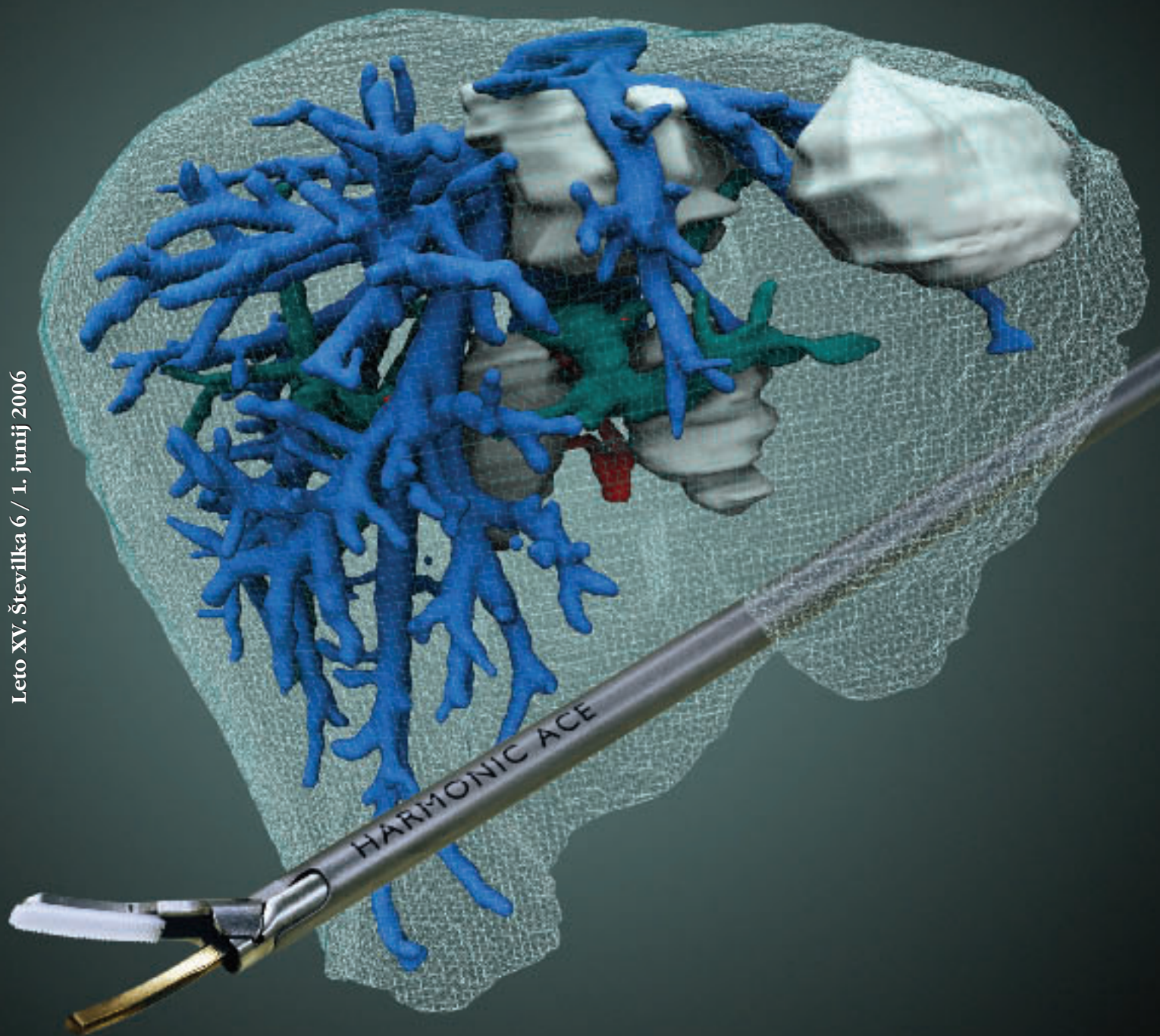


ISIS

Leto XV. Številka 6 / 1. junij 2006



GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Neodvisnost zobozdravnikov



Po letu dni spet pišem uvodnik. Februarja sem prevzela odgovorno funkcijo predsednice odbora za zobozdravstvo Zdravniške zbornice.

V tem kratkem času vođenja odbora ugotavljam, da zobozdravniki znotraj Zbornice nismo neodvisni in da Zbornica kot celota nima dovolj vpliva na zdravstveni sistem. Zbornica bi si morala pridobiti pravico, da bi sodelovala pri pripravi in ne samo komentiranju nove zdravstvene zakonodaje.

Že lani sem v uvodniku napisala, da je osrednjega pomena položaj zdravnika in zobozdravnika, v tej smeri bo tudi potekalo delo našega odbora.

Zobozdravniki imamo specifičen položaj že znotraj samega zdravništva, pogosto že tukaj naletimo na veliko nerazumevanja.

Žal precej pogosto naletimo na nesodelovanje tudi znotraj samega zobozdravništva, kjer posamezniki na nekaterih funkcijah pogosto zastopajo zgolj osebne interese.

V pogajanjih in odnosih z ZZSZ smo v preveč podrejenem položaju, naše delo je podcenjeno, zahteve zavoda tudi v administrativnem delu so vedno večje.

Zavarovanci so s svojimi pravicami iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja, ki so v zobozdravstvu relativno male, slabo seznanjeni.

Država za zobozdravstvo namenja premalo denarja in se premalo zaveda, da je oralno zdravje zelo pomembno.

Na različne težave naletimo tudi pri praktičnem delu, to je znotraj zobozdravniške delovne skupine, katere sestavni del sta asistentka in zobotehnik.

O tem, kakšen ugled nam pripisujejo mediji, pa lahko skoraj dnevno prebiramo, gledamo in poslušamo.

To je le nekaj na kratko opisanih problemov, ki pa so verjetno najbolj pereči in tudi najbolj vidni.

Mreže javne zobozdravstvene službe še vedno ni. Obstaja samo plačniška mreža, ki pa je tudi precej neenakomerno razdeljena. Menim, da moramo čim prej narediti to mrežo, ki naj temelji na strokovni oceni, za koliko zavarovancev je sposoben skrbeti posamezen zobozdravnik. Pri tem je potrebno vedeti, kakšno vizijo ima z javnim zobozdravstvom politika, koliko in kaj je država pripravljena plačati.

Kot ceh moramo seznanjati tudi javnost, da je razlika med tem, kar plača država, in tem, kar lahko ponudimo mi kot stroka (oralno zdravje je pomembno).

Vsekakor bi bilo potrebno uvesti nov storitveni sistem, ki bi upošteval razvoj in novosti na vseh področjih zobozdravniškega dela.

V prihodnosti je verjetno pričakovati tudi dodatne oblike zdravstvenih zavarovanj, zato moramo imeti pripravljena pogajalska izhodišča.

Zbornica tudi razpisuje specializacije, pri čemer je potrebno povedati, da je velik problem za stomatološke specializacije pomanjkanje specializantskih učnih delovnih mest. Vzrokov za pomanjkanje specialistov je poleg tega kar nekaj, nekatere specializacije se kar nekaj časa niso razpisovale, potrebe po regijah niso bile sporočane na ustrezen način, v zadnjem času pa je bilo opaziti tudi nezainteresiranost za določene specializacije. Potrebno bo ugotoviti resnične potrebe po regijah, ki bodo temeljile na specialistični mreži, številu delujočih specialistov, predvidenem upokojevanju, številu specializantov, in omogočiti specializacijo takoj po končanem dodiplomskem študiju.

Strokovni nadzori morajo ostati pod okriljem Zbornice, kjer pa je za njihovo opravljanje potrebno pridobiti več sredstev iz naslova javnih pooblastil.

Znotraj Zbornice zobozdravniki zaradi specifičnosti svojega poklica potrebujemo neodvisnost tako pri opravljanju in izvrševanju nalog kot tudi pri odločanju. V kolikor neodvisnost znotraj Zdravniške zbornice ne bo omogočena, pa bo vsekakor potrebno ustanoviti svojo zbornico. Vprašanje je predvsem, koliko lobiranja v politiki bi morali opraviti še za to spremembo in ali bi bil naš vpliv dovolj velik.

Politika danes preveč posega na področje naše organiziranosti.

Najpomembneje je, da (p)ostanemo zobozdravniki in zdravniki pri svojem delu neodvisni in samostojni kot temeljni odgovorni nosilci zdravstvene dejavnosti.

Da smo odgovorni nosilci, se lahko prepričamo vsakodnevno ob našem delu, ko je odgovornost vse večja in ko moramo prevzemati odgovornost tudi za svoje sodelavce. Zobozdravniki in zdravniki smo vse bolj izpostavljeni zaradi prelaganja odgovornosti države in zavarovalnice na naša ramena. Delujemo kot razlagalci pravil in pravic, kar moti naš odnos do bolnikov. Odnos, ki nam mora biti svetinja in v kar ne bi smeli dovoliti, da se vmešava kdor koli – razen nas in bolnikov.

Da smo temeljni nosilci, nismo več prepričani. Ne mi in ne država. Vsaj ne obnašamo se tako. Da bi lahko postali temeljni nosilci, bi morali doseči, da bi bile koncesije pisane na zdravnike in zobozdravnike, tudi v javnih zavodih. Tako pa je temeljni nosilec javni zavod, ki sklepa pogodbo z zavarovalnico ter zaposluje in plačuje zdravnike.

Pri zasebnih zdravnikih so razmere nekoliko drugačne, čeprav ne moremo govoriti o temeljnosti v smislu neodvisnosti, ker nas v odvisni položaj sili zakonodajalec, ki omogoča, da je lahko nosilec koncesije domača ali tuja pravna ali fizična oseba.

Pravni osebi sta tudi gradbeništvo, ki je na Koroškem dobilo koncesijo za stomatološko protetiko, in optika, ki je na Gorenjskem dobila koncesijo za okulistiko.

Pravna oseba je tudi zobotehnik, ki mu je občina podelila koncesijo za zobozdravstvo, čeprav je zanj kandidiral tudi zobozdravnik. Pravne osebe so in bodo lastniki kapitala, ki želijo privatizirati zdravstvo na način, da bi dobili koncesije in zaposlili zdravnike, ki bi bili odvisni od njih. Zato naj bodo koncesije pisane na ime zdravnika.

V odvisni položaj nas politika sili še naprej. Bodoča zakonodaja (še po neuradnih informacijah) naj bi omejila trajanje koncesij na pet do deset let - zdravniki in zobozdravniki bi bili tako še bolj odvisni od županov oziroma županj ali kdor koli že bo koncedent.

Še bolj negotove bi bile razmere za bolnike. Zdravstvo ni politika ali gospodarstvo, kjer ima proizvod ali mandat omejeno trajanje. V zdravstvu delamo z ljudmi, ki preživijo tudi več kot deset let, živijo tudi potem, ko je zdravnik že končal svojo poklicno pot. Izbira osebnega zobozdravnika oziroma zdravnika traja že od leta 1993 in večina bolnikov je še vedno pri "prvem". Zaradi odnosa, ki se vzpostavi, in zaradi zdravja, ki ni navadno tržno blago, koncesije v zdravstvu ne morejo biti časovno omejene.

V odvisni položaj silijo zdravnike tudi kolegi, ki so uspeli pridobiti koncesije in zaposlujejo svoje kolege. Ni kolegialno, da ima en zdravnik več koncesij, drugi pa je ne more dobiti. Naj bo takšnih primerov čim manj.

