med najpogostejše infekcijske bolezni (3 do 5/1000 prebivalcev letno) in predstavljajo pomemben vzrok smrti. Diagnostika in zdravljenje sta razmeroma preprosti. V nadaljevanju je predavatelj ločil infekcije dihal na infekcije zgornjih in spodnjih dihal, na primarne in sekundarne, na akutne in kronične. Spregovoril je o značilnosti bakterijskih infekcij dihal, o najpogostejših povzročiteljih, o infekcijah zgornjih in spodnjih dihal, njihovi etiologiji, diferencialni diagnostiki, zlasti ko moramo ločiti med akutnim

poslabšanjem kronične obstruktivne pljučne bolezni in srčnim popuščanjem ter o klinični sliki in zdravljenju. Posebno pozornost je posvetil pljučnicam, razmejitvi med bakterijskimi in atipičnimi oziroma njihovimi kliničnimi slikami ter antibiotikom, ki so zdravilo izbora pri določenih oblikah pljučnic ter pri posameznih bolnikih, npr. sladkornih bolnikih, starostnikih in alkoholikih. Roko na srce, osvežitev znanja o okužbah dihal je bila še kako dobrodošla in zelo uporabna v vsakdanji praksi. Sicer pa »repetitio est mater studiorum« še kako drži.

Naslednje predavanje je bilo namenjeno benigni prostatični obstrukciji in možnosti zdravljenja z zdravili. Benigna hiperplazija prostate (BHP) je najpogostejša benigna tumorozna tvorba, ki marsikateremu moškemu greni življenje. Čakanje na curek, slaboten curek urina, pogoste in nočne mikcije zagotovo niso nekaj, kar ne bi vplivalo na kakovost bolnikovega življenja. Pogostost bolezni, saj se pri četrtini moških po 50. letu pojavijo simptomi bolezni in klinična znamenja ter možni zapleti v smislu akutne zapore vode, zastajanja seča v mehurju in poslabšanje simptomov pri kar 17 odstotkih bolnikov, pa kar kliče po ukrepanju. Predavatelj je menil, da je moč dobro in kakovostno voditi bolnika z BHP v ambulantni družinske medicine. Tako naj bi zdravnik družinske medicine v okviru preventivnega pregleda moške po 50. letu povprašal o morebitnih težavah prostate. Pri bolniku lahko uporabi tudi vprašalnik IPSS (International prostetic symptom score). Pri simptomatskem bolniku je obvezen digitorektalni pregled, ultrazvočna preiskava abdominalnih organov z določitvijo rezidualnega urina, ki je znak resne odtočne motnje, merjenje pretoka seča (uroflow), ter napotitev v laboratorij zaradi določitve celokupnega PSA. Bolnika s patološkimi – povišanimi vrednostmi PSA napotimo na nadaljnjo obravnavo k urologu. Sicer pa lahko začnemo zdravljenje. Pri bolniku z malo motečih simptomov brez zastajanja seča v mehurju in IPSS, manjšim od sedmih točk, bo potrebno le opazovanje (watchful waiting). Pri zdravljenju s fitoterapevtski ni objektivnih dokazov o učinkovitosti, zagotovo pa imajo močan placebo učinek. Pri bolnikih z mote-

čimi simptomi mikcije in kliničnimi znamenji BHP se bomo odločili za zdravljenje z zaviralci receptorjev alfa, s selektivnimi zaviralci receptorjev alfa ali zaviralci alfa adrenergičnih receptorjev z nadzorovanim sproščanjem, ki izboljšajo IPSS za 20 do 50 odstotkov, pretok seča naraste za 20 do 30 odstotkov. Če po osmih tednih zdravljenja ni izboljšanja, terapijo prekinemo. Pri volumsko večjih prostatah pride v poštev zdravljenje z zaviralci 5-alfa reduktaze, ki vplivajo na statično komponento prostatične obstrukcije za razliko od zaviralcev adrenergičnih receptorjev alfa, ki vplivajo na dinamično komponento. Zahvaljujoč zaviralcem 5-alfa reduktaze se zmanjša nujnost operativnega posega za 40 odstotkov, možnost nastanka akutnega zastajanja urina pa za 57 odstotkov. Ob predpisovanju tega zdravila moramo bolnika seznaniti z morebitnimi stranskimi učinki finasteridov: pojavijo se lahko motnje ejakulacije, zmanjšan libido in impotenca, kar ravno tako kot bolezen sama vplivajo na

kakovost življenja. Vse bolj pa se uveljavlja kombinirano zdravljenje z obema omenjenima zdraviloma, ko dvotirno zdravljenje aktivira dva različna mehanizma delovanja, ki se med seboj dopolnjujeta. Vendar pa je večina raziskav kombiniranega zdravljenja trajala malo časa ali pa niso bile kontrolirane s placebom. Dve randomizirani in s placebom nadzorovani multicentrični 12-mesečni raziskavi sta pokazali, da kombinirano zdravljenje ni preseгло učinkovitosti zaviralcev adrenergičnih receptorjev alfa pri izboljšanju simptomov ali pretoku seča. Rezultati raziskave MTOPS v izvedbi US National Institute of Health so pokazali, da je kombinirano zdravljenje najučinkovitejša oblika zdravljenja BHP z zdravili. Za 66 odstotkov zmanjša tveganje napredovanja BHP, za 64 odstotkov zmanjša tveganje poslabšanja znakov, za 81 odstotkov zmanjša tveganje akutne zapore seča in za 67 odstotkov zmanjša tveganje za kirurški poseg.

Preostanek dneva smo posvetili razpravi,

kjer je vsak udeleženec imel priložnost zastaviti vprašanja kolegom specialistom ali izraziti svoje mnenje. Večer smo zaokrožili z slavnostno večerjo, najbolj neutrudni pa so se namočili še v bazenu.

Naslednji dan nam jo je zagodlo vreme in načrtovana planinska tura je padla v vodo. Tako smo nadaljevali delo, ne da bi pred tem dodobra prezračili svoja pljuča in razgibali mišice. Naš drugi delovni dan je bil posvečen funkcionalni dispepsiji in okužbi z bakterijo *helicobacter pylori* ter nujnosti ali nenujnosti eradikacijske terapije, ko smo skupaj obravnavali primere iz prakse. Čeprav je bilo pričakovati nasprotovanje mnenj, od kod sicer zamisel o pro et contra, so bila naša stališča o eradikaciji bakterije bolj ali manj enotna, naša razprava pa je bila daleč od tega, da bi brusili nože. Enako je bilo tudi pri reševanju problematike bolnikov s simptomi in kliničnimi znaki BHP ter infekcijami dihal. ■

# Letni kongres Svetovnega združenja stomatologov – FDI

Letošnji kongres zobozdravnikov, ki so združeni v svoje svetovno združenje – FDI – je potekal od 22. do 26. avgusta v največjem mestu kanadske pokrajine Quebec, Montrealu.

Matjaž Rode

**K**ongres je potekal v sodobnem kongresnem centru, ki res omogoča nemoteno delo tudi pri tako velikem številu udeležencev, kakor se jih nabere na zobozdravniških kongresih. Srečanja se je udeležilo preko 8000 zobozdravnic in zobozdravnikov.

Stanovski del je potekal v dveh generalnih skupščinah, na katerih so se zbrali delegati iz 125 držav, ki so predstavljali stomatološke sekcije, strokovna združenja in zbornice.

Slovenska ekipa je bila številna, saj so bili v delegaciji poleg mene in namestnika prim. Vrboška še dr. Bračkova, prim. Herman in dr. Velkov. Letošnja glavna naloga generalne skupščine je bila potrditev dr. Michele Aerden iz Belgije kot prve predsednice FDI in izvolitev novega predsednika izmed množice kandidatov. Volitve so spremljali letaki o vrlinah kandidatov in nekatere države so pripravile prave tiskane hvalnice v razkošnih izdajah, da bi nas, delegate na skupščini, omeščale in bi se odločili za njihov predlog. Zmagal je Kanadčan dr. Burton Conrod. Vse bolj glasni in kar agresivni postajajo delegati iz novih držav članic, predvsem iz Afrike in držav, ki so nastale iz republik nekdanje Sovjetske zveze. Ponujajo se za vse možne položaje in funkcije, za katere med Evropejci in še nekaterimi "velikimi" ni pravega zanimanja. Poleg veliko govoričenj in ne dovolj pripravljenih razprav, ki so v zadnjem času v FDI vedno bolj pogoste, pa smo delegati sprejeli nekaj pomembnih dokumentov, strokovnih priporočil.

Med letošnjimi priporočili naj omenim ukrepe za preprečevanje infekcij v zobozdravniških ordinacijah, ki sistematično vodijo skozi vse faze uspešnega in varnega dela v ordinaciji. Posebno pozornost so vzbudila priporočila o zaščiti pred okužbo z nekaterimi virusnimi boleznimi in ukrepih po infekciji. Priporočila o slini kot diagnostični tekočini uvajajo slino kot izredno velik potencial informacij o stanju



Slovenska delegacija

splošnega in ustnega zdravja pri ljudeh. Ponovno smo delegati razpravljali tudi o vlogi zobozdravnika kot "reševalca življenja" v primerih zgodnjega odkritja raka v ustih.

Posebno sejo smo delegati iz Evrope posvetili tudi nostrifikacijam diplom, obveznosti, ki jo nalaga Evropska skupnost (EU) – samostojni fakulteti za študij dentalne medicine, pa tudi mnogim vprašanjem, ki so povezana s priznavanjem različnih specializacij s področja zobozdravstva. Glavni namen specializacij je pridobiti poglobljeno praktično znanje in obvladati nekatere veščine in postopke in ne toliko poglobiti teoretično znanje!! Prav zato so mnogi razpravljalci opozarjali, naj se programi specializacij ne spremenijo v akademsko-znanstveno obliko podiplomskega študija.

V razpravi so ponovno poudarili, da nevladne organizacije ne morejo državam predpisati pravil izobraževanja. Strokovna in stanovska združenja morajo skrbeti za podiplomsko izobraževanje, podeljevati licence za delo in usmerjati ter voditi specializacije. EU pa ima možnost predpisovanja in nadziranja do- in podiplomskega študija, zato se morajo tega zavedati vse tiste države, ki si želijo, da bodo

imeli njihovi zobozdravniki evropski certifikat svojega poklica.

Na začetku strokovnega dela kongresa so organizatorji pripravili slovesnost, ki je bila obarvana z glasbo in plesi prvotnih prebivalcev Kanade in seveda začinjena s pridihom ameriškega mjuzikla.

Naslednji dan so se začela strokovna predavanja z vabljenimi predavatelji in takimi, ki so se za kratke referate prijavi sami. Tudi letos je bilo opaziti, da so za organizatorje nekateri vabljeni predavatelji predragi in vsaj tista predavanja, ki sem jim sam lahko sledil, so bila povsem povprečna in ponovno se je pokazalo, da kongres FDI ni več mesto, kjer bi se lahko strokovno obogatil.

Najbolj sem užival na seminarju o vzrokih zadaha iz ust, kjer so avtorji pripravili dobro pripravljen pregled vseh možnih vzrokov za ustni zadah, ki so ga označili kot predvsem socialno vprašanje. Zadah (halitoza) je lahko fiziološki predvsem zaradi zaužitja hrane ali pijače, lahko pa je patološki in ima največkrat izvor v ustih lahko pa tudi zunaj ust. Avtorji so pripravili tudi podroben prikaz možnih ukrepov za odpravo ustnega zadaha.

Na seminarju o zobnih vsadkih nisem izvedel ničesar novega, ponovno pa so me razžalostili nekateri avtorji, ki bi vsadke radi namestili tudi tam, kjer niso potrebni. Spomnil sem se misli, ki sem jo slišal na enem od evropskih sestankov o implantologiji, da je trditev – implantat je boljši od zoba, saj nima kariesa – podobna trditvi, da je nožna proteza boljša kakor noga, saj nima krčnih žil!

V prostorih kongresnega centra je bila organizirana tudi dentalna razstava, ki je bila polna predvsem ob tistih razstavljalcih, ki so dajali vzorce zobnih past in ščetk.

Montreala samega si nisem uspel kaj prida ogledati, videl sem predvsem olimpijski stadion in del mesta okoli kongresnega centra. Všeč mi je bila živahnost in prijaznost, ki je vseeno bolj evropska, kakor jo vidimo pri veliki sosedki. ■

# Endodontija odkriva svoje korenine

*Odkrijte svoje korenine (Discover your roots)* je bilo duhovito geslo 12. kongresa evropskega združenja za endodontijo, zobozdravnikov specialistov za boleznih zobne pulpe, ki se ukvarjajo predvsem z zdravljenjem okužene ali odmrle pulpe v zobnih koreninah.

Matjaž Rode

**K**ongres je potekal od 15. do 17. septembra 2005 v Trinity College v Dublinu. Ustanovljen je bil leta 1592 in je najstarejša univerza na Irskem. Njena knjižnica je ena največjih v Evropi. Največja dragocenost je Book of Kells, čudovit zgodnji krščanski rokopis. Na to univerzo so med drugimi hodili J. Swift, O. Wilde in S. Beckett.