In naposled se v odvisni položaj silimo tudi sami, ker se ne zavedamo, kako velik pomen ima pridobljena koncesija. Na to kaže primer kolega, ki je vrnil koncesijo občini oziroma javnemu zavodu, ker se on ne bo ukvarjal z iskanjem naslednika. In primer kolega, ki je prenesel koncesijo na pravno osebo zobotehnika, ker sam ni imel dovolj sredstev za prenovno opreme. Upam, da bosta primera osamljena in da jih ne bo še več, ker se zobozdravnikom ponujajo razni zobotehniki, ki naj bi jim zagotovili sredstva in ugodne pogoje dela.

Število zasebnih zdravnikov je že okrog 1400, od tega je 650 zobozdravnikov. Po podatkih ankete smo zasebni zdravniki do sedaj zagotovili okrog 600 novih ordinacij, kar kaže, da zdravstvo na osnovni ravni ne potrebuje investitorjev od zunaj, da smo zdravniki sami sposobni izpeljati investicije.

Po podatkih ankete, ki jo je na pobudo ministrstva naredila Zbornica, si večina zobozdravnikov želi med zasebnike koncesionarje in samo upamo lahko, da bi politika na tem področju prisluhnila stroki in jim tudi omogočila prehod v koncesionarstvo. Na osnovi javne zobozdravstvene mreže, kjer se bo po strokovnih merilih zagotovo pokazalo, da je zobozdravnikov premalo, naj se med koncesionarje vključi tudi »čiste« zasebnike, ki si to želijo. Seveda bi bilo potrebno nameniti s strani države več sredstev za zobozdravstvo.

Trditve dela politike, pa tudi direktorskega lobija, da koncesionarstvo ni regulirano in nadzirano, zagotovo ne držijo. Lahko bi se vprašali, kaj je regulacija, nadzor ali javni interes. Menim, da če zobozdravniku oziroma zdravniku zaupajo pacienti, jim lahko zaupa tudi politika.

Tako zasebnik kot zaposleni zobozdravnik oziroma zdravnik sta podvržena strokovnim nadzorom s strani stroke in finančnim kontrolam ZZZS; zasebnik in javni zavodi pa še vsem drugim inšpekcijskim službam. Podeljevanje koncesij ni spreminjanje javnega zdravstva in javnega interesa, ampak samo drugačen položaj in organiziranost nosilcev zdravstvene dejavnosti.

Tako zasebnik koncesionar kot zaposleni zobozdravnik sta prisiljena izpolnjevati predloge za protetično rehabilitacijo in skupaj s pacientom čakati na njihovo (ne)odobritev. O tem in o krčenju pravic v zobozdravstvu ter podcenjenosti našega dela s strani države bi lahko pisali dolge zgodbe. Lani smo začeli na te stvari opozarjati tudi javnost, vendar so mediji žal marsikatero stvar prikazali na svoj način. Menim, da je verodostojno, pravočasno in tudi proaktivno obveščanje javnosti o našem delu in prizadevanjih za izboljšanje našega položaja ena od nalog naše cehovske organizacije, kakršna koli že bo.

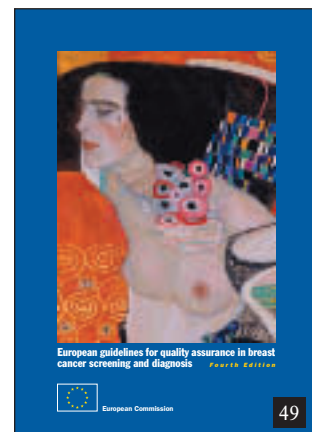
Naj vsak od nas s svojim vsakodnevnim vestnim strokovnim delom, ki zahteva veliko truda, ki marsikdaj ni primerno plačan, prispeva svoj del k izboljšanju našega ugleda in položaja. ■

Sabina Markoli



Vsebina

uvodnik	Sabina Markoli	• Neodvisnost zobozdravnikov	3
novice		•	8
iz Evrope		•	24
fotoreportaža	Vanja Malis	• "Ano lejto je pasalo"	27
aktualno	Žarko Pinter	• Zdravnik kot bolnik	30
	Aljoša Kandus, Miha Arnol, Andrej F. Bren	• Presaditev ledvic v Sloveniji po pridružitvi Evrotransplantu	31
	Marko Noč	• Perkutana koronarna intervencija z uporabo žilnih opornic (koronarnih stentov)	36
	Sveto Vitorovič	• Farmakološko zdravljenje starostnikov z demenco	40
	Martin Bigec	• Oddelek za znanstvenoraziskovalno dejavnost Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor	42
	Mateja Krajc, Maja Primic Žakelj, Jožica Maučec Zakotnik	• Povzetek Evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti presejanja in diagnostike raka dojk	48
zanimivo	Mitja Lainščak, Zlatko Fras	• Nefarmakološki ukrepi ob hiperholesterolemiji – ali imamo nove možnosti?	56
	Maruška Vidovič	• Antropologija in njen raziskovalni interes	60
delo Zbornice		• Zapisniki IO ZZS	62
pravni kotiček	Tina Šapec Mahmutović	• Osební izbrani zdravniki in licence po letu 2007	71
koledar strokovnih srečanj		•	73
programi strokovnih srečanj		•	89
strokovna srečanja	Tomaž Čakš	• Evropsko delovanje zdravniških organizacij	100
	Helena Turk	• Delovno šesto spominsko srečanje	104



TUMOR JETER

Na naslovnici je prikazana predpriprava na operacijo tumorja jeter ter harmonični skalpel, ki je kirurgom v pomoč pri delu med samo operacijo. Konica skalpela ima dvojno funkcijo: spodnji kovinski krak služi kot običajni električni skalpel, skupaj z zgornjim krakom, ki ima teflonsko oblogo, pri rezih učinkovito zleplja žile ter preprečuje krvavitve. Pri operacijah jeter je taka oblika noža še posebej učinkovita. Prav ta model skalpela so v Kliničnem centru uporabili med prvimi v Evropi in trenutno potekajo dogovori, da bi svoje izjemne izkušnje združili tudi v obliki evropskega ekspertnega referenčnega centra.

Pri zasnovi in razvoju računalniške predpriprave na operacijo jeter je sodeloval asist. Valentin Sojar, dr. med., ki je omogočil tudi nastanek te naslovnice. Računalniško načrtovanje tumorja jeter je prispevalo podjetje Sekvenca d. o. o. Avtor fotografije harmoničnega skalpela je Dragan Arrigler, ki je celostno gradivo za naslovnico tudi računalniško obdelal.

Besedilo in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Janko Kersnik	• Ali Evropi grozi epidemija kazalcev kakovosti?	106
	Iztok Gradecki	• 1. posvet o kronični koronarni bolezni	108
	Gordana Jurkovič	• Varna uporaba nesteroidnih protivnetnih zdravil in antiagregacijskih zdravil	109
	Pavle Košorok	• Novosti s področja koloproktologije	113
	Erika Cvetko	• Slovenski parodontološki dnevi	114
	Marjeta Sedmak, Zdravko Plečnik	• Pediatrična gastroenterologija	116
	Mirjana Stantič Pavlinič	• Pripravljenost zdravstvenih zavodov na velike nesreče	117
tako mislimo	Gorazd Sajko	• Samostojna pot	119
	Vladislav Pegan	• Komentar predsednika ZZS	119
	Živo Bobič	• Zobozdravniki, prišel je čas za spremembe	120
	Marjana Šalehar	• Še nekaj misli o izgorevanju medicinskega osebja	122
odmevi	Aleksander Doplihar	• Problematika nezavarovanih oseb	123
	Janez Remškar, Miriam Komac	• Odgovor Ministrstva za zdravje	124
	Vasilij Cerar	• Semantične težave starega zdravnika	125
nove publikacije	Boris Klun	• Temelji znanstvenoraziskovalne metodologije v biomedicini	126
	Mario Kocijančič	• Zdravstvena služba na Kamniškem v 20. stoletju	126
s knjižne police	Marjan Kordaš	• Moja četrta kariera	129
zdravniki v prostem času	Marjan Kordaš	• Dušan Sket (prof. dr., dr. med.) – pesnik	130
personalia		•	131
Sisi		• Zapis zdravil na KZZ	134
misli in mnenja uredništva	Jože Trontelj, Marjan Kordaš	• Umirimo javna obtoževanja o napakah v slovenskem zdravstvu	137



104



135



Na podlagi 14. člena Poslovnika o delu skupščine in izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije (Osnovno besedilo sprejeto na ustanovni skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 28. 3. 1992, dopolnitve sprejete na 24. redni seji skupščine dne 22. 4. 1995 in 10. 6. 1995, na 26. redni seji skupščine dne 21. 9. 1996, na 36. redni seji skupščine dne 26. 10. 2000 ter na 37. redni seji skupščine dne 29. 3. 2001)

RAZPISUJEM

NADOMESTNE VOLITVE ZA POSLANCA SKUPŠČINE

Zdravniške zbornice Slovenije
za volilno enoto PO2 Ptujsko Ormoške regije
za dan 13. 6. 2006.

Poslanec skupščine se voli na splošnih in tajnih volitvah, dne 20. 6. 2006.

Za poslanca skupščine lahko kandidira vsak član volilne enote, čigar kandidaturo podpre vsaj deset članov volilne enote. Kandidature določijo zdravniki na volilnem zboru volilne enote. Član volilne komisije ne more kandidirati za poslanca skupščine iz te volilne enote.

Podrobna navodila za izvedbo volitev bo predsednik regijskega odbora prejel s posebnim dopisom.

asist. Vojko Kanič, dr. med., l. r.
predsednik skupščine
Zdravniške zbornice Slovenije

Svetovni dan gibanja – 9. maj 2006

V odgovor na epidemijo debelosti in v podporo regionalni dejavnosti v Evropi bo Regionalni urad za Evropo pri SZO organiziral ministrsko konferenco o reševanju globalne problematike porasta debelosti z Evropsko komisijo kot glavnim partnerjem.

Na konferenci želijo poudariti pomen politike in mednarodnega sodelovanja v boju proti debelosti in jo kot javnozdravstveni problem postaviti visoko na politično agendo evropskih držav.

Konferenca, ki jo bo gostila turška vlada, bo od 15. do 17. novembra 2006. Regionalni urad pričakuje udeležbo medsektorskih delegacij ministrstev za zdravje držav članic evropske regije, predstavnikov mednarodnih in nevladnih organizacij, strokovnjakov, opazovalcev ter medijev. Na konferenci naj bi države članice sprejele Evropsko listino o preprečevanju porasta debelosti, ki naj bi služila kot politična usmeritev v evropski regiji.

Spoštovani novinarji, lepo pozdravljeni!

Slovenija je zaradi svojih medsektorskih prizadevanj za promocijo gibanja deležna pohval s strani SZO, zato je bil pripravljen sestanek za omenjeno konferenco v Ljubljani, prav ob dnevu gibanja, 9. in 10. maja 2006.

Dobrodošli na tiskovni konferenci, ki je organizirana z namenom predstavitve dejavnosti ob letošnjem svetovnem dnevu gibanja v Sloveniji.

Ta dogodek je pomemben tudi zaradi tega, ker v Ljubljani te dni gostimo pripravljano konferenco za ministrsko konferenco SZO o reševanju globalne problematike porasta debelosti, ki bo potekala v Turčiji novembra letos. Več o konferenci in predvidenih dejavnostih, ki jih načrtuje SZO na področju krepitve telesne dejavnosti in zmanjševanja problema debelosti med prebivalci, bo v nadaljevanju predstavil dr. Hike Nikogosian, namestnik direktorja oddelka za tehnično podporo državam članicam evropske regije SZO.

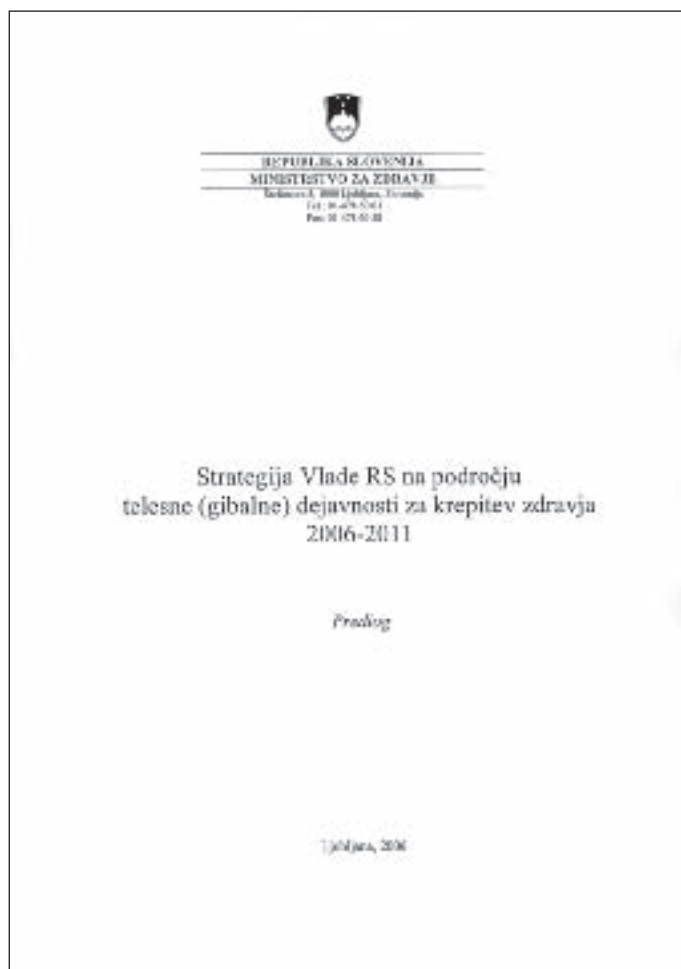
Problem debelosti se, tako kot v drugih evropskih državah, kaže tudi v Sloveniji. Eden od pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na porast te zdravstvene problematike, je tudi nezadostna telesna dejavnost in neustrezna prehrana. Kombinacija neuravnoteženega prehranjevanja in nezadostne telesne dejavnosti tako vodi do problema prekomerne prehranjenosti in debelosti, ta pa je v veliki meri vzrok za porast zbolevnosti in umrljivosti za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kot so bolezni srca in ožilja, nekatere vrste raka, sladkorna bolezen in druge.

Podatki slovenskih raziskav kažejo,

- da imamo previsok delež telesno nedejavnega prebivalstva v vseh prebivalstvenih skupinah;
- da se čas, ki ga preživimo pasivno pred računalniki ali televizijskimi zasloni, podaljšuje;
- da imamo prenizek delež prebivalstva, ki z namenom transporta vsakodnevno pešachi ali kolesari;
- da so ljudje vseh skupin prebivalcev Slovenije premalo osveščeni o pomenu redne telesne dejavnosti za zdravje;
- da imamo nezadostno infrastrukturo, ki bi omogočala varno izvajanje telesne dejavnosti.

Pri tem naj bi bile zaradi prenizke telesne dejavnosti ogrožene predvsem ženske, aktivna populacija v starosti med 25 in 49 leti, nižje izobraženi, aktivno zaposleni, socialno-ekonomsko ogroženi, prebivalci mest ter prebivalci zahodnega in osrednjega dela Slovenije.

Da bi omilili položaj, je ministrstvo za zdravje v sodelovanju z ministrstvom za šolstvo in šport ter stroko pripravilo osnutek besedila





Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja za obdobje 2006 do 2011. Omenjeni strateški dokument je medresorsko usklajen in naj bi bil v maju obravnavan na seji vlade Republike Slovenije. Strategija je s predvidenimi ukrepi in nalogami osnovana na način, da vključuje vse ključne resorje, ki pomembno prispevajo k osveščanju in spodbujanju prebivalstva k redni telesni dejavnosti, obenem pa zagotavljajo pogoje, ki gibanje sploh omogočajo. To je predvsem zagotovitev zadostnih površin, namenjenih gibanju, in varnih kolesarskih stez, spodbujanje telesne dejavnosti v turistični ponudbi ter zagotovitev ustreznega strokovnega izpopolnjevanja, strokovnih priporočil in smernic.

Da bomo lažje in učinkoviteje dosegli cilj strategije, spodbuditi vse oblike redne telesne dejavnosti skozi celotno življenje od otroštva do pozne starosti, bo potrebno tesno sodelovanje in partnerstvo na ravni države in na lokalnih ravneh. Dobro partnersko sodelovanje se je že pokazalo pri oblikovanju same strategije, saj sta obe ministrstvi skupaj pripravili zelo usklajen dokument s predlogi ukrepov in dejavnosti, ki jih bodo v prihodnjih letih skušali uresničevati v praksi. Poslanstvo same strategije je tudi, da ukrepe in dejavnosti smiselno poveže z dejavnostmi države in civilne družbe.

Ministrstvo za zdravje bo pri tem v sodelovanju z ministrstvom za šolstvo in šport izvajalo koordinativno vlogo, pri čemer bo s predvidenimi ukrepi spodbujalo vse skupine prebivalstva k redni telesni dejavnosti in s tem prispevalo k večji kakovosti njihovega življenja.

Osnutek Strategije Vlade Republike Slovenije na področju telesne dejavnosti za krepitev zdravja vsebuje tri temeljne stebre:

1. Prvi stebel predstavlja **športno rekreacijo oziroma telesno dejavnost, ki bi jo morali izvajati vsakodnevno z namenom krepitev zdravja**. Ukrepi tega stebra so oblikovani na način, da spodbujajo posameznika k svobodni izbiri telesne dejavnosti, ki mu omogoča užitek, sprostitve in razvedrilo v skladu z njegovimi telesnimi zmoglostmi.
2. Drugi stebel predstavlja **telesno dejavnost odraslih v delovnem in otrok in mladostnikov v šolskem okolju**. V okviru ukrepov tega stebra strategija predvideva ukrepe, ki bodo okrepili pozitiven odnos vodstev in delavcev do zdravega življenjskega sloga na delovnem mestu, s čimer bi pripomogli k boljšemu počutju in učinkovitosti dela.
3. Zadnji, tretji, stebel predvideva **dejavnosti transportnega gibanja**. V okviru tega si bomo prizadevali k spodbujanju državljanov h kulturi zdravju koristnega transportnega gibanja. Pri tem mislimo predvsem na vzpostavitev pogojev prometne infrastrukture, ki vključuje kolesarske steze in pešpote ter javno-promocijske ukrepe, ki spodbujajo ljudi, da čim več opravkov opravijo dejavno, v gibanju. ■

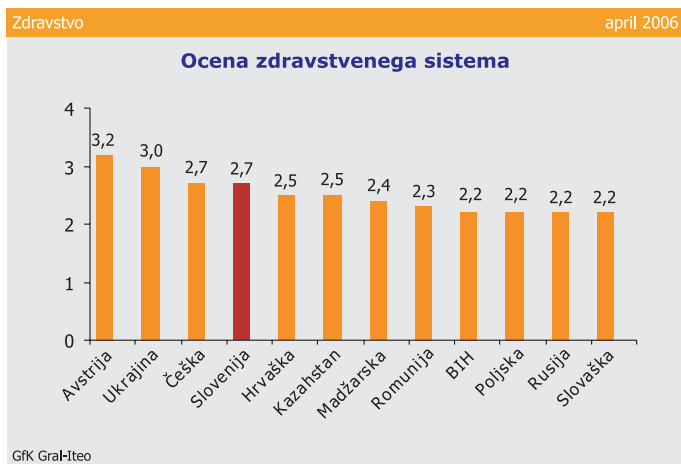


Odnos do zdravstvenega sistema in ocena osebnega zdravja

Slovinci v primerjavi z drugimi državami med zadovoljnejšimi in bolj zdravimi

Konec lanskega leta se je 12 držav srednje in vzhodne Evrope pridružilo mednarodni raziskavi o odnosu prebivalcev do zdravstvenega sistema v svoji državi. Raziskavo je vodilo podjetje Fessel GfK iz Avstrije, pridružili pa so se ji tudi v podjetju GfK Gral-Iteo.

Rezultati zadovoljstva (ocenjevanje zadovoljstva na lestvici od 1 do 4) z zdravstvenim sistemom v državi nakazujejo, da so najbolj zadovoljni v Avstriji, sledi Ukrajina, na tretjem mestu pa sta se skupaj znašli Češka in Slovenija. Za Slovenijo sta se uvrstili glede na zadovoljstvo tako Hrvaška kot BiH.



V Sloveniji večje zadovoljstvo izražajo mlajši prebivalci do 29 let, od njega pa so bolj kritični tisti, ki pogosteje obiskujejo zdravnika ali lekarne, torej imajo s sistemom več izkušenj in stika.

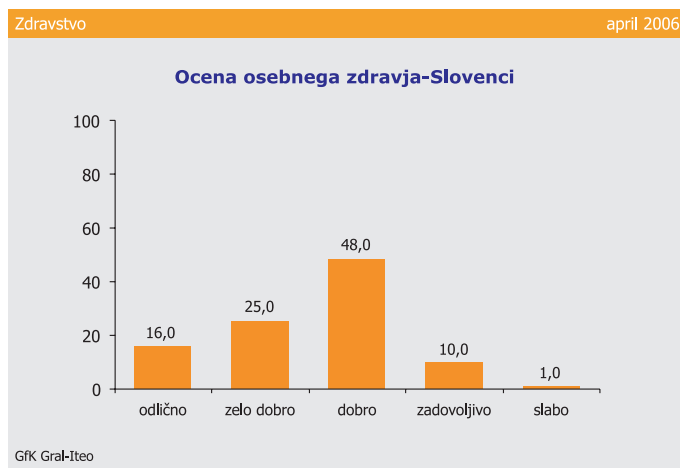
Zelo podobni rezultati se kažejo tudi glede zadovoljstva z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, kjer največje zadovoljstvo izražajo ponovno Avstrijci in Ukrajinci, saj je kar četrtina prebivalcev zelo zadovoljna. Slovenci smo se zopet znašli na tretjem mestu, kar nas ponovno uvršča med relativno zadovoljnejše v primerjavi z drugimi državami. Slabe tri četrtine Slovencev tako izraža zadovoljstvo z obstoječim stanjem. Večje nezadovoljstvo je zopet opaziti pri tistih, ki so v lanskem letu pogosteje obiskovali zdravnika, in med starejšimi od 60 let.

Ocena osebnega zdravja

Raziskava se je dotaknila tudi osebne ocene zdravstvenega stanja. Sodelujoči so svoje zdravje ocenjevali z ocenami od 1 do 5, kjer je ocena 1 pomenila slabo in 5 odlično.

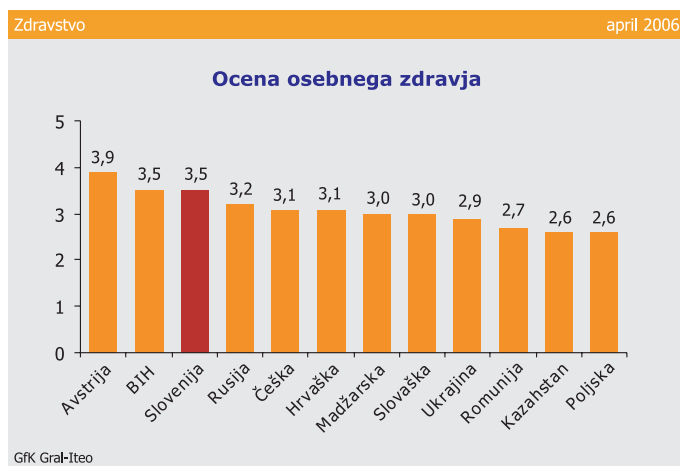
In kako zdrave se počutimo v Sloveniji? Slaba polovica Slovencev se počuti dobro, četrtina zelo dobro, 16 odstotkov pa naravnost odlično. Torej, dobrih 10 odstotkov ima glede svojega zdravja težave oziroma ga oceni kot nezadovoljivo. Bolj zdrave se spet počutijo mlajši in tisti z

redkimi obiski pri zdravniku ali v lekarni.