Kongresa se je udeležilo preko 1200 udeležencev z vsega sveta in imeli so kaj slišati in videti. Endodontologija je veda, ki se ukvarja predvsem s preprečevanjem in zdravljenjem infekcijske bolezni: apikalnega parodontitisa. Z novimi možnostmi diagnostike, uporabo mikroskopa in novimi tehnikami hermetične zapore zobnega koreninskega kanala so uspehi zdravljenja izredni, saj so avtorji navajali kar 95-odstotni uspeh, kadar se pri zdravljenju

upoštevajo sodobna strokovna načela. Glavni neuspeh zdravljenja je, da v koreninskem kanalu zoba po zdravljenju ostanejo bakterije. Posebno pozornost so predavatelji posvetili bakteriji *E. faecalis*, ki je dostikrat vzrok za neuspeh endodontskega zdravljenja in se slabo odziva na zdravila, ki jih vnašamo v koreninske kanale. To je bila glavna tema na seminarju, ki je bil posvečen enemu od najvidnejših znanstvenikov na področju endodontije, prof. Bergenholtzu, ki je bil prisoten seminarju. Nastopali so mladi raziskovalci pod vodstvom še enega velikega moža v endodontologiji: Marcusa Haapasala.

Predavanja so potekala istočasno v prepolnih dvoranah in tako sem se lahko udeležil le nekaterih. Jeff Okeson je avtor sijajne knjige o obrazni bolečini in v svojem predavanju je zelo nazorno in razumljivo razdelil ob-

razne bolečine na primarne in sekundarne –heterotopične. Opozoril je, da je pri obrazni bolečini najvažnejše ugotoviti njen vzrok, zato je ugotovitev lokacije včasih manj pomembna, saj mesto bolečine ni vedno vzrok zanjo. Navedel je tudi načine ugotavljanja vzroka in zdravljenja teh bolečin. Njegovo predavanje je bilo zame eden od vrhuncev kongresa. Seveda se predavatelji niso izognili povezavam med zobnimi okužbami in nekaterimi sistemskimi boleznimi. Fokalna infekcija sedaj, ko imamo na razpolago nove diagnostične možnosti, spet postaja zanimiva.

Poleg vabljenih predavanj se je na kongresu zvrstilo tudi veliko krajših referatov in razstavljenih je bilo veliko plakatov. V tem delu sta dejavno sodelovala tudi doc. dr. Janja Jan in doc. dr. Igor Potočnik in to z opaznim uspehom. ■



Osrednje dvorišče univerze Trinity



Pročelje knjižnice

# Koloproktologija po Evropi in svetu se organizira in specializira

Pavle Košorok

**O**d srede 14. do sobote 17. septembra 2005 je bil v Bologni drugi skupni sestanek ECCP (European Council of Coloproctology) in EACP (European Association of Coloproctology). Sočasno je potekal tudi prvi kongres italijanskega združenja za kolorektalno kirurgijo.

Že na prvem skupnem sestanku obeh združenj v Ženevi lansko jesen, je bilo dogovorjeno, da se obe združenji povežeta v eno samo. ECCP je nastal na pobudo celinskih evropskih držav, v EACP pa so bile vključene večinoma angleško govoreče in skandinavske države.

Že v prilogi kongresnega gradiva je organizator in sklicatelj kongresa prof. Bruno Cola v posebni knjižici predstavil dvom, če je koloproktologija resnična specialnost ali le poseben interes na področju splošne kirurgije.

Dvom se pojavlja tudi v drugih strokah. Že pred 30 leti je Joseph Franklin Montague v reviji Clinical Medicine izpostavil nujnost superspecializacije na različnih področjih kirurgije. Zaradi nenehnega razvoja tehnike in znanja so se mnoga področja že zdavnaj oblikovala v superspecialnosti. Proces, ki na globalni ravni sicer še ni popoln, je v razvitih deželah že pripeljal do jasno opredeljenih specialnosti, od katerih je ena tudi koloproktologija.

Kolon lahko podobno kakor urotrakt pojmuje kot en organski sistem s svojo zaključeno patologijo. Široko področje dejavnosti zajema zadnjik in rektum, kar se navezuje že na interdisciplinarno področje patologije medeničnega dna (pelvic floor disorders), kjer se pri delu srečujejo ginekologi, urologi in proktologi.

Razmišljanje o enoviti specialnosti je najbolj jasno začrtano v Združenih državah, kjer koloproktologija razumljena nedvomno kot kirurgija kolona in rektuma. V Evropi še vedno prevladuje težnja po multidisciplinarnem obravnavanju, kjer nedvomno glavno vlogo igra kirurgija, po potrebi pa sodelujejo različni strokovnjaki – gastroenterologi, patologi, onkologi, včasih tudi ozko usmerjeni specialisti – perineologi.

Zaradi razvoja stroke in morda tudi zaradi



Slovenski udeleženci na kongresu EACP v Bologni (doc. dr. P. Košorok, dr. M. Osole, doc. dr. F. Jelenc), manjkata dr. Ikanovič in dr. J. Smodej iz Novega mesta).

tekmovalnosti, smo se evropski koloproktologi odločili, da se organiziramo podobno kakor v ZDA, kjer imajo ASCP (American Society of Coloproctology). Tako sta se obe evropski združenji združili v enoten ESCP (European Society of Coloproctology). Tako evropsko kakor ameriško združenje ima pomembno vlogo pri razvoju stroke. Strokovna komisija združenja je organ, pred katerim je možno opraviti izpit za specialista koloproktologije. V Ameriki je to nekaj samoumevnega, v Evropi pa zaenkrat fakultativna možnost, ki olajša izobraževalno izmenjavo ali tudi zaposlitev v državah članicah Evropske skupnosti.

Na letošnjem sestanku v Bologni smo tako prvič zares lahko imeli občutek, da smo zbrani »združeni Evropejci«. Predvsem za italijanske kolege, ki so se kongresa udeležili v velikem številu, je bilo zanimivo že predkongresno srečanje s prenosom kirurških posegov iz dveh bolonjskih bolnišnic pod imenom »Sodobno zdravljenje raka danke«. V živo so prenašali operacijo, ki jo je vodil legenda kolorektalne kirurgije – prof. Bill Heald – napravil je nizko

sprednjo resekcijo s totalno mezorektalno ekscizijo. Predstavljeni so bili najnovejši pogledi na izbor neoadjuvantne terapije, patološko vrednotenje in kakovosten nadzor operacij, najboljše predoperativno razvrščanje bolnikov glede na stopnjo bolezni. Sodelovali so znani strokovnjaki – Lennart Blomqvist, Lars Pählman, Phil Quirke, Torbjörn Holm in Bill Heald.

Tudi uradni program se je začel s prenosom različnih vrst operacij v živo za rektalni prolaps (laparoskopska rektopeksija, perinealna rektosigmoidektomija po Altmeierju in Delormova operacija, dodatno pa še operacija z mehanskim spenjalnikom).

V nadaljevanju je bil predstavljen kolorektalni karcinom s posebnim poudarkom na lokalnem zdravljenju (ekscizija ali obsevanje).

Pri zdravljenju se pojavljajo resnični dvomi: ali je pri tako imenovanih zgodnjih malignih lezijah dovolj endoskopska odstranitev? Kako zdraviti primarni tumor, kadar že odkrijemo razsoj bolezni, vloga razširjene limfadenektomije, multidisciplinarni prestop zdravljenja

jetrnih metastaz, ali nekatere rektalne tumorje lahko zdravimo samo z radiokemoterapijo?

Naslednji dan je bil posvečen učinkom zdravljenja kroničnih vnetnih črevesnih boleznih, ter težavam, ki nastanejo zaradi obsevanja bolnikov s kolorektalnim karcinomom.

V nadaljevanju programa je bila obravnavana pregledna tema – zdravljenje zgodnjega rektalnega karcinoma (Ann Lowry – ZDA), nato pa različne teme s področja kolorektalne kirurgije.

Pomembna pozornost je bila posvečena tudi fiziologiji in funkcionalnim nepravilnostim na področju delovanja medeničnega dna. Predstavljene so bile različne vrste zdravljenja inkontinence (bio feedback, elektrostimulacija, trajna stimulacija sakralnih živcev, retrogradna irigacija kolona pri motnjah defekacije).

Poseben sklop predavanj je bil namenjen fekalni inkontinenci.

Kakor je že navada, so zadnji dan kongresa predstavili različne programe specializacij in subspecializacij za kolorektalno kirurgijo. Predstavljeni sta bili dve strokovni predavanji o diagnostiki in zdravljenju paraanalnih fistul ter sledenje bolnika po zdravljenju kolorektalnega karcinoma.

Skoraj tekmovalno je bila videti predstavitev petih najboljših tem, kjer so izbrali predvsem mlade kolege.

Kot vedno je delovna napetost trajala do konca, kjer je voditelj dr. Robin Phillips prisotne člane okrogle mize soočil z nekaj kirurškimi »ugankami«.

Italijanski kolegi so imeli svoj vzporedni kongres v italijanščini, vendar praviloma z angleškimi besedilom v projekciji, tako da je bilo koristno in zanimivo poslušati marsikatero temo. Zelo veliko tem je obravnavalo patologijo in fiziologijo medeničnega dna. Za družabni del ni ostalo veliko časa. Kljub temu smo se zadnji večer zbrali v stari palači Re-Enzo, kjer je bila priložnost za prijateljski klepet.

Kakor se povezujejo evropske države, tako že nekaj let obstaja posebno združenje sredozemskih držav (Mediterranean Society of Coloproctology). V združenju je še posebej dejavna egiptovska sekcija s svojim znamenitim članom prof. Ahmedom Shafikom, ki je s svojimi bazičnimi raziskavami fiziologije medeničnega dna požel priznanje tudi v svetovnem merilu in bil predlagan za Nobelovo nagrado. Sam sodeluje v sredozemskem združenju za

patologijo medeničnega dna (Mediterranean Society of pelvic floor disorders). Obe združenji sta imeli prvo skupno srečanje lani v Šarm El Šejku, naslednje srečanje pa je predvideno v Kairu od 6. do 8. aprila 2006 (hotel Sheraton Cairo).

Zaradi organizacije kongresa sem se kot predsednik mediteranskega združenja udeležil pripravljalnega sestanka v Kairu letos oktobra in bivanje združil tudi z ogledom bolnice prof. Shafika, kjer potekajo stalni izobraževalni tečaji koloproktologije. Imel sem priložnost sodelovati pri operacijah in osvojiti določeno znanje iz prve roke ob pomoči prof. Shafika. Njegove rešitve so marsikdaj res zelo izvirne in predstavljajo izziv, ki bi ga bilo zaželeno preizkusiti tudi v lastni praksi.

Pričakujemo, da se bo tudi v zavesti slovenskih kirurgov izoblikovala koloproktologija kot samostojna dejavnost in da se bodo pridružili skupini evropskih in morda tudi sredozemskih kirurgov, ki na tem področju orjejo ledino.

Naslednji evropski kongres EACP bo v Lizboni jeseni 2006. Zanimivost sredozemskega kongresa v Kairu je istočasni popolni sončni mrk v Egiptu (29. marca 2006), kar potovalne agencije že tržijo v svojih programih. ■

## Anesteziološko srečanje

Štefek Grmec

V izjemnem okolju islandske dežele, polne nasprotij narave in ljudi, je združenje The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine organiziralo svoj 28. kongres, ki je potekal od 29. junija do 3. julija 2005 v Reykjaviku. Udeležilo se ga je okrog 700 predstavnikov iz več kot 40 držav. Pravzaprav je šlo za svetovno srečanje, na katerem je predavalo 151 vabljenih predavateljev. Celoten kongres je bil razdeljen na naslednja področja: obravnava hude poškodbe glave, regionalna anestezija, kardiopulmonalno oživljanje, monitoring, intenzivna medicina, respiratorna intenzivna medicina, urgentna medicina, sepsa, travma, splošna anestezija, protibolečinska terapija, oskrba dihalne poti, terapevtska hipotermija in etika. Program je bil organiziran v obliki vabljenih predavanj, ustnih predstavitev, plakatov, razprav tipa pro et contra, tečajev in posameznih posvetov.

Kot urgentni zdravnik sem se s posebnim zanimanjem udeležil posveta o kardiopulmonalnem oživljanju in pomenu vazopresina ter hipotermije na tem področju. Lahko sem predstavil naše izkušnje in rezultate naše raziskave o pomenu vazopresina pri oživljanju v predbolnišničnem okolju. Zanimiva se mi je zdela predstavitev in razprava o prognostičnem pomenu S-proteina in N-terminalnega natriuretičnega propeptida tipa B pri kardiopulmonalnem oživljanju. V tematskem sklopu o monitoringu sem z zanimanjem prisluhnil razpravi o pomenu petCO<sub>2</sub> pri spremljanju hudo prizadetega bolnika in poškodovanca, poudarek je bil tudi na pomenu spremljanja tega parametra v predbolnišničnem okolju. V travmatološkem sklopu je bila poudarjena vloga predbolnišnične oskrbe hude poškodbe glave ter uporaba hiperonkotskih tekočin. V tem delu srečanja je sodeloval tudi naš Center za nujno medicinsko pomoč s prispevkom »Klemen, P., Zabavnik, Z., Grmec, Š.: Effect of

prehospital advanced life support with rapid sequence intubation (RSI) on outcome of severe head injury«. V zanimivi razpravi, ki sta jo vodila Sussane Wammen z Danske in Guttom Brattebo z Norveške, smo prišli do zaključka, da ustrezno sodelovanje predbolnišnične in bolnišnične oskrbe hude poškodbe glave vodi do kakovostnejše oskrbe poškodovanca ter omogoča izboljšanje preživetja in funkcionalnega (nevrološkega) razpleta zdravljenja. Prav tako je prispevek sprožil vprašanja o organizaciji predbolnišnične urgentne službe oziroma o pomenu prisotnosti urgentnega zdravnika v ekipi.