In kam nas uvrščajo ti rezultati?

Ponovno med tiste, ki se ocenjujejo kot bolj zdrave. V osebni oceni svojega zdravja nas "prekašajo" Avstrijci in prebivalci BiH.



Raziskava

Skupno je bilo anketiranih 12.189 ljudi v dvanajstih državah. Raziskava je zajemala naslednje države: Avstrijo, Hrvaško, Bosno in Hercegovino, Češko, Madžarsko, Kazahstan, Poljsko, Romunijo, Rusijo, Slovaško, Slovenijo in Ukrajino. Potekala je od oktobra do decembra 2005. V Sloveniji je v osebni anketi sodelovalo 1000 ljudi od 17. 11. do 8. 12. 2005.

Prospektivna raziskava ECLIPSE o škodljivostih kajenja in razvoju KOPB pri odraslih

Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je bolezen kadilcev in se razvije po dolgih letih kajenja (vsaj 10 let po škatljico na dan) pri vsakem desetem kadilcu. Bolezen zelo počasi napreduje in vodi v trajno okvaro pljuč, ki je tudi z zdravili ne znamo popraviti. Kaže se s počasi napredujočo težko sapo, včasih tudi kašljem in produktivnim izmečkom. Po ocenah je v naši državi kar 50.000 takih bolnikov z zelo različno obliko – stopnjo okvare pljuč, vsaj tri četrtine je neodkritih. Tako Svetovna zdravstvena organizacija kot smernice, objavljene v Sloveniji, predvidevajo, da se bo v naslednjem desetletju zboleznost in smrtnost zaradi te bolezni še povečevala.

Kljub temu, da je bolezen stara toliko kot cigareta, se znanstveniki še vedno ukvarjajo z vrsto nejasnosti v razvoju in manifestacijah bolezni. Tako npr. ne znamo napovedati, pri katerem kadilcu se bo bolezen sploh razvila, kako bo napredovala in s kakšnimi preiskavami je napredovanje in sploh razvoj bolezni mogoče predvideti. V ta namen je klinična raziskava ECLIPSE, ki jo je načrtovalo far-

macevsko podjetje GlaxoSmithKline – GSK, pomemben korak pri pridobivanju odgovorov na ta vprašanja.

Raziskava, ki se je konec leta 2005 pričela v 47 centrih po svetu (22 v ZDA, 18 v Evropi in 7 v Kanadi), bo skušala odgovoriti na nekaj ključnih vprašanj:

- Kako (s katero metodo testiranja delovanja pljuč) lahko čim prej najdemo tiste kadilce, pri katerih se bo razvila bolezen?
- Kaj je v genskem zapisu posameznika odgovorno za razvoj bolezni pri kadilcu?
- Kako se izražanje genov spreminja v toku treh let v primerjavi z razvojem bolezni?
- Kaj se dogaja s strukturo pljuč v treh letih opazovanja bolezni?

Bolnišnica Golnik - KOPA je eden izmed svetovnih centrov, ki je zadolžen za izvedbo raziskave pri slovenskih kadilcih – tako tistih, ki še nimajo izmerljive okvare pljuč, kot tudi tistih, ki že imajo KOPB. Vključenih bo tudi nekaj popolnoma zdravih nekadilcev za primerjalno skupino. V naši državi bomo vključili kar 150 bolnikov, starih med 40 in 75 let (od skupaj 2900 načrtovanih vključitev), ki jih bomo v raziskavo povabili z različnih

delov države. Pri vključevanju sodelujejo tudi specialisti pulmologi na terenu. Bolniki dobijo pred vključitvijo natančna pisna navodila o raziskavi, ki traja tri leta in zahteva osem obiskov v raziskovalnem centru Bolnišnice Golnik. Vse preiskave – od preverjanja delovanja pljuč do globinskega slikanja pljuč (računalniška tomografija) in odvzemov krvi, so brezplačne, bolniku organiziramo prevoz in topel obrok. Ob vsakem obisku ga pregleda zdravnik – specialist pulmolog, dosedanjega zdravljenja njegovih bolezni v toku raziskave ne spreminjamo. Bolnik ima pravico kadarkoli izstopiti iz raziskave.

Trenutno smo vključili že 40 bolnikov in do oktobra 2006, ko je vključevanje še možno, se bomo potrudili, da vključimo še ostalih 110.

Ponosni smo, da smo se kot najmanjša država v izboru za to raziskavo uvrstili med najboljše centre za izvajanje takih raziskav, in prepričani smo, da bodo naši bolniki v raziskavi pomembno prispevali pri spoznavanju novih mehanizmov nastanka in napredovanja bolezni. ■

Matjaž Fležar

Standardi

Spoštovani zasebni zdravniki in zobozdravniki,

s projektom Standardi želimo doseči boljše vrednotenje našega dela. Zato smo vam poslali anketo in standarde (kalkulacije) za vašo dejavnost. Zavedamo se, da je anketa obsežna, ker zajema vse vidike našega poslovanja. Do sedaj nam je odgovorilo le 7,7 odstotka anketirancev, od tega je bilo samo 29 odstotkov odgovorov s priloženim izpisom bilance. Glede na to, da so računovodski izkazi že izdelani, pričakujemo, da nam boste sedaj lahko odgovorili.

Prosimo vas, da:

- tisti, ki na anketo še niste odgovorili, na-

njo odgovorite in nam jo vrnite skupaj z obema izpisoma (izpis bruto bilance za leto 2005 iz glavne knjige, izpis iz registra osnovnih sredstev),

- tisti, ki ste vrnili anketo brez izpisov, pošljete še izpisa, pri čemer označite obseg in vrsto dejavnosti, ki jo opravljate po pogodbi z ZZZS,
- tisti, ki morda ankete niste prejeli, pokličete na Zbornico, da vam jo pošljemo.

V okviru projekta bomo lahko preverili in korigirali standarde samo za tiste dejavnosti, za katere bomo dobili odgovore. ■

Franc Šuta, Tatjana Puc Kous

Spoštovani zasebni zdravniki in zdravnice!

Na spletni strani Zbornice deluje tudi spletna stran za zasebne zdravnike. Na njej najdete številne koristne informacije. Vabimo vas, da si jo ogledate in s prispevki sodelujete pri tem, da bo čim bolj aktualna in zanimiva.

Preko spletne strani in preko vaših e-naslovov vas bomo sproti obveščali o pomembnih dogodkih za zasebne zdravnike. Če e-pošte iz Zbornice še ne prejimate, pošljite svoj e-naslov Darji Klančar, prof., na E: darja.klancar@zzs-mcs.si ■

Srečanje letnika, vpisanega jeseni 1976

Po 30 letih

Drage kolegice, dragi kolegi – šele ko se med živahnim utripom vsakdanjika nekoliko ustavimo, se včasih ozremo tudi nazaj. In takrat se zavemo, da ne minevajo hitro samo leta, ampak kar desetletja.

Za nami je trideset let časa, ki smo ga preživljali, doživljali in sooblikovali. Veliko se nam je medtem zgodilo, ampak naš skupni začetek ostajajo zgodnji poletni dnevi leta 1976, ko smo se mrzlično pripravljali na sprejemni izpit, pa seveda jesenski čas tistega leta, ko smo dobili indekse in se začeli srečevati na predavanjih in vajah.

Ob 30-letnici našega vpisa na Medicinsko fakulteto zato vabimo na družabni večer, ki



Mladi smo bili

bo v **petek, 6. oktobra 2006**, v hotelu Mons (www.hotel.mons.si) v Ljubljani. V sproščenem vzdušju bomo poklepetali o letih, ki so nas povezala, se pogovarjali o tem času, prebitem v medicini, ob njej in z njo, in načeli še marsikaj, za kar sicer zmanjka priložnosti, pa tudi časa.

Seveda si želimo srečanja v čim večjem številu, zato vas prosimo, da na jubilejno druženje opozorite tudi kolegice in kolege, ki jih srečujete. In vabilo, razumljivo, velja tudi za vse, ki smo skupaj prehodili večino poznejše študentske poti, čeprav je morda nismo začeli hkrati.

Vse dodatne podrobnosti bodo objavljene v Izidi, sicer pa se lahko za informacije že zdaj obrnete na e-naslov informacije@hotel.mons.si. ■



12. maj – mednarodni dan medicinskih sester

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica - Zveza) je ob mednarodnem dnevu medicinskih sester, 12. maju, obeležila svoj praznik na Bledu, kjer ima sedež regijsko Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, ki je bilo soorganizator letošnje osrednje republiške prireditve.

12. maj je Mednarodni svet medicinskih sester – ICN proglasil za mednarodni dan medicinskih sester. Ta dan praznuje na milijone medicinskih sester v 129 državah sveta v spomin na ustanoviteljico modernega sestrinstva, Florence Nightingale, ki se je rodila pred 186 leti. Prav ona je poklic ter delo medicinskih sester postavila na temelje sodobne zdravstvene nege, ki pomenijo pomoč zdravim in bolnim posameznikom, njihovim družinam, skupnosti in okolju, ki mu človek pripada.

Letošnji moto se glasi: Z ustreznim zaposlo-

vanjem medicinske sestre rešujemo življenja. Izvajalci zdravstvene nege se zavedajo pomena ustreznega zaposlovanja, zato se usmerjajo k razvoju stroke, ki poudarja, da je zdravstvena nega del celotnega družbenega in zdravstvenega sistema, ki skrbi za človeka. Ustrezno zaposlovanje omogoča pacientom boljše rezultate zdravljenja, skrajševanje institucionalnega zdravljenja, kontinuirano zdravstveno nego ter zmanjševanje stroškov, medicinskim sestram pa obvladljive delovne pogoje, manj stresa, odsotnosti z dela, manj kronične izčrpanosti

in zadovoljstvo s službo.

Zbornica – Zveza se v skladu s sprejetim Zakonom o dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je omogočil strokovnemu združenju dodelitev javnih pooblastil, aktivno pripravlja na prevzem le-teh, in sicer na področju vodenja registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege, podeljevanja licenc in strokovnega nadzora.

Na svečani prireditvi, ki je bila 12. maja 2006 ob 18. uri v Festivalni dvorani na Bledu, so prejeli najvišje priznanje Zbornice – Zveze, zlati

znak, člani in raziskovalna skupina Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, ki so s svojim delom prispevali k razvoju in ugledu poklica: Vera Čepon, Darinka Fras, Marta Kavšek, Metka Kovačič, mag. Liljana Leskovic, Nedeljka Luznar, Oti Mertelj, Marinka Orehek, Genovefa Virag in raziskovalna skupina Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Predsednica Zbornice - Zveze mag. Bojana Filej je opozorila, da bo po Analizi preskrbljenosti z medicinskimi sestrami do leta 2033, ki jo je pripravil Inštitut za varovanje zdravja, v prihodnjih letih prišlo do velike generacijske premene medicinskih sester. Tako bomo v Sloveniji v prihodnjih desetletjih potrebovali pomembno dodatno število medicinskih sester, ki ga ne moremo v celoti pridobiti z izobraževanjem. Gre seveda za oceno trendov in ne za natančne izračune, saj je težko načrtovati kadrovske zmogljivosti za toliko časa v naprej. Predlagano je bilo, da se podobno analizo z uporabljenimi ali sorodno metodologijo opravlja na tri do pet let.