Naslednji dan je bil tematski sklop o dihalni poti. Prvi del je v metaanalizi pokazal prednosti hitre sekvenčne intubacije na terenu, drugi del pa je aktualiziral alternativne pristope oskrbe dihalne poti s poudarkom na bronhoskopskih tehnikah (tudi v predbolnišničnem okolju) in transkutani urgentni traheostomiji. ■



# Psihiatri poglobljeno o novostih v stroki

Nuša Šegrec, Lea Žmuc Veranič

**V**Kairu je od 10. do 15. septembra potekal 13. svetovni psihiatrični kongres, ki ga je organiziral WPA (World Psychiatric Association) v sodelovanju z EPA (Egyptian Psychiatric Association). Tovrstni kongres je prvič potekal na afriški celini, kar so egipčanski organizatorji s ponosom poudarjali in s pridom izkoristili tudi za promocijo svoje dežele. Udeležencev kongresa je bilo 5500, prišli pa so iz več kot stotih držav. Strokovni program je bil zelo obširen, vzporedno je potekalo več različnih predavanj, glede na tematiko razvrščenih v 55 različnih sekcij (pokrivale so praktično vsa področja psihiatrije, vključno z »mlajšimi« področji, ki odpirajo še veliko možnosti tudi za raziskovalno delo – npr. imunologija in psihiatrija, transkulturna psihiatrija, predstavljene so bile tudi možnosti uporabe informacijske tehnologije pri delu z bolniki). Vzporedno z obširnim strokovnim programom so potekala redna srečanja različnih odborov WPA in generalne skupščine WPA, na kateri so izvolili tudi nov upravn in izvršilni odbor skupaj s predsednikom.

S področja psihoz je bilo ponovno poudarjeno zgodnje odkrivanje na osnovni ravni. Predstavljen je bil vedno aktualen vpliv družbenih dejavnikov v etiologiji psihoze. Udeleženci so govorili o različnih antipsihotikih kot zdravilu prve izbire pri zdravljenju prve epizode shizofrenije, tako v razvitejših državah, kakor tudi v tistih, pri katerih so finančne možnosti zdravljenja še vedno omejene (v številnih državah, predvsem afriških, so to še vedno klasični antipsihotiki). Sicer pa so tako na kliničnem, kakor tudi na raziskovalnem področju še vedno v ospredju atipični antipsihotiki, poudarja se predvsem njihovo delovanje na izboljšanje negativne simptomatike pri psihozi ter ugoden vpliv na kognitivno funkcioniranje pri bolnikih s to boleznijo. Predstavljeni so bili zadnji biološki izsledki (na različnih bioloških ravneh – možgani, periferni živčni sistem ...), ki govorijo v prid teoriji, da je shizofrenija sistemska bolezen, vendar zaenkrat še niso našli neke skupne spremenljivke.

Čez pet let naj bi dobili novo, že peto klasifikacijo duševnih motenj (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), napovedane so spremembe s področja oseb-

nostnih motenj, odvisnosti in »Fear and Stress Circuitry Disorders«. Z vidika komorbidnosti so predavatelji predstavili, kako se v različnih državah v praksi lotevajo tega zapletenega področja. Predlagali so, da se v vsaki državi ustvari integrativni model oziroma pristop k obravnavi bolnikov z dvojno diagnozo (hkrati prisotna odvisnost od psihoaktivnih snovi in duševna motnja ali bolezen), ta pa naj bi bil prilagojen zdravstvenemu sistemu in seveda možnostim, ki so na voljo.

Eden od poglobitvenih namenov postavitve diagnoze je ocena stanja za oblikovanje načrta zdravljenja. Žal pri depresiji, ki je ena pogostejših bolezni, številni bolniki ostanejo neodkriti, pa tudi številni, ki imajo diagnozo, so nezadostno zdravljeni. Ugotovitve iz kongresa so, da bo potrebnega še veliko dela na področju prepoznavanja in pravega zdravljenja, s čimer se bo izboljšala prognoza bolezni, saj kar 3,5 odstotka bolnikov z depresijo naredi samomor, kar je v absolutnih številkah več kakor pri shizofreniji.

Nekaj sklopov predavanj je bilo posvečenih tudi boleznim pri starostnikih, še zlasti Alzheimerjevi demenci, kjer avtorji ugotavljajo, kako hudo je bolezensko breme tako za bolnike, svojce, negovalce kakor tudi družbo. Veliko negovalcev namreč zbolijo zaradi anksioznosti ali depresije.

Na kongresu je bilo veliko delavnic in predavanj posvečenih boju proti diskriminaciji oseb z duševnimi motnjami. Diskriminacija se kaže v nizki prednosti glede dostopnosti, kakovosti in nepretrganosti zdravljenja. Posebej težaven problem je strokovno ustrezno in pravočasno prepoznavanje telesnih bolezni te skupine ljudi, ki jo zaradi predsodkov obravnavajo površno, zato prihaja do zakasnitve pri diagnostiki in povečane smrtnosti. WPA pripravlja na tem področju mednarodni raziskovalni program. Premik iz biologično in psihofarmakoterapevtsko poenostavljenih oblik obravnav je nujno potreben za izboljšanje kakovosti dela. Vodilni predstavniki SZO in WPA pozivajo k celostni in multidisciplinarni obravnavi tudi zato, ker znanja o biologiji in nevrokemiji psihičnih motenj še zdaleč ne ponujajo zadostnih odgovorov za uspešno klinično prakso in dobro obvladovanje psihičnih motenj, temveč le za njihov del. Psihiatrično zdravljenje odgovarja na kompleksne psiho-

loške, socialne in biološke probleme različnih posameznikov v duševni stiski in tistih, ki trpijo zaradi posledic duševne bolezni. Največja ovira za dobro obvladovanje epidemije duševnih motenj tako ostaja stigma, ki nas ovira pri ustreznem, sodobnem in uspešnem zdravljenju ter rehabilitaciji.

WPA daje posebno vlogo izobraževanju psihiatrov, zato so na kongresu predstavili osnovni učni program, ki naj pomaga pri pripravi nacionalnih izobraževalnih programov. Tako bi bilo tudi mogoče primerjati znanja in klinične izkušnje, ki so jih specializanti pridobili na različnih delih sveta. Zanimive so bile predstavitve inovativnih načinov izobraževanja, v katerih so prave paciente nadomeščali s »standardiziranimi« in s posebej pripravljenimi video predstavitvami diagnostike določenih duševnih motenj. Tako naj bi dosegli večjo izenačenost pri pridobivanju in preverjanju znanja, obenem pa bi zmanjšali možnosti za neustrezno obravnavo bolnikov.

Posebno skrb so organizatorji namenili tudi duševnemu zdravlju zdravnikov in predstavili več programov, v katerih lahko zdravniki dobijo strokovno pomoč v primerih bolezni odvisnosti, psihoz in drugih motenj. Pomembno je, da ti programi upoštevajo specifičnosti zdravniškega poklica in da jim zdravniki lahko zaupajo.

## Psihiatrična bolnišnica Abbassia ♦

Psihiatrična bolnišnica Abbassia je največja in s 122-letno tradicijo tudi najstarejša egipčanska psihiatrična bolnišnica. Po spletu naključij se je del slovenskih udeležencev lahko priključil uradnemu obisku kitajskih psihiatrov. Sama bolnišnica leži v Kairu, za lažjo predstavo naj omenimo, da je od kongresnega centra oddaljena borih 15 minut vožnje z avtobusom. Bolnišnični kompleks je ograjen, stavbe pa ležijo med skrbno negovanimi vrtovi in drevjem. Bolnišnica je razdeljena na pet oddelkov (stari moški in stari ženski oddelek, novi moški in novi ženski oddelek ter mešani oddelek za prolongirano zdravljenje). Ima urejeno tudi ambulantno dejavnost, ki je razdeljena na ambulanto za splošno psihiatrijo in posebej ambulante za

zdravljenje odvisnosti, ambulante za mladostnike ter pediatrično ambulanto. V skladu z gibanjem deinstitucionalizacije psihiatrije so bili dodani še novejši oddelki, kot so dnevni center za odrasle uporabnike, dnevni center za otroke, znotrajbolnišnična stanovanjska skupnost in različne oblike delovne terapije (muzikoterapija, likovna terapija, gibalno-izrazna terapija ...). Imajo tudi time za socialno psihiatrijo, ki skrbijo za paciente po odpustu v njihovem domačem okolju. Ob sprejemu so se egipčanski kolegi izkazali za zelo gostoljubne. Pozdravil in nagovoril nas je tudi egipčovski generalni sekretar za duševno zdravje, prof. dr. Mohamed Ghanem. Med ogledom različnih oddelkov, ki so – mimogrede – čisti

in lepo urejeni, smo si ogledali tudi razstavo različnih izdelkov, ki so jo v sklopu terapevtskih dejavnosti pripravili bolniki. Pripravili so nam tudi poseben glasbeni program. Vsak obiskovalec je prejel gradivo, med katerim so izstopale zgledno urejene smernice za zdravljenje shizofrenije, depresije ter smernice za diagnostiko in obravnavo duševnih bolezni na osnovni zdravstveni ravni. Po smernicah SZO jih je izdalo tamkajšnje ministrstvo za zdravje v okviru egipčanskega programa za duševno zdravje.

Na koncu pa vendarle ne moremo mimo dejstva, da je v Egiptu samo pet psihiatričnih bolnic, ki imajo skupaj 2500 postelj; štiri bolnišnice so v Kairu in ena v Aleksandriji. V Egiptu

živi približno 70 milijonov ljudi.

Kongres je presenetil. Kar nekaj pomembnejših predavanj je žal odpadlo, vendar je bilo pridobljenega znanja, ki ga bomo uporabili v praksi, kar nekaj. Organizatorji so tudi zgledno in natančno opravili organizacijski del, praktično ničesar niso prepustili naključju. Presenetilo je tudi mesto Kairo s svojo bogato kulturo, velemestnim vrvežem, tako drugačnim od slovenskih mest, za naše razmere grozljivo samomorilskim prometom, predvsem pa s prijaznostjo in odprtostjo ljudi.

Udeležbo na srečanju je omogočilo podjetje AstraZeneca. ■

## Zdrava mladina, naša prihodnost

16. in 17. septembra 2005 je bilo pod progo za »zlato lisico« zelo živahno.

Miroslava Cajnkari Kac

**P**a ne zaradi najboljših smučark, ampak najboljših zdravnic (in zdravnikov), ki svoje delo posvečajo mladim. Hotel Habakuk in univerzitetno mesto Maribor, sta bila namreč »prizorišče« IV. slovenskega kongresa šolske in visokošolske medicine.

Vse lepo v ustaljenem redu, kakor se za tako dogajanje spodobi:

- organizator: Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu
- soorganizator: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
- pokrovitelj: minister za zdravje, mag. Andrej Bručan
- generalni pokrovitelj: Krka d. d.
- naslov kongresa: Zdrava mladina, naša bodočnost.

Začetek natančno ob deveti uri, z zbranimi visokimi gosti, zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci, ki so povsem napolnili nemajhno Minarikovo dvorano.

Da se bomo imeli res dobro, da so Mariborčani organizacijo kongresa vzeli zelo resno in da bomo nedvomno preživeli dva strokovno uspešna dneva, smo začutili prav kmalu. Najprej s čudovitim glasbenim doživetjem mladih

pevcev v zboru in dveh opernih umetnikov, ki so nas udarno napolnili s pozitivnim adrenalinom.

Nato pozdrav in povabilo k uspešnemu delu, predsednice sekcije, Marise Višnjevec Tuljak. Nagovori: predstavnik Ministrstva za zdravje, predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije, profesor Eldar Gadžijev, predsednik EUSUHM (evropskega združenja za šolsko in visokošolsko medicino), profesor Karel Hoppenbrouwers, podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva, Zoran Zabavnik, dr. med., predstavnik Mestne občine Maribor in direktor ZD Maribor, Anton Židanik, dr. med.

Veliko lepih besed, pohval, obljub in moja čisto tiha želja, da bi vse nagovore »shranila na mini disk«, morda za osvežitev spomina ob kaki drugi priložnosti.

V nadaljevanju pogled v 96 let šolske medicine na Slovenskem. Veliko smo o preteklih dosežkih in prelomnicah napisali ob 90. obletnici, leta 1999 (Isis: Brcar, Kac).

Naj tokrat poudarim le dvoje: burnost dogajanj zadnjih let, z ukinitvijo samostojne specializacije in vztrajno delo članov Sekcije za šolsko medicino z organizacijo že treh slovenskih kongresov (Radenci, Brdo pri Kranju, Novo mesto) in evropskega kongresa

v Ljubljani.

Prvi kongres v Radencih junija 1993 z naslovom: ŠOLAR IN ŠTUDENT V SVOJEM OKOLJU, lahko označim kot otroka, ki se trudi s prvimi koraki. Mi smo ta svoj kongres prehodili čez obsežnost številnih prispevkov. K sreči nam jih je olajšala organizacijska ekipa Jožeta Šumaka, ki je ustvarila pristrčno vzušje in prepričanje, da tam ob Muri živijo zares dobri ljudje.

Drugi kongres: OGROŽENO ZDRAVJE MLADOSTNIKOV, oktobra 1997. Prve slutnje, da se bliža čas »velikih sprememb«. Pa smo jih v prekrasnem okolju dvorca Brdo pri Kranju, ob vzpodbudnih besedah gospe Štefke Kučan, da je šolska medicina največji zaščitnik mladih ter gostoljubju organizatorice Katke Peršak, še z lahkoto odgnali daleč od sebe.

Novo mesto, maj 2001, tretji kongres, MLADOSTNIK IN ZDRAVJE. Kljub topli pomladi, valovanju Krke in odlični organizaciji kongresa pod »taktirko« Maruše Levstek Plut, smo vedeli, da je pred nami obdobje neizbežnih načrtovanih sprememb (ki pa jih nismo načrtovali šolski zdravniki), reševanje neskladij v viziji prihodnosti med nami samimi in želja po novih izzivih in sodelovanjih.

Ljubljana, september 2003 in 12. kongres

Evropskega združenja za šolsko in visokošolsko medicino (EUSUHM): CARING OF EUROPE'S YOUNG GENERATION, v organizaciji sekcije za šolsko medicino z izvrstno koordinacijo asist. mag. Mojce Juričič (več o dogajanju v Isis, februar 2004). S ponosnim občutkom, da v stroki vztrajamo, da nas Evropa v našem delu občuduje, sprejema in vzpodbuja, da smo in ostajamo tisti, ki jih mladi res potrebujejo.

V nadaljevanju podelitev priznanja dr. Slave Lunaček, ki ga je tokrat prejela prim. Jožica Mugoša.

Slava Lunaček je bila zdravnica, ki je utrjevala temelje šolske medicine na Slovenskem. Ustanavljala je dispanzerje za šolske otroke in mladino, uvedla je specializacijo iz šolske higijene (pozneje šolske medicine), vzpostavila je skupinsko delo različnih poklicev (pedagogov, psihologov, logopedov, arhitektov ...). V skupinsko delo je vpeljala metodologijo sistematskega zdravstvenega pregleda z ustreznim kartonom, poročanjem in objavo rezultatov. Izdelela je normative za izgradnjo šol in šolskega pohištva, prav tako priporočila za letovanje. Uvedla je šolsko prehrano ter redno cepljenje šolskih otrok in mladine. Vodila je raziskave s področja rasti in razvoja šolskih otrok in mladine. Bila je tudi glavna republiška sanitarna inšpektorica. Vse njeno delo je temeljilo na strokovni doslednosti in hkrati ljubezni do otrok in mladine.

Nato še 75 let mariborskega šolskega dispanzerja, od povojev do današnjega, mislim da najboljšega sistema organiziranja zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine pri nas.

Pa priznanja, cvetje in objemi »dispanzercev«, tistih »od prej« in teh »od danes«.

Prva strokovna tema s področja mladostniške ginekologije nam je dala vpogled v spolno vedenje slovenskih srednješolcev, osvetlila vzroke za pelvično bolečino pri mladostnicah in prikazala nevarnosti spolno prenosljivih bolezni pri mladih. Živahna razprava ob koncu, z zaključkom, da je potrebna celostna obravnava šolskega otroka in mladostnika z interdisciplinarnim pristopom in enotnim akcijskim planom za zdrav razvoj spolnega vedenja.

Uvod v drugo temo: Mentalno zdravje šolarja in študenta, je »pripadal« profesorici Martini Tomori s prispevkom Mladi in nasilje. Kot vedno v brezhibnem in že kar umetniško obarvanem izvajanju.

Drugi prispevki tega sklopa so nam približali druge stiske, stresna dogajanja, odsotnosti pri pouku, droge med mladimi in projekt To sem jaz.

Z zaključki, da je potrebno stalno spremljanje mentalnega zdravja šolarja in mladostnika ter sodelovanje s širšim okoljem in vseh resorjev, ki ustvarjajo zdravstveno, šolsko in zaposlitveno politiko. S ciljem preprečevanja nasilja, zasvojenosti in psihosomatskih bolezni.

Sobotni dan je bil namenjen preventivnim programom. Vse od uvodnih razmišljanj o šolski medicini kot delu javnega zdravja v prispevku docenta Marjana Premika, šolski preventivi »na prepihu« družbenih sprememb v razpravljanju mag. Leona Radollija; akcijskih načrtov razvoja zdravstvenega varstva otrok

in mladostnikov na osnovni ravni, prim. asist. mag. Polone Bracar s sodelavkami, do predstavitev konkretnih navodil za izvajanje sistematskih pregledov šolarjev. Prenovljene in posodobljene programe je pripravljala delovna skupina za prenavo preventivnih programov, ki jo je imenoval minister za zdravje leta 2001. Preventivni programi naj bi vsebovali le tiste presejalne teste, katerih smiselnost je potrjena z raziskovalnimi projekti. Skupina dvanajstih kolegic iz vse Slovenije, je delo opravila temeljito, upamo le, da jih bo Ministrstvo za zdravje čim prej potrdilo in da jih bomo izvajali res enako na področju vse države. Ni tako pomembno, ali bo ta zdravnik za otroka in mladostnika pediater, specialist šolske ali družinske medicine z opravljenim podiplomskim tečajem iz varstva žena, otrok in mladine. Pomembno je, da bo delal po doktrini in da mu bo pri delu pomagala ustrezno izobrazena višja ali diplomirana medicinska sestra. Znotraj tima, bo delo tudi razdeljeno glede na znanje in težo posameznih presejalnih testov, z obveznim vrednotenjem pri zdravniku. Ne smemo pa tudi pozabiti na pravico otroka in mladostnika do varovanja njegove zasebnosti in intimnosti.

Nedvomno je bilo v razpravi prisotnih še mnogo dilem in tudi neenotnosti (predvsem ob vprašanju pregleda otroka pred vstopom v prvi razred), a smo prepričani, da bomo le skupno vsi zdravniki za otroke in mladostnike (od 0 do 19 let), še naprej dobro skrbeli zanje.

Z zaključkom, da moramo šolski zdravniki v svoje delo vnesti vsa strokovna in nova doktrinarna stališča v prenovljene preventivne programe. S ciljem, ohraniti enakost do zdravja za vse otroke in mladostnike v Republiki Sloveniji.

Kaj naj še dodam?

Vsekakor zahvalo brezhibnim organizatorjem, kolegu Leonu Radolliju, kolegici Evi Lovše Perger in vsem mariborskim kolegicam, sestram dispanzerja z glavno sestro Anico Gaube in vsem, ki so kakorkoli prispevali k dvema nepozabnima dneva v strokovnem in izjemno pestrem družabnem dogajanju.

Svoj delež je dodalo Pohorje, v petek vse sijoče v soncu in čudovitem razgledu v dolino (če ste le uspeli vsaj za kratek čas po njegovem pobočju) in odeto v meglo z dežjem naslednji dan. Verjemite, da nas ta dež ni niti najmanj motil ali nas spravljal v slabo voljo.

Pridružene odlične kuharske mojstrovine, prijazno bivanje v hotelu, bazen in savna, pa so ohranjali našo »dobro kondicijo«.

Mislim, da mi nihče ne bo štel v zlo, če bom ta prispevek zaključila z verzi Boba Dylna, tako za premislek in pozitivno naravnost do našega dela:

»... Time is an Ocean, but it end's at the Shore...«



# Naš bolnik in njegova prehrana?

Nada Rotovnik Kozjek

**T**ako kakor življenje je tudi naše zdravniško delo sestavljeno iz številnih delčkov. Eden od izjemno pomembnih osnovnih delcev je prehrabena podpora celic, tkiv in organov. Pri kritično bolnih pa podpora vitalnih funkcij organizma s posameznimi hranili. Z novimi spoznanji in koncepti prehrabene podpore bolnikov presegamo dosedanjo zasnovano hranjenje oziroma preprečevanja stradanja, lahko bi rekla, da vedno bolj razumemo to, kar je Hipokrat izrekel že 400 let pred našim štejem: »Hrana je zdravilo, pustimo hrani, naj bo zdravilo.«

Klinična prehrana je stroka, ki je v zadnjem stoletju, zlasti pa v zadnjih 30 letih, doživela izjemen napredek. Integrirana znanja bazičnih raziskav, kliničnih raziskav in problematike javnega zdravja, so, podprta s sredstvi tehnološkega napredka, ponudila izjemno učinkovito orodje pri delu skoraj vsakega zdravnika. Od raziskav posameznih hranil smo prešli že v obdobje, ko imamo podatke, da s posameznimi hranili lahko oblikujemo gensko ekspresijo, kar ponuja dokaj nov pogled na številne ravni zdravljenja bolezni.

Znanje klinične prehrane nam torej omogoča, da je naše zdravniško delo preprosto boljše. Raziskave namreč jasno kažejo, da podhranjenost bolnikov povečuje zbolevnost, smrtnost in bistveno podraži zdravljenje. Naj to ponazorim z izjemno enostavnim primerom: če je bolnik slabo hranjen, bo brez ustrezne prehrabene podpore med zdravljenjem in rehabilitacijo tudi izid še tako izjemnega kirurškega posega slab. Ali – motnje ritma, ki vodijo v reflaktarno šokovno stanje so lahko posledica klasičnega »refeeding sindroma«, ki se lahko razvije mimogrede, če začnemo shiranje bolnika intenzivno hraniti. Če poleg simptomatske podpore terapije šoka ne bomo zdravili presnovne motnje, bo uspeh našega zdravljenja zelo slab. Bi se pa z lahkoto izognili zapletu, če bi upoštevali, da je bolnik močno podhranjen in potrebuje prilagojeno prehrabeno podporo.

Evropsko združenje za klinično prehrano in raziskave presnove (ESPEN) je v našem, evropskem prostoru osnovni nosilec in pobudnik stroke ključne prehrane kakor integralnega člana zdravnikovega dela. Ker je glavna ovira

pomanjkljivega znanja na tem področju prav nepoznavanje in pomanjkljivo izobraževanje, so v sodelovanju z organi Evropske unije razvili poseben program v okviru projekta Leonardo da Vinci. Gre za program vseživljenjskega učenja, neke vrste virtualno univerzo klinične prehrane. Vsebuje učni program, ki je oblikovan s strokovnim soglasjem vodilnih strokovnjakov klinične prehrane. Internetni moduli so dopolnjeni z intenzivnimi »živimi« moduli, na osnovi katerih udeleženci pridobijo strokovno potrdilo o znanju. Matična univerza tega projekta je Medicinska fakulteta Pleven (Bolgarija) v sodelovanju z drugimi medicinskimi fakultetami (Praga, Bonn) in Evropsko unijo. Ker je to znanje v našem medicinskem učnem programu zastopano le v sledovih in nepovezano, zahteve po znanju v praksi pa ogromne, sva se z Živo Mrevlje odločili za tovrstno internetno izobraževanje. V okviru kongresa ESPEN v Bruslju sva se udeležili prvih štirih modulov: Ocena prehrabnega stanja, Parenteralna prehrana na domu, Prehrana kritično bolnega in Perioperativna prehrabena podpora bolnikov. Vsebinsko modulov sva spoznali preko spleta, kjer je dostopna tudi vsa potrebna literatura. Za pridobitev potrdila o znanju sva morali na koncu vsakega modula opraviti izpit.

Informacije o izobraževanju najdete na spletni strani [www.III-nutrition.com](http://www.III-nutrition.com)

Preostanek časa v Bruslju sva preživeli na kongresu. Kongres ESPEN je razmeroma velik kongres, kjer se srečujemo predvsem kliniki najrazličnejših strok, ki pri svojem delu uporabljamo spoznanja stroke klinične prehrane. Predstavljeni so bili sodobni strokovni pogledi na številnih področjih. Na področju zdravljenja debelosti še vedno niso odkrili čudežne diete. Bolj ali manj, če odmislimo napore strokovne podrobnosti, velja osnovni zakon termodinamike. Če pojemo več, kakor pokurimo, se bomo zredili in obratno. Ne Atkinsonove nizkohidratne, ne nizkomaščobne diete, ne ločevanja živil in drugih načinov ni moč kritično znanstveno potrditi.

Zelo je napredovalo znanje o prehrabeni podpori bolnikov z rakom. Danes vemo, da so presnovne spremembe pri rakavem bolniku v osnovi enake presnovnim spremembam pri drugih vrstah kaheksije. To je za bolnika

z rakom zelo pomembno, ker podira dogme, ki takemu bolniku lahko zelo poslabšajo kakovost življenja. Sploh ne drži trditev, da »rak ali tumor bolnika poje«, v kar je zmotno prepričan še (pre)velik del zdravstvenega osebja. Druga trditev, ki še vedno obstaja v našem prostoru, je, da je skoraj vseeno, kaj bolnik je, ker mu ne moremo pomagati s hrano. To še zdaleč ni res. S prehransko podporo sicer ne moremo zdraviti raka, lahko pa s prehrano, ki ustreza presnovnim spremembam, pri rakavi kaheksiji te spremembe upočasnimo, preprečujemo podhranjenost in podpiramo bolnika med zdravljenjem. To v praksi pomeni vse-kakor boljše kakovost življenja vseh bolnikov z rakom, zmanjšanje zbolevnosti in smrtnosti med zdravljenjem, kar včasih tudi pomeni, da z ustrezno prehrabeno podporo povečamo možnost ozdravitve. Kot primer naj navedem dejstvo, ki je v pogojih slovenske onkologije z nekaj izjemami skoraj domišljija. Rakavi bolniki, ki imajo neozdravljivo bolezen, imajo v večini evropskih državah (in seveda ZDA) možnost parenteralne prehrane na domu, kadar ne zmorejo zaužiti zadostne količine hrane. Ob tem se pri nas še vedno ne zavedamo, da neozdravljiv rakav bolnik ni vedno terminalni bolnik, velikokrat takšen bolnik (na primer mlad bolnik z neoperabilnim karcinomom želodca) še ni biološko terminalen, ker pa ne more normalno jesti, umre veliko prej, kakor bi sicer, saj ima zaradi sestradanosti bistveno slabšo kakovost življenja. O tem se bomo pogovarjali tudi na 1. slovenskem kongresu klinične prehrane (več o tem najdete na [www.klicnaprehrana.si](http://www.klicnaprehrana.si)), kjer pričakujemo tudi enega vodilnih svetovnih strokovnjakov s področja prehrane rakavih bolnikov, dr. Bozzetija iz Italije.