Ker se tudi Evropa sooča z zaskrbljujočim pomanjkanjem medicinskih sester, je Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) posredoval gradivo s številnimi rezultati raziskav, ki so bile izvedene v različnih državah in ki se nanašajo na posledice in na zmanjšano varnost pacientov pri neustreznem zaposlovanju: npr., če medicinski sestre na kirurgiji, ki že skrbi za štiri paciente, dodelimo samo še enega pacienta, je le-ta za sedem odstotkov bolj izpostavljen, da

bo umrl v tridesetih dneh po sprejemu; pri kar 23 odstotkih pacientov so se med 30-dnevnim bivanjem v bolnišnici pojavili zapleti, ki niso bili povezani z njihovo boleznijo, in kar osem odstotkov jih je zaradi njih umrlo. Ugotovljeno je tudi bilo, da obstaja visoko razmerje med številom pacientov in številom medicinskih sester, ki so povezana s povečanim tveganjem čustvene izčrpanosti in nezadovoljstvom s trenutno službo. Medicinske sestre, ki nenehno delajo nadure ali pri delu nimajo zadostne podpore, so nagnjene k večji odsotnosti z dela in slabšemu zdravju. Za ustrezno zaposlovanje se je večkrat izkazalo, da prispeva k boljšim rezultatom pri pacientih, kar se v končni fazi kaže v zmanjšanih zdravstvenih stroških ter v povečanih prihodkih od davkov, ker se pacienti vrnejo v aktivno delovno silo.

V Sloveniji podobnih raziskav ni, prav tako ni ustreznih kadrovskega normativov, ki bi temeljili na dejanskih obremenitvah medicinskih sester. Nekateri zavodi celo ukinjajo delovna mesta, če se je le-to izpraznilo zaradi upokojitve, drugi pa ne zaposlujejo, da bi finančno uspešno poslovali, saj so kadri največji strošek.

Medicinske sestre delajo s skrajnimi napor, da bi zagotovile kakovostno in za paciente varno zdravstveno nego. Zato je Zbornica - Zveza dolžna opozoriti na obstoječe probleme.

Predsednica Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije Jelka Mlakar je povedala, da si že vrsto let prizadevajo za izboljševanje delovnih pogojev medicinskih sester in

zdravstvenih tehnikov. Predstavniki sindikata se zavedajo, da je velika večina zaposlenih v zdravstveni negi preobremenjenih z delom, da se pri številnih kažejo znaki izgorelosti, kar dokazuje, da je bila politika zaposlovanja v posameznih zdravstvenih domovih, bolnišnicah in socialno-varstvenih ustanovah pomaknjena "na rob" interesa odgovornih. Posledično ugotavljajo kritično pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi, predvsem diplomiranih medicinskih sester. Ob tem velja poudariti, da na državni ravni za področje zdravstvene nege ni kadrovskega normativov, ki bi zagotavljali ustrezne delovne razmere in predvsem enake obremenitve zaposlenih na primerljivih delovnih področjih.

Predstavniki sindikata si intenzivno prizadevajo tudi za ustrezno vrednotenje dela zaposlenih v zdravstveni negi. Prevedba plač v javnem sektorju je nedvoumno pokazala na podhranjenost oziroma podvrednotenje dela zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester na vseh področjih njihovega delovanja s "primerljivimi" poklici v javnem sektorju.

Sindikat ocenjuje, da je zahtevnost poklicev v zdravstveni negi na eni strani in mačehovski odnos države do zaposlenih v zdravstveni negi na drugi strani pripeljal do paradoksa, ki se kaže v "begu iz poklica", iskanju lažjih delovnih mest in, ne glede na prizadevanja številnih med nami, do manjšega učinka in doprinosu zdravstvene nege posameznikom in družbi v celoti.

Zagotovo pa še vedno velja, da je zadovoljen delavec tudi najboljši delavec.

Predsednica razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego pri ministrstvu za zdravje, Vesna Čuk, je predstavila predlog minimalnih kadrovskega standardov za področje zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti na osnovi razvrščanja pacientov v štiri kategorije zahtevnosti zdravstvene nege in na osnovi razmejitev del in nalog v zdravstveni negi med tehnikom zdravstvene nege in diplomirano medicinsko sestro. Ugotovljeno je bilo, da danes primanjkuje 1877 (58 odstotkov) diplomiranih medicinskih sester in 559 (11,38 odstotka) tehnikov zdravstvene nege na bolniških oddelkih slovenskih bolnišnic. Podobni predlogi se pripravljajo tudi za ambulantno, dispanzersko in patronažno dejavnost ter za socialno-varstvene zavode, kjer pa se srečujemo ne le s pomanjkljivo, temveč tudi z neustrezno kadrovskega zasedbo.

Na osnovi dobljenih podatkov so kolegij, Zbornica - Zveza in sindikat pripravili predlog stopenjskega razreševanja primanjkljaja kadra v zdravstveni negi, saj se zavedajo pomembnosti javnofinančnih učinkov. Predlog je bil predstavljen ministru za zdravje. ■

Sveti kraji različnih verstev sveta

Tak je naslov fotografske razstave, predstavljene v Mali galeriji Kliničnega centra. Avtorja sta zakonca Urška Gantar Rott in Tomaž Rott, oba zdravnik in člana KUD-a KC in MF. Prof. Rott je tudi podpredsednik KUD-a. Fotograf je povedal, da so fotografije nastale na potovanjih po svetu. Slike z ženo zbirata spontano, brez posebnega načrta. Fotografiranje mu namreč predstavlja popotni dnevnik, v katerega slikovno beleži različna doživetja. Ideja o današnji tematiki fotografskih izsekov je nastala po opazovanju praznovanja verskih praznikov po svetu in pri nas. Posnela sta domače in tuje romarske kraje. Razstavo sta postavili vodji Male galerije dr. Maja Benca in oblikovalka Biserka Komac. ■

Špela Kovačič



Praznovanje pomladi – vstajenja narave

Včas pričakovanja Kristusovega vstajenja nas je ponesla glasba - zvoki citer Urše Matjašec in Laure Menard ter kitare Lee Kralj. Zaigrale so nam dve slovenski narodni v priredbi K. Lovka – Ko dan se zaznava in Tam na vrtni gredi. Domačnost citer s pridihom etna je prežemala vso prireditev, saj so dekleta pred vsako naslednjo točko izvedle naslednje skladbe: A. Vavken, prir. C. Galič – Spet kliče nas venčani maj; slov. narod., prir. T. Plahutnik – Doli v kraju; duet: Ana in Maruša Pišljari (citre), J. S. Bach, prir. I. Jordan – Bouree iz 4. suite za violončelo solo, BWV 1010; Laura Menard (citre), J. S. Bach, prir. I. Jordan – Gavotte iz 6. suite za violončelo solo, BWV 1012; Urša Matjašec (citre), M. Schuler – Ländler.; Urša Matjašec (citre) in Lea Kralj (kitara), južnotirolska, prir. M. Schuler – Deine Wangelen sein röselerot; trio: Urša Matjašec in Laura Menard na citrah ter Lea Kralj na kitari.

Prireditev je organiziralo Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, vodila jo je predsednica društva, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Na oder je povabila razstavljavca v osrednjem prostoru – Jožeta Matjašeca. V sproščenem klepetu sta se dotaknila njegovih del, pri čemer smo izvedeli, da je slikar rojen v Prekmurju, oče treh hčera in diplomirani zdravstvenik. Dolga leta je deloval z mladimi v klimatskem



Slikar in hkrati zdravstvenik v Kliničnem centru Jože Matjašec se je v pogovoru s predsednico KUD-a dr. Zvonko Zupanič Slavec predstavil zbranemu občinstvu. S citrarskim nastopom so ga pospremile citrarke z njegovega domačega Logatca, med njimi tudi njegova hči Urša (foto: Biserka Komac).

zdravilišču na Rakitni, zadnjih nekaj let pa je zaposlen v Centru za bolezni pljuč in alergijo, v njihovi enoti za bronhoskopijo. S slikarstvom se ukvarja skoraj 20 let. Umetniško pot je začel v Društvu likovnih samorastnikov v Ljubljani pri akad. slikarju Andreju Hermanu, v letu 2004/05 pa je obiskoval slikarski tečaj

pri enem izmed umetniških vodij likovnikov v Kliničnem centru, akad. slikarju Marjanu Zaletelu. Je član Likovne sekcije KUD-a KC in MF ter Društva likovnikov Logatec. Razstavo je tehnično pripravil Jože Kovačič, ki zadnja leta skrbno opravlja to delo v skupno zadovoljstvo vseh. Strokovno mnenje o umetniku je občuteno in doživeto podala umetnostna zgodovinarica iz Logatca Anamarija Stibilj Šajn, ki slikarja že dolga leta pozna.

Slikar je prejel priznanje KUD-a za samostojno likovno razstavo, ki mu ga je izročila podpredsednica Likovne sekcije Bernarda Zac.

Ob tej priložnosti je dobila priznanje KUD-a za dolgoletno zvestobo in pripadnost KUD-u ter Likovni sekciji prof. Ana Koporc, vdova po akademskem slikarju Leonu Koporcu, ki je dve desetletji skrbel za umetniško rast KUD-ovih likovnikov. Izročilo ji ga je vodstvo KUD-a: predsednica doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec s podpredsednikoma prof. dr. Tomažem Rottom in prof. dr. Bojano Boh.

Župnik Bolniške župnije KC Miro Šlibar je pripravil praznična besedila z velikonočno tematiko. Dostojanstveno jih je prebrala Brigita Kosi, njegova župljanka.

Prireditev za bolnike je omogočila: Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d.v.z. ■

Špela Kovačič



Prireditev je sklenil župnik Miro Šlibar z opisom ljudskega običaja ob veliki noči po F. S. Finžgarju. Svečano je prižgal svečo, ki je predstavljala vstalega Kristusa in prikazala največji praznik krščanstva, obenem pa nam zaželel blagoslovljene velikonočne praznike (foto: Biserka Komac).

Medicinske sestre se predstavijo v različnih zvrsteh umetnosti

Kulturno-umetniško popoldne v Kliničnem centru so 9. maja krojili člani Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Ljubljani; pridih Orienta so nudili študentje Medicinske fakultete v Ljubljani.



Predsednica Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Darinka Klemenc, je ob mednarodnem dnevu medicinskih sester vsebinsko bogato nagovorila zbran avditorij. Razstavišče so pestro zapolnila likovna dela društvenih članov (foto: Biserka Komac).

S rčnost, pomoč, predajanje, posluš za človeka in ogromno energije... so besede, s katerimi bi lahko označili zdravstveno osebje, ki se je predstavilo z drugačno vsebino kot navadno...

Prireditve je povezovala Irena Špela Cvetežar, zaposlena na Kliničnem oddelku za urologijo, ki je z ubrano besedo vabila na oder razstavljalce, plesalce, pesnico in ženski pevski zbor.

S svojo pesmijo Kam so izginili ljudje se nam je predstavila Darja Thaler, magistrica in predavateljica na Visoki šoli za zdravstvo. Rdeča nit v njeni pesmi je bil medčloveški odnos, s katerim se ves čas srečujejo zaposleni v zdravstvu. Srž pesmi pa je bila želja po prisotnosti in pomoči, ki jo bolniki pričakujejo; čeprav včasih zaradi manjšega števila zaposlenih ni uresničljiva ves čas.