V današnji instant multivitaminski dobi je bilo tudi izjemno zanimivo častno predavanje kongresa o vlogi mikrohranil v naši prehrani. Za predavatelja je bil povabljen Alan Shenkina, strokovnjak na tem področju. Vse premalo se zavedamo, da imajo mikrohranila v prehrani enako pomembno vlogo kakor makrohranila. Prav tako si vse prepogosto predstavljamo, da bomo samo z vnosom določenih vitaminov ali antioksidantov čudežno rešili zdravstvene težave. Na splošno še vedno velja, da je za osnovno zaščito zdravja najbolj pomembno

uživanje mešane prehrane, da dobimo v telo čim več nujnih snovi. Ko predpisujemo umetno prehrano bolnikom, ne smemo pozabiti, da jim moramo hkrati s prehransko podporo z makrohranili (glukoza, aminokislinami in maščobami) dajati tudi mikrohranila. Ker so potrebe v bolezenskih stanjih ponavadi vsaj podvojene, je še večja napaka, če jim mikrohranil v umetno prehrano ne dodamo. Raziskave na kritično bolnih (Berger, Choliero) kažejo predvsem zelo velik pomen selena in antioksidantov pri tovrstnih bolnikih.

Predstavljena so bila tudi načela sodobne prehranske podpore pri bolnikih v intenzivnih enotah. Poglavitni cilj prehrane teh bolnikov ni več (samo) preprečevanje podhranjenosti, temveč da s posameznimi hranili podpiramo delovanje posameznih organov, oblikujemo njihovo delo in verjetno v prihodnosti tudi uporabljamo vpliv hranil na gensko izražanje presnovnih substratov in modulatorjev. Seveda zahteva tovrsten pristop več znanja,

kakor samo izračun kaloričnih potreb za posameznega bolnika. Bolniki na intenzivnih oddelkih so namreč zelo heterogena skupina bolnikov in za njihovo optimalno zdravljenje, ki vključuje tudi prehransko podporo, je potrebno poznavanje presnovnih sprememb pri posameznem bolniku. Od teh presnovnih sprememb je odvisna uporabnost posameznih hranil, kar pomeni, da je zelo težko predpisati nek univerzalen recept za prehrano posameznih skupin bolnikov. Vedno bolj je jasno, kako nevarna je za kritično bolnega hiperglikemija. Rezultati raziskav Van den Bergha in sodelavcev so pokazali, da intenzivna insulinska terapija zmanjša smrtnost na kirurškem intenzivnem oddelku za 43 odstotkov in skrajša čas bivanja na intenzivnem oddelku za 48 odstotkov. Te osupljive številke pomenijo tudi: da je povišan krvni sladkor za bolnika resen tkivni toksin in da bi lahko tako enostaven ukrep, kakor je tesna kontrola krvnega sladkorja, pomenil manj zapletov in bistveno cenejše zdravljenje.

To področje sedaj intenzivno raziskujemo in v bližnji prihodnosti pričakujemo tudi rezultate velike multicentrične študije o pomenu tesne kontrole krvnega sladkorja.

Na kongresu so bila tudi obširno predstavljena vprašanja javnega zdravja: preventiva bolezni s prehrano v povezavi z gibanjem in zdravim življenjskim slogom. Predstavljene so bile epidemiološke študije (SU.VI.MAX, projekt HALE), ki ponovno dokazujejo, da je preventiva na področju splošne populacije daleč najbolj učinkovit ukrep zdravstveni ukrep. To pomeni, da je to tudi najcenejša naložba države v naše zdravje. Ob sicer še številnih drugih zanimivih temah na kongresu (nekatera predavanja lahko najdete na spletni strani: [www.espen.org/lectures](http://www.espen.org/lectures)), je bilo na trenutke kar škoda, da smo prebili cele dneve v zaprtem prostoru. V Bruslju je bilo namreč zadnje dni avgusta čudovito toplo vreme, mesto se je vse dni kopal v soncu in tega letošnje poletje nismo bili ravno navajeni. ■

## TAKO MISLIMO

# Epidemija slovenskih smernic

Peter Gradišnik

**Z**dravniško društvo Maribor in Gruenthal, d. o. o., vabita 29. 9. 2005 ob 19. uri v hotel Habakuk na predstavitev slovenskih smernic o zdravljenju bolečine ...

Občutenje bolečine je med različnimi narodi res lahko različno. Slovenci smo korajžni narod, ki se bolečine ne ustraši prehitro: statistika porabe opiatnih analgetikov je močno pod povprečjem porabe drugih evropskih narodov, še posebno cemerovih Skandinavcev.

Lokalna priporočila so gotovo na mestu tudi pri zatiranju nalezljivih bolezni: v Sloveniji zato ne cepimo proti rumeni mrzlici.

Medicinsko prakso utegne krojiti tudi gospodarstvo in država se lahko odloči, da za zdravljenje, recimo bolezni motoričnega nevrona ali nekaterih tumorjev, ne bo krila stroškov uporabe le delno uspešnih, toda hudirjevo dragih zdravil.

Pri najboljši volji pa ne najdem razloga za slovenske smernice zdravljenja nekaterih kroničnih bolezni. Zdravljenje astme pri Madžaru po treznem patofiziološkem premisleku ne bi smelo biti drugačno od zdravljenja pri Slovenceu in zdravila za hipertenzijo delujejo verjetno enako pri nas kakor tudi v Avstraliji.

Slovenija ima manj kakor dva milijona

prebivalcev. Manj kot marsikatera velemestna četrt ali predmestje. Kjer ne objavljajo lastnih doktrin. Verjetno bi se kolegi iz preostale Slovenije hitro uprli, če bi svojo doktrino objavila Maribor ali Višnja Gora. In prav bi imeli.

Strokovne smernice sprejemajo in objavljajo mednarodna medicinska strokovna združenja. (Če jih slovenski zdravniki ne berejo, je treba to vprašanje reševati drugače.)

Slovenskih strokovnih smernic ni in jih ne sme biti. Če so enake mednarodnim, so prepisane in zato niso slovenske. Če se razlikujejo, niso strokovne. ■

# Dan Brown: Da Vincijeva šifra

Marjan Kordaš

*Dan Brown: Da Vincijeva šifra. Mladinska knjiga, Ljubljana, 2005, 473 str. Prevod: Nataša Müller.*

Proti koncu avgusta 2005 sem se odpravil na obisk h kolegici internistki, ki je (med drugim) resnična bibliofilka. Nima le velikanskih knjižnih polic, temveč tudi nekakšno tablo, na kateri so razstavljene njene nedavno prebrane knjige. Ima celo svoj Ex libris! Njeno načelo je, da je vredno prebrati vsako knjigo, saj je le tako mogoče ugotoviti, ali je vredna branja. Ne vem, kako je mogoče takšno stališče (do knjig) uskladiti z njenim skrbnim delom s pacienti.

Med pogovorom o knjigah mi je povedala, da je pred kratkim v našem verskem časopisu prebrala mnenje, da bi bilo treba knjigo Da Vincijeva šifra zaradi škodljivosti prepovedati. "Knjige sicer nisem kupila, sem si pa jo zaradi te trditve izposodila in prebrala." Potem je knjigo (5. natis) prinesla in jo položila predme. Naj jo preberem in ji povem, kaj si mislim. Jaz sem se seveda otepal, češ, da ne berem pogrošnih knjig, a zaman. Moral sem (ponovno) priznati, da je treba knjigo najprej prebrati, nato pa jo (ob)soditi.

Doma sem se zvečer udobno namestil in prebral uvod (tri strani). Nato prvo poglavje (šest strani). In tako dalje in preden sem od zasplosti omagal, je bilo za mano že približno 150 strani. V postelji sem nato še preučeval vprašanje, ali bi v mojo knjižnico lahko sodila tudi Da Vincijeva šifra. Namreč, v 9. poglavju (str. 56) se pojavi ime policijske agentke: Sophie (tj. Sophia oz. Sofia). In preden sem zaspal, sem postavil delovno hipotezo o koncu zgodbe.

Ko sem zvečer drugega dne prijedal do 55. poglavja, sem sklenil, da moram knjigo ne le prebrati, temveč tudi imeti v knjižnici. V krivoverskem (ali celo krivoversko-razkolniškem) besedilu na str. 241 - 247 sicer nisem prebral ničesar novega, vendar je opis duhovit, četudi morda do Cerkev malo krivičen. In nekako od tod dalje se začne zgodba zapletati; kogar ne zapelje kriminalkasti vidik te knjige, utegne prepoznati razvoj nove, po mojem bistvene prvine tega romana. Njen vrh je eksplicitno obdelan v 74. poglavju (str. 322 - 327). Na prvi pogled je kar spetakljiv (1). Prebral sem ga večkrat in nato šel spat trdno odločen, da bom knjigo kupil. Da bom do konca prebral ne izposojeni, temveč svoj izvod.

Z branjem svojega izvoda (8. natis) Da Vincijeve šifre sem začel opoldne tretjega dne in končal pozno popoldne. Po pričakovanju se je prvina, obdelana v 74. poglavju, nadaljevala in dopolnjevala do (malo osladnega, a nujnega in logičnega) konca.

Menim, da sem za branje (v treh dneh) porabil približno 12 ur. Četrtri dan sem se pa odpravil, ne kolesarit, temveč na kratek pohod v gore, da bi o vsem skupaj malo razmislil. Tako sem spoznal, da si bom moral nekatere reči zapisati. Tudi za svojo Sophio (glej spodaj), ki me je spodbudila k branju:

Da Vincijeva šifra je tehnično dovršeno napisana kriminalka in zato izjemno lahko branje. Nekako v slogu kriminalk C. Doylea ali Sherlocka Holmesa (npr. Baskervillski pes). Morda je tudi zato uspešnica, četudi še daleč ni dosega del F. Forsytha (npr. Operacija Šakal; Zadeva OdeSSa, Četrtri protokol ali novela Pastir (2), mojstrovina kratkosti).

A morda je t. i. lahko branje le pisateljeva namerna, malce hudobna zanka. Pozoren bralec se ji bo gotovo izognil in našel več sporočil, o katerih velja razmišljati. Tu bom zapisal le štiri, seveda v kar se da za-

strti obliki:

Prvo sporočilo: Spomniti se na teološko zasnovo Sophie (3). Božja družica, pomočnica in svetovalka. Zakaj torej v krščanstvu ne Sveta Dvojica, temveč Sveta Trojica? Hudoben bralec se spomni dovtipa o romunskih socialističnih policajih, ki niso nikoli delovali v paru (dvojica), temveč vedno kot trojica! Končno nujno vprašanje: Ali Sophia obstaja tudi pri človeku. In če obstaja, kaj (kdo) je to? Ali je Sophia pogoj za gnosis?

Drugo sporočilo: Ideologija (teologija) je nekaj docela poljubnega. Opredeli se tako, da se od zadevnih obstoječih spisov (literature) izberejo le tisti, ki ustrezajo. Slednji se uvrstijo v kanon. Vse druge se izloči, prekolne ter prepove (4).

Tretje sporočilo: Sporazumevanje med moškim in žensko poteka v šifrah (5). Dešifriranje ali razumevanje komunikacije je silno zahtevno. Zajema tudi izobraženost, pozorno poslušanje sogovornika ter dialog.

Četrto sporočilo: Človek (ki je iskalec) ve, da je Resnica v resnici nedosegljiva. Torej ni pomemben cilj (razkritje skrivnosti), temveč pot (iskanje skrivnosti) (6). Dokler je pot, človek deluje in odprte so vse možnosti. Sveti Gral je lahko karkoli. Pomembno je le, da človek dojame, da v sebi nosi nekaj, da to išče in se približuje tistemu, kar človek je. Ta proces je gnosis. Kombinacija prvega in četrtega sporočila pove, da brez Sophie človekove identitete ni mogoče ne oblikovati ne vzdrževati.

Kdor pa sprejme podmeno sistema, da je cilj dosežen in resnica spoznana, se ustavi in okameni svojo dušo. Ne postane tisto, kar je. Po vzorcu, ki ga predpiše sistem, postane tisto, kar ni.

1. Običajen odziv človeka (iz zahodne potrošniške kulture) na to prvo je eksplicitno opisan na str. 325.

2. Dobil sem jo v dar (lepo ilustrirana žepna knjiga) leta 1981, jo prebral v nekaj urah in nato prevedel v slovenščino. Sijajen opis dogodka v sedanosti, ki hkrati poteka v preteklosti. Z mojimi opombami (ki bralcu poskusijo pojasniti preteklost) vred obsega komaj 20 strani (format A4, enojni razmak).

3. "V starem kanaanskem dokumentu, Akiharju, je Sofija preekstentno nebeško bitje najvišjega božanstva. V Jobu 28 je božanska Božja družica, ki je bila poleg ob stvarjenju, in je vir reda, vsiljen prvotnemu kaosu. Bog jo pozna, toda njuno razmerje ni jasno..." Glej: Ellens, J. H.: Sophia in rabbinic hermeneutics and the curious christian corollary. V: Krašovec, J. (ur.): Interpretations of the bible. Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Ljubljana, Sheffield Academic Press, Sheffield, 1998, str. 546.

4. Svoj odziv na podobne poteze avtoritarnih struktur sem opisal v članku Dvom, distanca in razlikovanje (Isis 2003; 7: 48 - 51). Da Vincijeva šifra spodbuja krivoverstvo in razkolništvo, zato je pobuda za prepoved razumljiva. Vprašljiva pa je metoda prepovedi. A če bi bila uspešna, bi lahko prepovedali tudi vse drugo, kar je škodljivo, npr. sončenje, mučenje živali, kajenje, mamila, debelost, pedofilijo in hipertenzijo!