Poln govor s tekočo besedo je imela predsednica Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Ljubljani, Darinka Klemenc. Poudarila je, kakšno odgovornost, moč, stiske, znanje in pomen nosijo ljudje, zaposleni v teh poklicih. Dotaknila se je mednarodnega dneva medicinskih sester 12. maja in osvetlila vlogo teh delavcev v današnji

Evropi, ki se spreminja skozi procese novih vedenj, znanj in metod dela. Društvo je prostovoljno, samostojno, nepridobitno, stanovsko nestrankarsko združenje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov širše ljubljanske regije. Z društvenim delovanjem oblikujejo vizijo, ki teži h krepitvi zdravja, k osebni in strokovni rasti članstva ter dejavnemu sodelovanju pri uveljavljanju sprememb. Le-te narekuje razvijajoči se poklic zdravstvene in babiške nege ter društvene potrebe. Dejavnosti društva segajo na zelo različna področja: raziskovanje, izobraževanje in založništvo; etika v zdravstveni negi; pevski zbor; športno-gibalna dejavnost in pohodništvo; izletništvo; likovna dejavnost; komplementarno in naravno zdravilstvo v zdravstveni negi; zgodovina; joga.

Nato je Irena Špela Cvetežar napovedala ženski pevski zbor Florence, ki ga v veliki večini sestavljajo medicinske sestre, pod vodstvom pevovodje Karla Ahačiča. Zapele so nam dve pesmi, v skladu s pomladnim vzdušjem: Majsko pesem in belokranjsko narodno Oj, Ive, pojdimo na kres.



V spremljajočem programu, ob razstavi medicinskih sester, je zapel zbor medicinskih sester Florence. Žlahtno sta se povezali likovna in glasbena izpovednost številčno najmočnejše zastopane kadra v bolnišnicah (foto: Biserka Komac).

Pomlad, prebujenje, ljubezen

Sledila je poezija Darje Thaler, ki je tokrat svoji pesmi obarvala z ljubeznijo, medsebojno



Irena Špela Cvetežar, medicinska sestra s Kliničnega oddelka za urologijo, je z dorečenimi besedili povezala prireditve (foto: Biserka Komac).

pripadnostjo, toplino in svetlobno. Pesmi sta nosili naslova: Pomlad in Ko sem s teboj.

Pomladni naboj sta zvišala plesalca Matej in Andreja s svojim ognjevitim plesanjem salse.

Likovnost kot ljubiteljstvo in področje človekove izraznosti

Umetnost izražanja z barvami, linijami in podobami je povezal v pripoved Jano Milko-vič, likovni recenzent in mentor v Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Ljubljani. Povedal je, da se v likovni sekciji sestanejo enkrat na teden in da so pričujoča dela na razstavi plod dela zadnjih šestih mesecev.

Članom društva predstavlja udejstvovanje v likovni umetnosti sprostitev, pri kateri dobijo ponoven elan in energijo, ki sta potrebna za opravljanje njihovega dela. Likovna dela, ki so bila izobešena okoli nas, so bila narejena v različnih tehnikah: tuš, pastel, risba, akvarel. V pisano motivno paletto so bili nanizani prizori morja, pejsažev, tulipanov, maka v vazi in v naravnem okolju, tihožitja, otrok, ki se igrajo ob potoku, konj...

Indija med Kitajsko, Mjanmarom, Butanom in Bangladešem

V Mali galeriji Kliničnega centra smo si lahko ogledali utrinke fotografske razstave skupine študentov šestega letnika Medicinske fakultete v Ljubljani. Fotografije so posneli



Da se med zdravstvenim osebjem skrivajo tudi plesni talenti, sta pokazala Matej in Andreja z ognjevitim plesanjem salse (foto: Biserka Komac).

študentje, ki so se odpravili na strokovno pot pod okriljem odseka za tropsko medicino Infekcijske klinike Kliničnega centra v Ljubljani kot humanitarno-medicinska odprava. Kot je razložila študentka Irena Tonin, je bil cilj trimesečne poti nuditi podporo osnovnemu zdravstvenemu varstvu v odročnih krajih, preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni, osveščanje in vzgoja lokalnega prebivalstva o higieni, perinatalnem varstvu in pravilni prehrani.

Vtisi s fotografij o deželah in delu študentov Medicinske fakultete na drugi strani sveta so bili zelo močni in so se dotaknili marsikoga izmed gledalcev...

Špela Kovačič

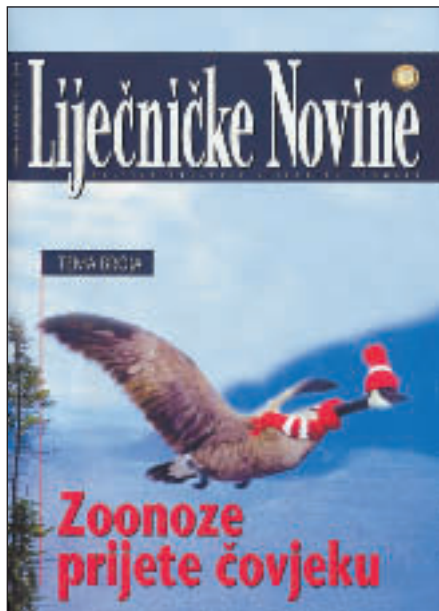
Dvojna številka revije Isis izide 1. avgusta 2006

Uredništvo revije Isis obvešča, da bo dvojna številka kot vsako leto izšla 1. avgusta 2006 in bo veljala za meseca avgust in september 2006. Naslednja številka bo izšla 1. oktobra 2006. Vabimo vas, da svoje prispevke za avgust in september pošljete v uredništvo najkasneje do 10. julija 2006.

Za vse dodatne informacije smo vam na voljo: isis@zss-mcs.si, eb.najzer@zss-mcs.si, marija.cimperman@zss-mcs.si in na T: 01/ 30 72 152.

Paket petletnih ciljev za napredek zdravstva

Minister za zdravstvo in socialno skrbstvo, doc. dr. Neven Ljubičić, je objavil petletni načrt ciljev svoje vlade za izboljšanje zdravstvenih razmer v Republiki Hrvaški.



Kljub temu, da nacionalni dohodek še ni dosegel tistega iz leta 1989, namenja Hrvaška 15 odstotkov narodnega prihodka za zdravstvo, kar je največji del v primerjavi z vsemi državami v prehodu.

Likvidnost bolnišnic ostaja tudi v prihodnje eden velikih problemov ter veliko in trajno finančno breme.

Minister govori o "popolnem razpadu vloge splošnega zdravstva", ki je z recepti, ki stanejo 2,4 milijarde kun (kuna je približno 30 SIT) in napotnicami za specialistične preglede (550 milijonov) porabilo znesek, za katerega niso imeli pooblastila.

Zaradi neučinkovitosti splošnih in družinskih zdravnikov se stopnjuje pritisk na specialistično službo. Na 1000 prebivalcev je bilo izdanih 300 napotnic za specialistične preglede (Norveška 80, Italija 66). Analiza v treh bolnišnicah je pokazala, da je bilo 60 odstotkov RT-preiskav negativnih ali pa sploh niso bile dvignjene.

Glavarina je bila urejena po zgledu Irske, Velike Britanije in Nizozemske, vendar kljub temu, da je število bolnikov na zdravnika tam

večje, ni videti dovolj motiviranosti v splošnem in družinskem zdravstvu. Skoraj vsak tretji bolnik odhaja iz osnovnega v bolniško zdravljenje.

Naslednji velik problem je oprema. Po ministrovih besedah naj bi bilo 30 odstotkov opreme še iz devetnajstega stoletja. Čeprav je bilo kupljene v zadnjih letih mnogo nove opreme, je povprečna starost 7,5 let.

Velika skrb bo posvečena preventivi. Za letos načrtujejo rutinsko mamografijo za vse ženske med 50. in 69. letom starosti, v naslednjem letu pa naj bi stekel program zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesu.

Na področju informatike bo letos 2600 ordinacij računalniško povezanih z zavodom za zdravstveno zavarovanje, do konca leta pa bosta uvedena elektronski karton in t.i. "smart kartica". Informatika v stacionarnih ustanovah bo večji problem in se bo začela šele z razpisi, vendar le za nekaj izbranih ustanov.

Specialistično izpopolnjevanje se bo odvijalo po standardih Evropske unije in bo vključevalo tudi sestre.

Načrtujejo reorganizacijo zavoda za zdravstveno zavarovanje, kjer naj bi imeli največ vpliva zavarovanci. Dopolnilno zavarovanje ostaja, vendar ne pokriva zdravil.

Zdravila bodo uvrščena na dva seznama. Osnovni (brezplačni) seznam bo obsegal od 500 do 550 zdravil. Povečalo se bo število generičnih zdravil.

Zanimiv je načrt, da bo bolnik, ki ima napotnico za prvi ali kontrolni pregled ali "diagnostično preiskavo", v prvem primeru po 30 dneh in v drugem po 90 do 120 dneh upravičen, da pregled opravi v zasebni ordinaciji ali ustanovi. Stroške bo poravnal zavod za zdravstveno zavarovanje in se bodo odšteli od prihodka bolnišnice, kjer ni mogel priti na vrsto.

Vse diagnostične preiskave morajo teči v dveh izmenah in vsaka bolnišnica mora na spletnih straneh objaviti, kakšne preiskave so pri njih možne. Poskusili bodo z naročanjem bolnikov na točno odrejeno uro.

Preiskovali bodo problem korupcije, ki pa na Hrvaškem naj ne bi bil velik. V letu 2005 je dobilo ministrstvo vsega osem prijav, razen ene so bile vse anonimne.

Zakonski in podzakonski akti navedenih ukrepov naj bi bili sprejeti v paketu do 1. junija letos.

Vir: Liječničke novine, št. 47, 15. 3. 2006

Boris Klun

Zahteve z mero: poštenje (fairness) za koroške zdravnike



Predsednik Koroške zdravniške zbornice dr. Othmar Haas in vodja Kurije zdravnikov s koncesijo (der niedergelassenen Ärzte) dr. Gert Wiegele sta 29. marca objavila odpoved pogodbe s koroško Bolniško blagajno (Gebietskrankenkasse, GKK, zavarovalnico). Poudarila sta, da je bil ta korak neizogiben, ker vodstvo Bolniške blagajne ni pokazalo nobenega razumevanja za trenutne probleme zdravnikov. Zdravniki med drugim zahtevajo, da GKK za leta 2005, 2006 in 2007 honorarje prilagodi inflaciji.

Vir: KärntnerÄrztezeitung 4, april 2006

Marjan Kordaš

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

"Ano lejto je pasalo"

Vanja Malis

Še sredi zime je bilo, ko nas je Vali, naša pevka in Primorka po rodu, povabila, da bi šle pet Slovincem na drugo stran meje, v Škedenj. Cintare, pevke ženske pevske skupine iz Ljubljane, smo z veseljem sprejele povabilo.

Ker so se priprave malo zavlekle, je Vali povabila k sodelovanju še moško pevsko skupino in plesalce veteranske folklorne skupine COF.

Tako smo se 18. marca iz hladne in meglene Ljubljane odpeljali že ob osmih. Kar petdeset nas je bilo, saj smo s seboj povabili še nekaj naših prijateljev, ki tudi niso hoteli zamuditi tako edinstvenega dogodka. Škedenjci so se nanj in na naš prihod odlično pripravili.