5. V nekem smislu me spominja na film Amelie. V slednjem ženska svojemu moškemu pošilja šifre, ki si jih izmišljuje sproti. Nasprotno pa v Da Vincijevi šifri oba protagonista, Robert in Sofia, uporabljata šifre iz človekove kulture; za dešifriranje je nujna obsežna klasična izobrazba.

6. Menim, da je človek bitje, ki mora imeti skrivnosti. Kar zadeva duševne, ni težav. Telesne skrivnosti pa dobesedno pričara tako, da nosi obleko. Dokler je človek (v naši kulturi navadno in predvsem ženska) oblečen, obstaja možnost razkrievanja, kar pa mora biti težavno; človek je lahko skrivnosten(a) in zato vznemirljiv(a). Če pa je človek nag, to pomeni, da nima nobene telesne skrivnosti (več). Če ni v kakem herojskem položaju, če ima velik trebuh ali določene tegobe elastičnih struktur, sta tako moški kakor ženska navadno videti prav bedno bitje. ■

# Dan Brown: Angeli in demoni

Marjan Kordaš

*Dan Brown: Angeli in demoni. Mladinska knjiga, Ljubljana, 2005, 487 str. Prevod: Nataša Müller.*

Komaj sem prebral prvo Brownovo knjigo, mi je že drugo podaril kolega zobozdravnik! Kdor je veren, mora ob tem izjaviti, da so poti Gospodove zares nepredvidljive!

Na enem mestu je omenjen znameniti grafik Maurits Cornelis Escher. Tako sem prelistal njegovo monografijo in si ogledal slavno grafiko o potovanju mravlje po Moebiusovem traku. Potem sem (prvič v življenju) ta trak naredil, potegnil črto ter ga razrezal po dolgem. Svetujem vsakomur; morda tudi malo sprehoda po svetovnem spletu.

In vtis o knjigi?

1. Razveselilo me je, da se avtorjeva razlaga o sporočilu kipa Zamaknjenost svete Terezije (str. 301) ujema z mojo.

2. Od poznavalca umetnosti bi pričakoval malo manj ameriško (tj. filozofsko bolj utemeljeno) razlago, zakaj Bog dopušča trpljenje človeka (str. 320).

3. Komornikov govor, ki zajema velik del 94. poglavja, je v nekem smislu osrednja tema knjige. Nič posebno novega, pa vendar še kar zanimivo, četudi ponekod ceneno (str. 334 - 338). Všeč mi je vprašanje: "... Toda, kdo je bolj neveden? Človek, ki ne zna pojasniti bliskanja, ali človek, ki ne spoštuje strašne moči bliska? ..." Svoja grozljiva stališča pa komornik doreče v 131. poglavju. Višek je udarna trditev, da bi morala Cerkev vladati tako, da bi ljudstvo stalno živelo "... med grozo in upanjem" (str. 462). To dalekosežno trditev sem sprva spregledal ter dojel šele po daljši razpravi s svojim stalnim sogovornikom. Ta način vladanja so na splošno uporabljali vsi totalitarni politični in verski sistemi. Res je sicer, da je življenje po svoji naravi "bivanje med grozo in upanjem". Totalitarni sistem pa to po svoje prilagaja in izkorišča, tj. zlorablja v svojo korist.

Zdi se pa, da dandanes zadeva ne deluje več – razen morda pri tistih, ki v to verujejo.

Sicer se tudi sprašujem, zakaj in čemu naslov Angeli in demoni.

Slog, ki v Da Vincijevi šifri omogoči nekakšno vzdrževanje napetosti, v Angelih in demonih nekam razvodeni. Škoda, da se zgodba ne konča prej, pred epizodo s helikopterjem. Tako postaja vse bolj slaboumna. Konča se dobesedno genialno trapasto!

Knjigo Angeli in demoni je vredno prebrati kot udobno orodje

za preganjanje dolgega časa. Zapomniti si komornikova stališča (o njegovi domnevni pravici imeti Janusov obraz; str. 462), vse drugo pa pozabiti!

## Povratna sporočila ob recenziji knjige "Guerilla Surgeon"

Marjan Kordaš

Najprej sem srečal kolegico anesteziistko, ki mi povedala, da si je prek svoje knjižničarke knjigo izposodila in da jo bere.

Kmalu nato sem srečal še njeno knjižničarko. Opisala mi je, kako je knjigo našla v neki slovenski knjižnici, kako je primerjala izvornik ter slovenski prevod, napisala komentar ter ga – z recenzijo (objavljeno v Isis) vred - poslala v neko založbo z jasnim in zelo vabljivim predlogom. Ker je udejanjenje malo verjetno, o njem ne bom poročal.

Kaže pa, da je v Sloveniji v knjižnicah kar nekaj izvodov te knjige in to je spodbudilo mojo radovednost:

Če v katalogu NUK (Katnuk; <http://www.nuk.uni-lj.si/vstop.cgi>) vtiskam geslo "Rogers, Lindsay", se pokaže pet zadetkov. Dva sta slovenska (prevoda), dva angleška Guerilla Surgeon (London, Collins 1958, eden od njiju je na voljo za izposoj), en pa je francoski L'états médecin avec Tito (Paris, Editions France Empire 1958, ki ni na voljo za izposoj).

Verjetno se angleška izdaja v NUK iz leta 1958 ne razlikuje od izdaje iz leta 1957, ki jo imam jaz oziroma ki je v Zdravniški zbornici. Na temelju letnice izdaje pa se zdi, da je bil izvornik napisan ne v francoščini, temveč v angleščini.

Knjigo "Guerilla Surgeon" sem posodil tudi nekemu svojemu sodelavcu. Ko jo je prebral, se je spomnil, da Rogers v svoji knjigi omenja sodelavca, kirurga iz Kanade, z imenom Colin Scott Dafoe. Po nekakšnih ovinkih je potem moj sodelavec po svetovnem spletu poiskal elektronsko knjigo z naslovom The Parachute Ward – A Canadian Surgeon's Wartime Adventures in Yugoslavia (avtor: Brian Jeffrey Street; elektronska različica - format PDF - je dostopna brez omejitev pri e-založbi [www.editio-books.com](http://www.editio-books.com)). Knjiga opisuje Scottovo življenje in zdravniško delo pri partizanih v Jugoslaviji, večinoma v Bosni.



# Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Na seji senata Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani 20. 6. 2005 so bili v nove nazive soglasno izvoljeni spodaj naštetih sodelavci:

Asist. mag. **Marjeta Blinc Pesek**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje psihiatrije

Asist. mag. **Irena Oblak**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje onkologije in radioterapije

Asist. mag. **Bojana Pajk**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje onkologije in radioterapije

Asist. mag. **Ksenija Renner Sitar**, dr. dent. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje stomatološke protetike

Asist. **Polona Rogel**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje fiziologije

Asist. dr. **Boštjan Salobir**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje interne medicine

Asist. mag. **Gaj Vidmar**, univ. dipl. psih., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje biomedicinske informatike

**Franc Anderluh**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje onkologije in radioterapije

**Magdalena Avbelj**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje pediatrije

**Jerneja Ahčan**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje infekcijskih bolezni in epidemiologije

**Anja Boc**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje anatomije

Mag. **Marko Grmek**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje interne medicine

**Samo Hudoklin**, univ. dipl. biol., izvoljen v naziv asistenta za področje biologije celice

**Primož Kotnik**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje pediatrije

**Primož Petrič**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje onkologije in radioterapije

**Boštjan Pohlen**, dr. dent. med., izvoljen v naziv asistenta za področje stomatološke protetike

**Maja Pohar**, univ. dipl. mat., izvoljena v naziv asistentke za področje biomedicinske informatike

**Aleš Rozman**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje interne medicine

**Silvia Samarina Lovrič**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje interne medicine

Na podlagi soglasja Habilitacijske komisije Univerze v Ljubljani 18. 5. 2005 so bili v nove nazive soglasno izvoljeni spodaj naštetih sodelavci:

Doc. dr. **Erika Cvetko**, dr. dent. med., izvoljena v naziv izredne profesorice za področje anatomije

Doc. dr. **Bojan Tepeš**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje interne medicine

Doc. dr. **Sergej Hojker**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje interne medicine

Doc. dr. **Iztok Takač**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje ginekologije in porodništva

Asist. dr. **Štefek Grmec**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za področje družinske medicine

Asist. dr. **Marjan Zaletel**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za področje nevrologije

Dr. **Bojan Knap**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za področje interne medicine

Asist. dr. **Aleksandar Godić**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za področje dermatovenerologije

Asist. dr. **Bojana Pinter**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje ginekologije in porodništva

## Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

### Doktorski naziv so dosegli:

Dr. **Tanja Ficko**, univ. dipl. mikrobiol.  
naslov: "Opredelitev razvojnih stopenj megakariopoeze s količinskim določanjem molekul mRNA za trombocitno specifične glikoproteine"

mentor: prof. dr. Peter Černelč  
področje: biokemija in molekularna biologija  
zagovor: 9. 6. 2005

Dr. **Tanja Vranac**, univ. dipl. biol.  
naslov: "Protitelesni odziv miši BALB/c in Prnp<sup>0/0</sup> na izbrane peptidne dele prionskega proteina"  
mentor: prof. dr. Vladka Čurin Šerbec  
področje: biokemija in molekularna biologija  
zagovor: 10. 6. 2005

Dr. **Saša Šega Jazbec**, dr. med.  
naslov: "Primerjava vpliva terapije z interferonom  $\beta$ -1a in interferonom  $\beta$ -1b na potek bolezni, citokine in adhezijske

molekule pri bolnikih z multiplo sklerozo"

mentor: prof. dr. Alojz Ihan  
somentor: prof. dr. Anton Mesec  
področje: medicinske vede  
zagovor: 13. 6. 2005

Dr. **Tine Hajdinjak**, dr. med.  
naslov: "Nekateri polimorfizmi posameznih nukleotidov pri sporadičnem raku prostate"  
mentor: prof. dr. Bojan Tršinar  
somentor: prof. dr. Nadja Kokalj Vokač



- področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 13. 6. 2005
- Dr. Monika Jagodic**, dr. med.  
*naslov:* "Napovedna vrednost katepsinov D in L pri raku dojk"  
*mentor:* prof. dr. Gregor Serša  
*somentor:* prof. dr. Tanja Čufer  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 14. 6. 2005
- Asist. dr. Mateja Dolenc Voljč**, dr. med.  
*naslov:* "Vloga lokalnih kortikosteroidov kot možnih ekcematogenov in njihov vpliv na Demodex folliculorum pri bolnicah s perioralnimi dermatitisom"  
*mentor:* doc. dr. Tomaž Lunder  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 22. 6. 2005
- Dr. Primož Kotnik**, dr. med.  
*naslov:* "Urnavanje od antidiuretičnega hormona odvisnih in neodvisnih poti izražanja in znotrajceličnega kroženja akvaporina 2"  
*mentor:* prof. dr. Ciril Kržišnik  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 27. 6. 2005
- Dr. Miha Plevnik**, univ. dipl. kem., akad. glas. in prof. glas.  
*naslov:* "Strukturne raziskave predorganizacije prostorskih struktur oligomernih nukleinskih kislin"  
*mentor:* doc. dr. Janez Plavec  
*področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 28. 6. 2005
- Dr. Petra Popović**, dr. med.  
*naslov:* "Povezanost med avtofluorescenco in funkcijskimi testi mrežnice pri pigmentni retinopatiji"  
*mentor:* prof. dr. Marko Hawlina  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 29. 6. 2005
- Asist. dr. Milan Kuhar**, dr. dent. med.  
*naslov:* "Vpliv plastičnih premazov na de/mineralizacijo zobne sklenine ter na površinske lastnosti baznega akrilata zobnih protez"  
*mentor:* prof. dr. Nenad Funduk  
*področje:* stomatologija  
*zagovor:* 30. 6. 2005
- Asist. dr. Petra Hudler**, univ. dipl. mikrobiol.  
*naslov:* "Subtraksijska knjižnica diferencialno izraženih genov pri razvoju raka želodca"  
*mentor:* prof. dr. Radovan Komel  
*področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 30. 6. 2005
- Asist. dr. Marko Jevšek**, dr. med. in univ. dipl. biol.  
*naslov:* "Molekularni mehanizmi vzpostavljanja živčnomišičnega stika"  
*mentor:* prof. dr. Zoran Grubič  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 30. 6. 2005
- Dr. Katja Kristan**, mag. farm.  
*naslov:* "Povezava med strukturo in delovanjem glivne 17 $\beta$  - hidrosisteroid- dehidrogenaze, modelnega encima naddružine kratkoverižnih dehidrogenaz/reduktaz"  
*mentor:* doc. dr. Tea Lanišnik Rižner  
*somentor:* prof. dr. Jure Stojan  
*področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 1. 7. 2005
- Dr. Uroš Gregorc**, univ. dipl. kem.  
*naslov:* "Pomen cepitve izbranih predstavnikov na membranske proteine vezanih gvanilatnih kinaz s kaspazami med apoptozo"  
*mentor:* doc. dr. Boris Turk  
*področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 8. 7. 2005
- Dr. Jožica Šemerl**, dr. med.  
*naslov:* "Sprožilni dejavniki za nastop nenadne srčne smrti v Sloveniji"  
*mentor:* prof. dr. Miran F. Kenda  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 11. 7. 2005
- Dr. Darja Arko**, dr. med.  
*naslov:* "Preoperativna ultrazvočna ocena globine invazije raka maternične sluznice"  
*mentor:* prof. dr. Iztok Takač  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 11. 7. 2005
- Asist. dr. Martina Drevenšek**, dr. dent. med.  
*naslov:* "Standardne vrednosti telerentgenskih parametrov v obdobju menjalnega zobovja"  
*mentor:* prof. dr. Franc Farčnik  
*področje:* stomatološke vede  
*zagovor:* 12. 7. 2005
- Dr. Mahmoud Nazzal**, dr. med.  
*naslov:* "Odklonitev med ugotovitvami preiskave z računalniško tomografijo in izidom rehabilitacije pri pacientih po možganski kapi"  
*mentor:* prof. dr. Martin Štefančič  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 3. 8. 2005
- Asist. dr. Maja Trošt**, dr. med.  
*naslov:* "Proučevanje sprememb možganske presnove s pozitronsko izsevnno tomografijo pri bolnikih z motnjami gibanja"  
*mentor:* doc. dr. Zvezdan Pirtošek  
*somentor:* prof. dr. David Eidelberg  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 21. 7. 2005
- Asist. dr. Mitja Letonja**, dr. med.  
*naslov:* "Vpliv genskih polimorfizmov na koronarno bolezen pri moških in ženskah"  
*mentor:* doc. dr. Danijel Petrovič  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 1. 9. 2005
- Naziv magistra so dosegli:**  
**Mag. Neva Požar Lukanović**, dr. med.  
*naslov:* "Vpliv torakalne epiduralne anestezije na prekrvitev prebavil pri obsežnih jetrnih resekcijah"  
*smer:* klinične medicinske vede  
*mentor:* prof. dr. Vesna Paver Eržen  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 19. 4. 2005
- Mag. Mark Mušič**, dr. med.  
*naslov:* "Vpliv zaznave toplotnih dražljajev na refleksno aktivacijo simpatika med lokalnim hlajenjem"  
*smer:* klinične medicinske vede  
*mentor:* doc. dr. Žarko Finderle  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 9. 6. 2005
- Mag. Jana Makuc**, univ. dipl. biol.  
*naslov:* "Celične in molekularno biološke značilnosti neinvazivnih papilarnih tumorjev urotelija sečnega mehurja človeka bluznice"  
*smer:* biomedicina – medicina  
*mentor:* prof. dr. Kristijan Jezernik  
*somentor:* prof. dr. Borut Peterlin  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 20. 6. 2005
- Mag. Sebastjan Bevc**, dr. med.  
*naslov:* "Ateroskleroza pri hemodializnih bolnikih – tradicionalni in netradicionalni dejavniki tveganja"  
*smer:* biomedicina – medicina  
*mentor:* prof. dr. Radovan Hojs  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 9. 6. 2005
- Mag. Simona Šteblaj**, dr. med.  
*naslov:* "Gastrična tonometrija pri politravmatiziranih osebah kot zgodnji kazalec šoka"  
*smer:* klinične medicinske vede  
*mentor:* prof. dr. Boriana Kremžar  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 14. 7. 2005



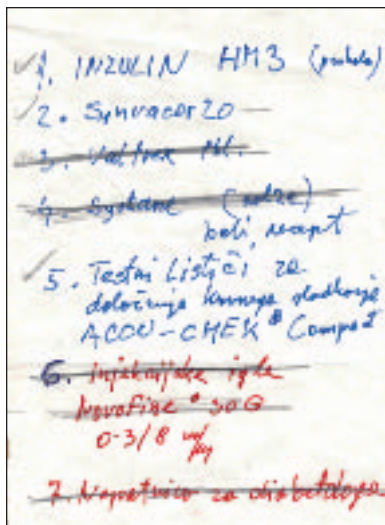
S I S I

## Kriptografske metode v družinski medicini

Za pridobivanje relevantnih podatkov uporabljamo v družinski medicini več metod. Ena takih so kriptografski algoritmi in protokoli za dešifriranje, s katerimi se dokopljemo do pravih vsebin in se čim bolj približamo namenu in mislim pacientov.

Na primeru ali dveh vam želim na kratko predstaviti metodo v praksi.

### Primer 1



V roke dobimo popisan listek (slika 1). Nekdo ga je odložil pri sestri. Zdravstvene kartice ni priložil.

Prvo orodje v medicini, anamneza, nas pusti na cedilu že kar na začetku.

Ob taki priložnosti me vedno znova popade, da bi bil internist! Ali kirurg! Na

napotnici pred seboj bi imel zapisano vsaj delovno diagnozo. In pred sabo bi imel pacienta; in osnovne podatke, samo ...

V našem primeru se bomo morali dokopati do pravih podatkov s pomočjo simetričnih algoritmov za dešifriranje, enigem in zgoščevalnih funkcij, kot specifičnih metod v družinski medicini.

Oglejmo si potek:

Je pacient/ka moškega ali ženskega spola? Po ostrih »mm« in načinu zapisovanja številke sodeč gre za moškega. Vidimo, da je diabetik. Verjetno je starejši – uporabil je list iz priročnega blokca. Mlajši bi napisal z računalnikom; uporabil bi liste z logotipom podjetja ali poslovnih partnerjev. Vendar kaže, da je možak še čil. Pisava je gladka; diabetična retinopatija in diabetična distalna polinevropatija vsekakor še nista izraženi. Vnuki so še mali. Takoj ko so večji, zelo radi pomagajo dedkom in babicam z računalnikom; z velikimi in mastnimi črkami. In obrobijo z rožicami ali medvedki.

Možakar pri svojem delu uporablja svinčnik. A ne bo projektant, inženir ... Ti uporabljajo trde, fine, HB-svinčnike. Ta pušča široke sledi. Zidarji ga ne uporabljajo. Lahko bi bil mizar. Ti ne dajo dosti na pisanje, vse imajo »v glavi«; s svinčnikom le zapišejo tu in tam na rob, pa prečrtajo in spet obkrožijo pravo mero. Tudi so »šparovni« pri lesu. Ta možak je isti list za opomnik uporabil – po barvi pisave, vrsti pisala, kljukicah in prečrtavanju sodeč – vsaj že štiri krat.

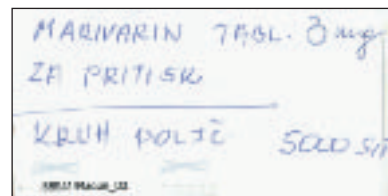
Sledi računalniško podprta faza: iz

baze varovancev potegnemo vse mizarje. Med temi poiščemo tistega z diabetesom.

V redu! Rešitev se zdi blizu! Toda, zlodej, kateri recepti ali napotnice so tisti, ki jih je imel v mislih tokrat? Ej, tukaj se ustavi! Tu mrknejo tudi algoritmi kriptografskih metod. Določanje starosti zadnjega zapisa na papirju s pomočjo razpolovne dobe izotopa je le predraga metoda. Tokrat nas rešijo le podatki o zadnjih predpisanih zdravilih iz zdravstvene kartoteke.

Rešitev: Gospod je 67-letni, upokojeni mizar. Še vedno dela in s svinčnikom za ušesom. Pravilni izbor tokrat so bila zdravila in tehnični pripomočki s kljukicami.

### Primer 2



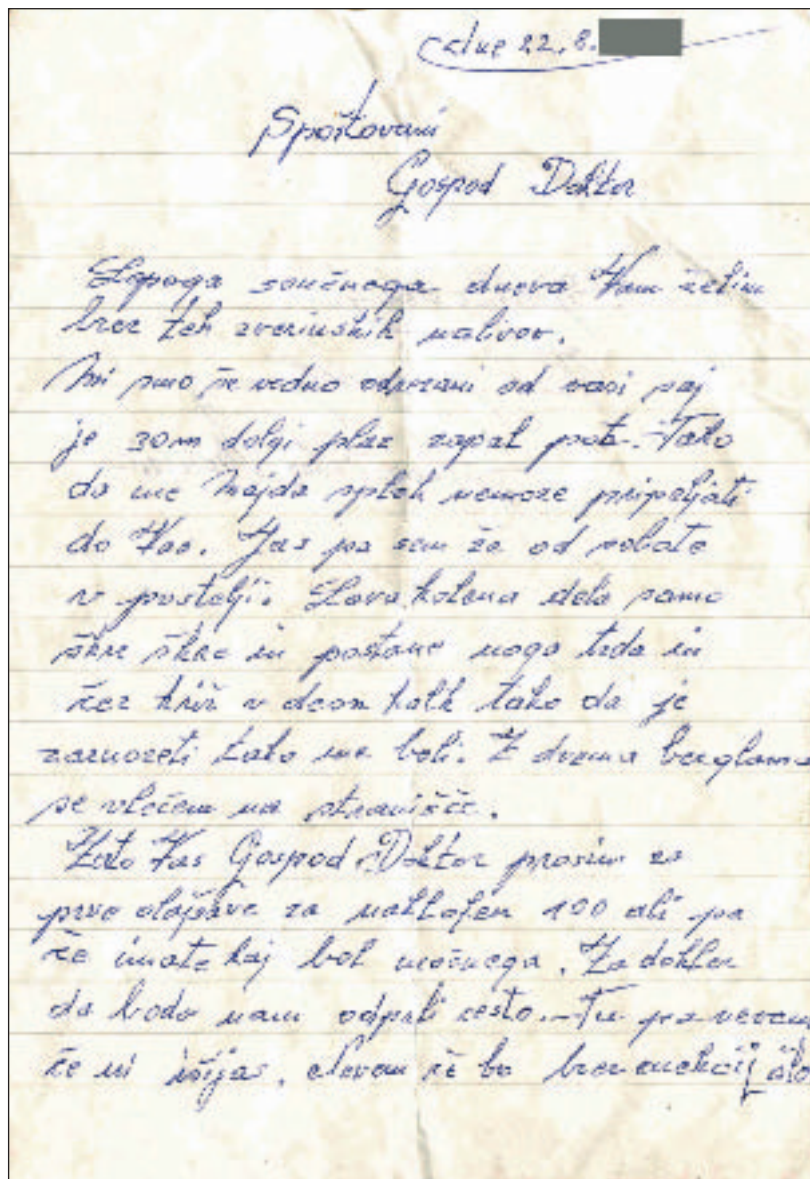
Ta je lažji (slika 2). Lotili se ga bomo z asimetričnim algoritmom dešifriranja z javnim ključem. Listek v kuverti, skupaj z denarjem, je prinesla oseba, ki dela v javnih delih. Jasno je, da gre za osebo, ki je prebolela tromboembolični zaplet, ali pa ima fibrilacijo atrijev. In visok krvni pritisk. Pisava ni njena, pač pa nekoga, ki ji pomaga. Ta ji plačuje, kot kaže, tudi račune in obožuje dopoldanske pono-

## S I S I

vitve televizijskih nadaljevanj (zapis je na potrdilo za RTV naročnino). Ja, glej ga zlodija spet! Komu je namenjenih priloženih 5000 sit? Zdravniku, sestri?

Dilemo reši vodoravna črta: denar bo za poljšanski kruh.

Komentar: 83-letna vdova po gostilničarju. Stanje po globoki venski trombozi

**Komentar:**

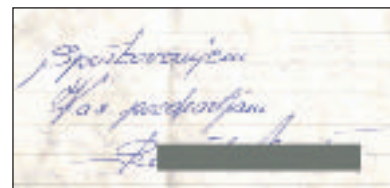
66-letna kmetica. Dg: Gonarthrosis. In...lumboishalgia? Ne. Po kliničnem pregledu in RTG slikanju: Fractura rami sup. et inf. ossis pubis dex.

s pljučno embolijo. Živi sama s korpu-  
lentnim in hudo naježenim psom, ki je  
venomer ob njej v stanovanju. Pomoč na  
domu preko javnih del.

**Primer 3**

Predstavitve ne bo popolna, ako si ne  
ogledamo še zglada, ki ga razrešimo že  
samo z metodami, ki jih uporabljamo v  
medicini (slika 3a in 3b). V tako zapisani  
obliki je informacija domača tudi inter-  
nistom, ortopedom in drugim: Navedeni  
so podatki o pacientu, o času in kraju  
dogajanja. Klinična slika je vpeta v široki  
kontekst tako vremenskih razmer, kot  
razmer na cestah. In tako dobro opisana  
z onomatopoiijo, da tudi sam status ne bi  
kaj prida pridjal («..kolena dela samo škrc,  
škrc...»). Sugerirana je terapija (Naklofen  
100) in dodana diferencialna diagnoza  
(«...tu pa ne vem če ni išias...»).

Franc Beigot





Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije  
Strokovna revija Isis

## Impressum

LETO XIV, ŠT. 11, 1. november 2005  
UDK 61(497. 12)(060. 55)  
UDK 06. 055:61(497. 12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

**PUBLISHED BY**  
The Medical Chamber of Slovenia

Zdravniška zbornica Slovenije

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 100

faks: 01/30 72 109

E-pošta: zdravniška.zbornica@zss-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

**UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE**

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152

faks: 01/30 72 109

E-pošta: isis@zss-mcs.si

**ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK**

**EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE**

**EDITOR**

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si

Tel.: 02/32 11 244

**UREDNIKA • EDITOR**

Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

**UREDNIŠKI ODBOR**

**EDITORIAL BOARD**

Martin Bigec, dr. med.

Vojko Flis, dr. med.

prof. dr. Anton Grad, dr. med.

izr. prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

prof. dr. Boris Klun, dr. med.

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med.

asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.

asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.

prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.

izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

**TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY**

Marija Cimperman

**LEKTORICA • REVISION**

Mateja Jemec, prof. slov. in nem.

**OBLIKOVANJE • DESIGN**

za ATELIER IM • Katja Zlajpah, u.d.i.a.

**RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV**

IN PRIPRAVA ZA TISK • **DTP**

Camera d.o.o.