Sežana se je že kopala v soncu, ko smo po jutranji kavici nadaljevali pot proti Repnu. Tam nas je pričakala ga. Vesna Guštin, predsednica



Gospa Vesna Guštin pred "Kraško hišo" pripoveduje o prireditvi "Kraška ohcet".

društva "Kraški dom". Razkazala nam je "Kraško hišo", za katero bi lahko rekli, da je muzej v naravnem okolju. Hiša je lepo obnovljena in v okviru dvorišča vključuje še skedenj, hlev, sušilnico sadja in vodnjak. Opremljena je z lepim pohištvom in polna vsakdanjih še uporabnih starih predmetov, ki so se še do nedavnega uporabljali v tej in sosednjih vaseh.

Prav to dvorišče je eno od prizorišč "Kraške ohceti", prireditve, ki se odvija vsaki dve leti v tednu pred 24. avgustom in doseže svoj višek s pravo poroko mladega para v cerkvi na Tabru. Poroke in poročnega spreveda se udeleži izjemno število narodnih noš, tudi preko 700. Udeležba tako noš kot številnih obiskovalcev se iz leta v leto povečuje. Na prireditvi se potrudijo, da je vse po starem: balo vozijo z voli, oblečeni so v narodne noše, ki morajo biti izvirne ali natančni posnetki le-teh. Izvirnih noš je vedno manj in še te preperevajo. Da bi izdelali nove, so v okviru KD Ivan Grbec organizirali tečaj šivanja in vezenja, ki naj bi poleg osnovnega cilja okrepil samozavest in ljubezen do starožitnosti.

Tako prijetno sončno in toplo je bilo v zavetju hiše, a morali smo dalje, saj nas je pred cerkvijo na Tabru že čakal g. Benedičič, tamkajšnji župnik. Povedal nam je, da je bil na tem prostoru pred cerkvijo in župniš-



Notranjost cerkve na Tabru in g. župnik Benedičič, ki se zavzema za slovenski jezik v cerkvi.



Rizarna, spomenik ubitim Slovincem, Hrvatom, Italijanom in Judom



Primorska noša - eksponat z razstave

čem nekdanj sedež repentaborske srenje. Tu so vaščani okoliških vasi sprejemali odločitve, ki jih je morala potem spoštovati tako cerkvena kot posvetna gosposka. Legenda pravi, da so pri gradnji cerkve največ pomagali Repenci, zato so zahtevali, da se ime njihove vasi napiše pred imenom vasi Tabor. Tako je nastal Repentabor, sedanje ime občine, ki vključuje več vasi: Repen, Col, Poklon in Fernetiči.

Nekaj besed je spregovoril o pozitivni vlogi slovenskih duhovnikov, ki

so delovali na Tržaškem. Vedno so se trudili, da so uspeli obdržati v cerkvi slovenski govor. Omenil je tudi stara slovenska ledinska imena, ki se žal izgubljajo in pozabljajo, zato so jih zavedni domačini zbrali in zapisali v posebnem zborniku. To so imena, ki so označevala obliko in kulturo površin ter lastništvo. Skratka, to so pristna imena zemlje, ki je bila še pred kratkim povsem slovenska. Sedaj so Slovenci v manjšini in se iz previdnosti in strahu pred izbrisanim ne pustijo več preštevati. Čudili smo se, koliko umetnikov, glasbenikov, opernih pevcev, igralcev, pisateljev, slikarjev in filmskih delavcev se je rodilo v teh krajih.

Žal pa je tu tudi veliko ljudi umrlo. O smrti smo se pogovarjali z g. Sandijem Volkom, tržaškim zgodovinarjem, ko smo se poklonili žrtvam fašističnega nasilja v Rižarni. V nekdanji luščilnici riža so nemški nacisti uredili policijsko taborišče, kjer so zbirali Jude, jih vozili v Auschwitz in jih tam pobili. Tu v Rižarni so zapirali, mučili in sežigali Slovence, Hrvate in Italijane. Usmrtili so tudi od 3000 do 4000 ujetih pripadnikov protifašističnega odpora, žal največ Slovencev. Razlaga g. Volka je bila



Pevke ženske pevske skupine Cintare na koncertu v Škedenju



Ga. Marta Košuta v pogovoru z dr. Marijo Makarovič in g. Trampužem

tako pristna, da smo le s težavo zadrževali solze.

Ko se je dan prevesil v drugo polovico, nas je ga. Luiza peljala v Etnografski muzej v Škedenju in nam predstavila edinstveno delo ške-denskih krušaric, ki so nekdanj vsako jutro, v vsakem vremenu, tudi v močni burji, zalagale Trst s svežimi, omamno dišečimi toplimi kruhki,





ki so bili bolj pecivo kot kruh in so zadišali prav do Dunaja, kamor so bile škedenjske krušarice povabljene (1756 in 1764), da bi Dunajčane naučile peke takih dobrot.

Zelo malo časa nam je ostalo za sprehod po Škednju – Ščedni po domače, kjer so se ob zahajajočem soncu sence hiš že daljšale in je postajalo hladno. Kratek čas smo se pomudili še v cerkvi pri slovenski maši, nato pa smo se morali pripraviti za nastop.

Prireditve, ki je bila v prostorih slovenskega KD Ivan Grbec v Škednju, je bila odlično obiskana. Ga. Luiza Primožič, ki je samozavestno povezovala prireditve, je povedala nekaj besed o razstavljenih nošah. Noše so izdelale udeleženke tečaja, ki je trajal kar tri leta. Delale so pod skrbnim vodstvom mentorice gospe Marte Košuta, velike poznavalke tržaških noš. Med obiskovanjem tečaja, ki jih je spodbujal k raziskovanju oblačilne kulture prednikov, so tečajnice in mentorica ugotovile, da o Ščedenki (domače ime za škedenjsko nošo) še ni bila napisana zadnja beseda. Ugotovile so, da je še veliko stvari, ki bi jih bilo treba zapisati, in prav zato se je ga. Marta Košuta odločila napisati knjigo o primorski noši v Škednju in jo naslovila "Ano lejšto je pasalo". Knjigo je izdalo KD Ivan Grbec v Škednju, na prireditvi pa jo je predstavila dr. Marija Makarovič, sodelavka Slovenskega etnografskega muzeja iz Ljubljane. Za njo so spregovorili še predstavniki političnega in kulturnega življenja slovenske manjšine v Italiji: odbornik za kulturo dežele Furlanija – Julijska krajina gospod Roberto Antonaz ter predsednik zveze slovenskih kulturnih društev v Italiji gospod Marino Marsich. Prisotne je pozdravila tudi predstavnica ženske pevske skupine "Šavrinke" iz slovenske Istre.

Predsednica KD Ivan Grbec se je zahvalila Uradu vlade RS za Slovence v zamejstvu za podporo razstavi ter ZSKD – Zvezi slovenskih društev v Italiji in Zadružni kraški banki, ker sta prispevali finančna sredstva za izdajo knjige.

Plesalci in pevci smo se potrudili, kar v tako vznesenem ozračju in nabit polni dvorani ni bilo težko, da smo s solidnim nastopom prispevali svoj delež k odličnosti prireditve. Zaplesali smo šmarske ples iz okolice Ljubljane in zapeli nekaj slovenskih ljudskih pesmi. S petjem smo nadaljevali še po prireditvi, ko so nas prijazni domačini gostili s samimi dobrotami.

Z veseljem smo si tudi nastopajoči po prireditvi ogledali razstavo v zgornjih prostorih društva. Ne najdem izraza, s katerim bi lahko opisala lepoto razstavljenih eksponatov. Občudovali smo filigransko izvezene motive na pečah ter barve rut, oblek in trakov. Ko so izdelovalke noš na tečajih temeljito proučile materiale, način izdelave in motive na starih vezeninah, so napravile povsem verne kopije, tako da jih lahko s ponosom imenujejo "novi izvirniki". To gibanje, če množičnemu izdelovanju narodnih noš lahko tako rečemo, je zajelo vse slovenske družine na Tržaškem. V zadnjih dvajsetih letih si je skoraj vsaka slovenska družina izdelala novo narodno nošo. Take "unikatne umetnine" pa lahko naredijo le tisti, ki se jim je v srcu nakopičila ljubezen, srd in bolečina. To ni obrtniško delo šivilj, to je poezija ljudske ustvarjalnosti, je v tkanino izvezena pripadnost slovenstvu in je pokončnost nacionalne opredelitve, ki jo v današnjem času avtohtoni Slovenci, živeči v Italiji, lahko izražajo le preko jezika, literature in kulture. ■



Zdravnik kot bolnik

(Zdravnik v vlogi bolnika)

Žarko Pinter

Tudi zdravnik je samo človek. Mit o tem, da je zdravnik človek, ki je vedno zdrav, vse ve in je vsemogočen, je veljal mogoče dolga desetletja, med ostalimi ljudmi. Po današnjem vedenju in znanju ugotavljamo ravno nasprotno. Posamezne specialnosti v medicini zahtevajo posebno predanost zdravnika, zato so toliko bolj obremenjujoče, zdravje posameznikov, ki opravljajo to delo, pa še posebej ogroženo. Na drugi strani je zanimivo, da so študije pokazale, da smo zdravniki splošno dobro, celo bolje fizično pripravljeni kot povprečno prebivalstvo, prevalenca kajenja, srčno-žilnih bolezni in raka pa je manjša kot pri ostalem prebivalstvu.

Ne smemo pozabiti, da zdravniki vsakodnevno nosimo s seboj bremena svojih bolnikov, svojcev in prijateljev, soočamo se z improvizacijo pri delu, ker zaradi pomanjkanja denarja manjka danes to, jutri nekaj drugega. Zaključeno dežurstvo lahko traja 12, 24, ali 48 ur. Temu sledijo številne neprespane ure, pa četudi smo v pripravljenosti, o kateri je izrečenih toliko besed. Reševanje vprašanj glede dežurstev in pripravljenosti je trenutna vroča tema ne samo pri nas, ampak v vsej Evropi.

Zdravniki se srečujemo tudi z vsakodnevnimi osebnimi problemi, ki nam niso prihranjeni: lahko zbolimo in se boleznimi pogosto še kako bojimo, imamo osebne in družinske težave. Tako so med nami tudi kolegi, ki so psihiatrični bolniki, nekateri imajo težave zaradi alkohola ali so od njega odvisni, uživajo mamila ali postanejo odvisni od drugih psihoaktivnih snovi (zdravila).

Kaj vemo o težavah naših kolegov in nas samih? O svojih osebnih problemih vemo toliko, kolikor si upamo o njih govoriti s svojimi najbližjimi, kolegi ali v vlogi pacienta s terapevtom. Največkrat se le težko odločimo in se postavimo v vlogo pacienta ter poiščemo pomoč pri prijateljih ali pri kolegih. O tem, koliko nas, zdravnikov, je potrebnih takšne ali drugačne strokovne zdravniške pomoči, ne vemo kaj dosti. Ob tem velja splošno mnenje, ki je v praksi tudi potrjeno, da smo zdravniki in naši svojci težje bolniki od povprečnega prebivalstva, težje nas je voditi, smo bolj samosvoji, rezultati zdravljenja pri nas pa so zaradi naštetih dejstev bistveno slabši.

Kakšne izkušnje imajo stanovske organizacije po drugih državah, kjer so se načrtno lotili problematike zbolewnosti zdravnikov? Večje število poročil in raziskav poroča o tem, da je bolan zdravnik ali zdravnik odvisnik pogost pojav v Veliki Britaniji, Združenih državah Amerike, Kanadi, Avstraliji in Španiji, pa tudi v Avstriji in Nemčiji. Še posebej se velika zbolewnost in težave kažejo v državah, kjer je veliko doseljenih, tujih zdravnikov, predvsem zdravnikov z Bližnjega in Daljnega vzhoda.