Knezov štradoln 94, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

**TRŽENJE • MARKETING**

Atelier IM d.o.o.,

Breg 22, Ljubljana

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

**TISK • PRINTED BY**

Tiskarna Povše,

Povšetova 36 a, Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

# Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

## Sodelovali

Dragan Arrigler, Klick Ljubljana • Prim. Danica Avsec Letonja, dr. med., Zavod RS za presaditev organov in tkiv • Franc Beigot, dr. med., Zasebna ambulanta splošne medicine, Selnica ob Dravi • Martin Bigec, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Mag. Andrej Bručan, dr. med., minister, Ministrstvo za zdravje • Miroslava Cajnkar Kac, dr. med., MC KAC d. o. o., Slovenj Gradec • Tatjana Cvetko, dr. med., ZD Koper • Asist. mag. Tomaž Čakš, dr. med., Katedra za javno zdravje, MF Ljubljana • Asist. Davorin Dajčman, dr. med., SB Maribor • Prim. Marko Demšar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Jani Dermič, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Staša Favai, inž., Zdravniška zbornica Slovenije • Doc. dr. Matjaž Fležar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Dr. Vojko Flis, dr. med., SB Maribor • Peter Gradišnik, dr. med., SB Maribor • Doc. dr. Štefek Gremc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Marija Ilijaš Koželj, dr. med., MIK, specialistična ambulanta za ginekologijo in porodništvo, Vrhnika • Vojislav Ivetič, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Senta Jaunig, Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana • Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., ZP Kranjska Gora, OZG OE ZD Jesenice • Peter Kobolt, dr. dent. med., Dr. stoma. Koblot d. o. o., Ravne na Koroškem • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Branko Košir, dr. med., Zasebna ambulanta družinske medicine, Železniki • Doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Doc. dr. Pavle Košorok, dr. med., Iatros d. o. o., Ljubljana • Ika Krevzel, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Konrad Kuštrin, dr. med., predsednik, Sindikat zdrav-

nikov in zobozdravnikov Fides • Katja Martinc, Zdravniška zbornica Slovenije • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Katarina Osolnik, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., višji svetnik, vodja projekta Kakovost, Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., predsednik, Zdravniška zbornica Slovenije • Maja Pelcl, dr. med., specializantka v mariborski regiji • Dr. Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Dr. Andrej Robida, dr. med., sekretar, Ministrstvo za zdravje • Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik, ZD Ljubljana Enota Moste Polje • Mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana • Doc. dr. Mihael Sok, dr. med., KO za torakalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Nuša Šegrec, dr. med., specializantka v ljubljanski regiji • Sabina Škrat Kristan, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Izr. prof. dr. Stanislav Šuškič, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Ratko Tatalović, dr. med., Ambulanta za ginekologijo in porodništvo, Ljubljana • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Tanja Urdih Lazar, Odnosi z javnostmi, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, KC Ljubljana • Prof. dr. David B. Vodusek, dr. med., višji svetnik, SPS Nevrološka klinika, KC Ljubljana • Doc. dr. Branko Zakotnik, dr. med., predstojnik internistične onkologije, Onkološki inštitut Ljubljana • Mag. Breda Zakotnik, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana • Asist. Mihaela Zidar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Mag. Alenka Žagar Slana, dr. med., ZD Ljubljana Enota ZD Bežigrad • Asist. Suzana Židanik, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Lea Žmuc Veranič, dr. med., specializantka v ljubljanski regiji

## Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili povajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi).

Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno 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, družtev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevala k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljalo v enotni obliki.

### Navodila za objavljane prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji; ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7950 izvodov. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

### The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7950 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XX<sup>th</sup> dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber  
Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph.D.  
E-mail: vladislav.pegan@zss-mcs.si  
The vice-presidents of the Medical Chamber

**Prof. Andreja Kocijancič**,  
M.D., Ph. D.

Prof. **Nenad Funduk**, S.D., Ph.D.  
The President of the Assembly  
**Vojko Kanič**, M.D.

The vice-president of the Assembly  
**Sabina Markoli**, S.D.

### Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council  
Prof. **Matija Horvat**, M.D., Ph. D.  
The president of the Professional medical committee

**Prof. Andreja Kocijancič**,  
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 Ferik**, M.D.

The president of the Dentistry health care committee  
Prof. **Nenad Funduk**, S.D., Ph.D.  
The president of the Legal-ethical committee

**Žarko Pinter**, M.D., M.Sc.

The president of the Social-economic committee  
**Jani Dernič**, M.D.

The president of the Private practice committee

**Tatjana Puc Kous**, M. D.

The Secretary General  
**Brane Dobnikar**, L.L.B.

Public Relations Department  
**Elizabetha Bobnar Najžer**, B.A.

Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjič**, 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  
**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.



## The Medical Chamber of Slovenia

*Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.*

### Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

## Nova raven sobivanja poklicev v medicini

Na 37. podonavskem nevroznanstvenem posvetu, ki je potekal hkrati z 21. spominskim predavanjem dr. Janeza Faganela v Ljubljani, je bila tudi tema, ki so jo organizirale nevrološke medicinske sestre. Čeprav so podobna sodelovanja v drugih strokah menda bolj utečena, je bil v nevrologiji to skoraj »zgodovinski« dogodek, saj ga do sedaj ni bilo na nobenem od splošnih nevroloških kongresov. Torej, led je prebit ... Naše medicinske sestre so po izobrazbi zagotovo enakovredne evropskim, njihovo delovanje pa opredeljujejo (in omejujejo) različni predpisi, ki se razlikujejo po posameznih državah, še bolj pa verjetno šege in navade (zdravnikov?).

V Angliji, na primer, (kakor smo slišali na kongresu) medicinske sestre – specialiste za področje epileptologije, sodelujejo z zdravnikom epileptologom celo tako, da po predhodno dogovorjenem načrtu predpisujejo zdravila in spremljajo njihov učinek! Njihova siceršnja vloga je v tem, da – tako na terenu kakor v bolnišnici – zagotavljajo redne stike z bolniki, ki do specialista pač »za vsako malenkost« ne morejo. Posvet z ustrezno obveščnim zdravstvenim delavcem bolnikom in svojcem pomeni veliko. Sestre v svojih (da, svojih – tako jih pač imenujejo) ambulantah/svetovalnicah razlagajo bolnikom in svojcem dejstva o bolezni in svetujejo o vsem, kar morajo o njej vedeti in početi ali opustiti; bolnikom in svojcem so nato v kroničnem poteku bolezni na voljo za odgovore na njihova vprašanja, ki se jim šele sčasoma pojavijo (tudi po telefonu); pomagajo reševati vsakodnevne težave, kot so vprašanja šolanja, službe, voznških dovoljenj in podobno. Pri tem svojem delu so samostojne; zdravnik pa bolnika in svoje »napoti« k njim. Na kongresu smo slišali rezultate raziskave kontrole kakovosti takšnega dela pri določeni sestri specialistki – izsledki so pokazali odlični rezultat njenega dela.

V slovenski nevrologiji je bilo področje parkinsonizma prvo, kjer smo sistematično opredelili vlogo



medicinske sestre. Začetki so povezani z delom doc. dr. Zvezdana Pirtoška, ko se je vrnil z daljšega podiplomskega izobraževanja v Londonu in leta 1989 med prvimi v Evropi pričel uvajati takrat nove načine zdravljenja ekstrapiramidnih bolezni (apomorfin, botulin). Ob tem je pričel z usmerjenim in sistematičnim izobraževanjem medicinske sestre. Ta profil »usmerjene sestre« smo torej zasnovali precej na modelu iz Velike Britanije (Parkinson's Disease Nurse Specialist – PDNS), je pa od samega začetka že odseval tudi specifično slovensko izkušnjo. Kar nekaj let je bila Slovenija

edina država v srednji in jugovzhodni Evropi, ki je imela »PDNS«; šele v zadnjih letih se je ta profil pojavil tudi v Italiji in Avstriji.

Vloga naše – zaenkrat edine – usmerjene »ekstrapiramidne sestre« pri obravnavi bolnika z, na primer, Parkinsonovo boleznijo zajema tako strokovni kakor organizacijski vidik in vključuje:

- Obravnavo bolnika neposredno po postavitvi diagnoze (kako bolnik sprejme diagnozo; vzpostavi dober način sporazumevanja in odnos z bolnikom in družino; preveri odziv na uvedeno terapijo).
- Obravnavo bolnika v zgodnji fazi bolezni (vzgojno-izobraževalno delo; nevrofarmakološka testiranja, s katerimi ugotavlja odzivnost na terapijo; nudi pomoč pri uvajanju terapije).
- Obravnavo bolnika v napredovali fazi bolezni (razširi in poglobi izobraževanje o bolezni, terapiji in stranskih učinkih zdravil; ocenjuje napredovanje bolezni s semikvantitativnimi lestvicami; aktivno sodeluje z nevrologom pri nadaljnji diagnostiki in terapiji; uvajanje in učenje bolnika in skrbnika apomorfinse terapije, ki se daje v obliki intermitentnih s. c. injekcij ali v obliki kontinuirane s. c. Infuzije ...).
- Koordinacijo delovanja multidisciplinarne skupine (tima), ki se je začela oblikovati sredi 90-ih in se je formalno zaokrožila z ustanovitvijo Centra za

ekstrapiramidne bolezni Nevrološke klinike leta 2000. Danes tim sestavljajo: nevrolog, ekstrapiramidna sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, psihiater, psiholog, logoped, socialni delavec, farmakolog in drugi strokovnjaki po potrebi. (In s tem njena dejavnost še ni izčrpana!)

Sodelovanje nevrologov in medicinskih sester bi v Sloveniji gotovo lahko še močno izboljšali, le primanjkuje nam jih (primanjkuje pa seveda tudi sredstev za nastavitev sestre zunaj obstoječih tradicionalnih okvirov). Pri nekaterih boleznih, ko bolniki potrebujejo zahtevno zdravljenje, ki se ga morajo »naučiti«, izdelovalci oziroma proizvajalci v številnih evropskih državah skupaj s storitvijo nudijo tudi strokovno izobraževanje bolnikov, ki jih opravljajo medicinske sestre. Oblike takšnega sodelovanja med proizvajalci zdravil ali pripomočkov in zdravstveno službo so različne; nam je gotovo najbližji tisti, ki ga poznamo iz Velike Britanije, kjer so medicinske sestre uslužbenke zdravstvenih ustanov, denar za njihovo zaposlitev pa se črpa iz donatorskih sredstev farmacevtske industrije. Na ta način se tudi sredstva več proizvajalcev zdravil lahko »nevtalizirajo« na ravni zdravstvene ustanove, tako da medicinska sestra nima nobenega neposrednega stika s posameznim proizvajalcem, ampak je zgolj zavezana strokovnemu delu z bolniki.

Usmerjeno izobražene medicinske sestre lahko pripomorejo pri obogatitvi svetovalne službe, za kar nam zdravnikom, če ne drugega, zagotovo primanjkuje časa. Pa ne samo to; sestre prinašajo k delu veliko posebnega znanja, empatije in sposobnosti. Tako lahko pomagajo pri odkrivanju, razčiščevanju in reševanju težav na področju težav z vsakodnevnim življenjem, ki so spremljevalni proces posameznih bolezni.

Za tradicionalno zdravniško srenjo je sicer takšno angažiranje medicinskih sester lahko tudi kar škandalozno. Spomnim se mnogoterih pripomb posameznih kolegov, ki so bili kar ogorčeni že nad dosedanjim razvojem »emancipacije« medicinskih sester, njihovimi spremembami in izboljšavami v iz-

obraževalnem sistemu. Stremljenje k višji izobrazbi naj ne bi bilo koristno, ampak celo škodljivo (kdo bo pa potem bolnike negoval?). Sam tega ne vidim v tej luči. Seveda moramo obdržati tako etos dela v okviru svojih delovnih mest (da imamo pač vsi bolj ali manj prijetne naloge), še posebej pa je delo potrebno racionalno razporediti glede na zahtevnost, sposobnosti in izobrazbo, ki jo prinašajo posamezni profili. Usmerjeno izobražene sestre so po moji dosedanji izkušnji izredno koristen partner pri kakovostni obravnavi kroničnih bolnikov, kjer je veliko potrebe po sprotnem spremljanju stanja. Za to potrebujejo bolniki pogosto sogovornika vsaj na drugi strani telefonskega aparata, ki njihove težave razume in zna svetovati, pa tudi posredovati dodatne diagnostične in terapevtske posege, ko ti postanejo potrebni.

Dosedanji razvoj na področju medicinskih sester – specialistov je gotovo povezan tudi z racionaliziranjem stroškov v zdravstvu (plača sestre je pač nižja ...), vendar pa glavnina vloge sestre ni v nekakšnem mašenju lukenj s »pol zdravnikom«, ampak je dejansko razširitev kakovostne oskrbe bolnika v partnerstvu strokovnjakov z različnimi in komplementarnimi znanji.

Seveda s sodelovanjem medicinskih sester »zgodba« ni končana. Partnerstvo moramo zdravniki ustrezno nadgraditi tudi z drugimi sodelavci, ki se bodo sčasoma tudi posebej usmerili za obravnavo posebnih kategorij bolnikov, na primer delovnimi terapevti, fizioterapevti, logopedi. Takšno sodelovanje se bo najbolje izpopolnilo v okviru timov strokovnih centrov, novi organizacijski obliki, ki se organizira »okrog bolnika«, ne pa »okrog postelje«.

V začetku moramo zdravniki do določene mere pomagati, da bodo ustrezno izobraženi sodelavci ustrezno vključeni v timsko obravnavo. Morda nam bo pri tem res padla krona z glave, vendar pa nam bodo bolniki nedvomno hvaležni. ■

*David B. Vodušek*