Ugotovljeno je, da se pri zdravnikih kaže poseben vzorec zdravstvenih, še posebej psihičnih problemov, zato je možnost postavitve zgodnje diagnoze in strokovne pomoči oziroma intervencije močno zmanjšana in otežena. V ospredju so povečana prisotnost stresnih situacij, težave v zakonu, alkoholizem, depresivna stanja, uporaba opiatov, več je samomorov in povečano je število smrti pri zdravnikih, ki so soudeleženi v prometnih nesrečah. Tako se psihične težave, odvisnost, neprimerno vedenje in osebnostna stiska prepletajo med seboj, se prekrivajo, prisotne so vzporedno oziroma sočasno.

Vzroki, ki pripeljejo do tega, da smo prav zdravniki toliko bolj ranljivi oziroma da so pri nas bolezni toliko bolj pogoste, so osebnostne posebnosti posameznega zdravnika, poklicni dejavniki in odnos bolnik – zdravnik ter zdravnik – zdravnikov terapevt.

Osebnostni vzroki so dvorezen meč. Na eni strani je prilagajanje na vsakodnevne delovne obveznosti, na drugi pa smo preobčutljivi za psihične probleme.

Posebno občutljiva skupina med zdravniki so mladi zdravniki. Pri njih sta v ospredju nagnjenost k alkoholizmu in depresivnost. Še posebej pogosta in značilna je zloraba zdravil. Znano je, da kakršna koli zdravstvena motnja, ki se pokaže pri zdravniku, bodisi psihična ali fizična, in ki se ne zdravi, pripelje do negativnih posledic za bolnike, za zdravnikove svojce in zdravnika samega (možnost, da napravimo strokovno napako, se v takšnem stanju močno poveča).

Poglejmo si dostopne podatke o boleznih pri zdravnikih ♦

Depresivnost: kanadska študija je pokazala, da je med zdravniki 23 odstotkov depresivnih, med ostalim prebivalstvom je takšnih 15 odstotkov. Razmerje med depresivnimi zdravnicami in zdravniki je 2 : 1, pri mladih zdravnikih pa najdemo težave zaradi depresije pri 30 do 50 odstotkih. Avstralci so opravili prospektivno študijo, ki je pokazala, da je bilo v enem letu med 130 vprašanimi zdravniki nezadovoljstvo dalj časa prisotno pri 72 odstotkih vprašanih.

Samomor: pri zdravnikih obstaja od 1,5-krat do 2,4-krat večje tveganje, da se posameznik odloči za samomor kot pri splošnem prebivalstvu. Pri zdravnicah je to tveganje od 2,5-krat do 5,7-krat večje. Več kot tri četrtine zdravnikov, ki so napravili samomor, je bilo depresivnih, odvisnih od alkohola in zdravil. Med temi zdravniki so bili po specialnostih v ospredju anesteziologi, psihiatri, splošni zdravniki in zdravniki, ki delajo na urgenci. Tudi tukaj se je pokazalo, da so še posebno ogroženi mladi zdravniki, med njimi zlasti mlade zdravnice, osamljeni zdravniki ter med njimi odvisniki.

Alkoholizem: poraba alkohola je med zdravniki višja kot pri splošnem prebivalstvu, posebno v Veliki Britaniji. Na prvem mestu so zdravniki po 50. letu starosti, nezadovoljni s svojo kariero in tisti, ki imajo težave s stresom, izgorevajo na delovnem mestu, kadijo ali uživajo benzodiazepine. V veliki anonimni anketi, ki so jo opravili med zdravniki v Avstraliji, jih je 3 odstotke povedalo, da imajo problem z alkoholom. V isti študiji so ugotovili, da je odvisnih od zdravil od 0,5 do 1,3 odstotka zdravnikov, kar predstavlja nižjo stopnjo kot v splošnem prebivalstvu. Bolj so izpostavljeni splošni zdravniki, njim pa sledijo anesteziologi. Kljub temu, da imajo farmacevti, veterinarji in zobozdravniki po naravi svojega dela večjo dostopnost do zdravil, večje zlorabe zdravil v teh poklicih niso ugotovili.

Narkotiki: na prvem mestu je pethidin (pri nas je bil včasih dobro poznan in do nedavnega pogosto uporabljen dolantin). Zdravniki odvisniki so v povprečju stari od 30 do 39 let in najpogosteje uporabljajo zdravila iz zdravniške torbe. Od 30 do 40 odstotkov jih je uporabljalo opijate že vsaj dve leti. 20 odstotkov si je vbrizgalo droge med delovnim časom, 16 odstotkov jih je imelo težave tudi z alkoholom. Pri starejših od

45 let je bil glavni vzrok, da so segli po narkotiku, depresivno stanje. Teh je bilo 15 odstotkov. 3,8 odstotka jih je umrlo med samo študijo. Nadalje je avstralska študija pokazala, da ima 1 odstotek zdravnikov težave z alkoholom, 2 odstotka vseh, ki so odgovorili na anonimni vprašalnik, pa si sama predpisuje narkotike. Zloraba zdravil, in tudi narkotikov, je bila ponovno pogostejša pri mladih zdravnikih. Registrirani, torej poznani odvisniki med zdravniki predstavljajo le vrh ledene gore. Za njih je značilno neprimerno vedenje in neprimeren odnos do ljudi, nekomunikativnost, nesposobnost skupinskega dela (s tem pa še ni vsak zdravnik, ki se težko vključi v delovno skupino, motena oseba, ki je potrebna pomoči).

Med nevrološkimi oziroma psihiatričnimi boleznimi so v ospredju multipla skleroza, parkinsonova bolezen, alkoholizem in posledično motena možganska funkcija, ki vodi vse tja do demence.

Tako bolni zdravniki po merilih, ki jih imajo v Avstraliji, potrebujejo posebno terapijo, izobraževanje in ureditev delovnih razmer. Zunanji dejavniki, ki vplivajo na psihofizično stanje zdravnika, so vsakodnevne negativne izkušnje pri delu, travme, ki jih doživljamo, kot so nenadna smrt pacienta, dolgotrajen proces umiranja bolnikov, bolečina trpečega bolnika, ki mu je ne moremo ali pa jo lahko le delno, nezadostno lajšamo, težavni bolniki in etična vprašanja.

Posebno veliko težav imajo tisti zdravniki, ki niso večji vzpostavljanja dobre komunikacije z bolnikom in njegovimi svojci. Dodatne zunanje vzroke predstavljajo: vsakodnevni boj za osebno eksistenco, neprimeren odnos družbe do zdravniškega dela, strah pred tem, da bi naredili strokovno napako, težave, ko skušamo postaviti pravo diagnozo, kopičenje množice dela in ne nazadnje klinično delo, kjer je zdravnik soočen iz oči v oči s svojim pacientom.

Posebej izpostavljena delovna mesta so urgenca, prva pomoč, infekcijski oddelki (HIV), onkološki oddelki in oddelki za intenzivno

terapijo. Pridruži se jim neobičajno ali celo nenormalno dolg delovni dan, pomanjkanje spanja in stalno spreminjajoč se delovni ritem, na katerega se tudi sčasoma številni le težko navadijo. Tudi tukaj vidimo, da so ogrožena skupina mladi zdravniki, še posebej v prvih dveh letih po zaključku študija.

Smrtnost pri prometnih nesrečah je 2-krat višja kot pri povprečnem prebivalstvu. Vzrok temu je pogosto menjavanje delovnega mesta, velike razdalje od doma do delovnega mesta in s tem povezano vsakodnevno premagovanje teh razdalj z dolгими vožnjami po dolgotrajnem, napornem delu ali celo dežurstvu. Zlasti obremenitev v posameznih specialnostih in z njo povezano izgorevanje na delovnem mestu lahko vodi do resnih posledic tako za zdravnika kot tudi za bolnika. Primerjave med skupino zdravnikov, ki so delali od 35 do 42 ur, in drugo skupino, ki je delala 60 ur na teden in je opravila ustrezno število dežurstev, ob tem pa bila prikrajšana še pri vsakodnevnem spancu, so pokazale, da tako preobremenjeni zdravniki reagirajo enako, kot da bi bili pod takšnim vplivom alkohola, da ne bi bili več sposobni voziti.

Zaključek ♦

Zgodnje prepoznavanje težav pri zdravnikih, ki lahko negativno vplivajo na kakovost njihovega dela, je težko, zahtevno, pripomore pa k postavitvi zgodnje diagnoze in omogoči čim prejšnjo terapijo oziroma pomoč. S tem pomagamo ne samo kolegu zdravniku, ampak tudi njegovim pacientom. Le zbran zdravnik, razbremenjen osebnih težav, vsakodnevnih skrbi, zdrav ali pa ob prisotnih kroničnih težavah v dobri zdravniški oskrbi, lahko kakovostno in varno opravlja svoje delo s pacienti.

Naša naloga bo tako v prihodnje tudi pomoč bolnim zdravnikom, priprava posebnih oblik zdravljenja in programov, ki jim bodo omogočili kakovostno pomoč in s tem tudi uspešno vračanje v delovno okolje. ■

Presaditev ledvic v Sloveniji po pridružitvi Evrotransplantu

Aljoša Kandus, Miha Arnol, Andrej F. Bren

Presaditev ledvice je zdravljenje izbora za bolnike s končno ledvično odpovedjo (1). Dolgotrajno preživetje bolnikov s presajeno ledvico je daljše kot preživetje dializnih bolnikov, vključenih na čakalno listo za presaditev ledvice (2, 3). Uspešna presaditev ledvice omogoča bolnikom boljše kakovost življenja v primerjavi z dializnim zdravljenjem (4). V ZDA se cena uspešne presaditve ledvice izenači s ceno dializnega zdravljenja približno po treh letih, kasneje je zdravljenje bolnika s presajeno ledvico cenejše od zdravljenja kroničnega dializnega bolnika (5). Navedene prednosti podpirajo razvoj zdravljenja s presaditvijo ledvic.

Namen prispevka je prikazati metodologijo pri presajanju ledvic v Sloveniji, rezultate tega zdravljenja v primerjavi z rezultati drugod in probleme, s katerimi se srečujemo pri tem zdravljenju. Podrobneje so prikazani rezultati presaditve ledvic v petletnem obdobju od pridružit-

ve Evrotransplantu (ET). Evrotransplant je organizacija za presaditve organov umrlih darovalcev, ki združuje šest držav: Avstrijo, Belgijo, Luksemburg, Nemčijo, Nizozemsko in Slovenijo.

Metode ♦

Za presaditev ledvice so primerni bolniki s končno ledvično odpovedjo brez spremljajočih bolezni, ki bi lahko poslabšale zdravstveno stanje zaradi operacije ali imunosupresivnega zdravljenja. Od februarja 2005 pri nas ni več predpisane zgornje starostne meje prejemnika ledvice. Sočasno je bila zgornja starostna meja umrlih darovalcev zvišana od 60 na 65 let.

V Sloveniji, ki ima površino približno 20.000 km² in dva milijona prebivalcev, imamo en center za presaditev ledvic, ki je v Kliničnem

centru Ljubljana, in en center za tipizacijo tkiv v okviru Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, prav tako v Ljubljani. Od leta 1998 je v nacionalni program za presaditev ledvic umrlih darovalcev poleg Kliničnega centra vključenih še devet darovalskih bolnišnic, kjer odvzemajo ledvice umrlim darovalcem (6). Republiško čakalno listo za presaditev ledvice umrlih darovalcev vodimo zdravniki Kliničnega oddelka za nefrologijo Kliničnega centra Ljubljana. Preiskovanje bolnikov pred vključitvijo na čakalno listo načrtujemo in izvajamo v sodelovanju z nefrologi dializnih centrov po enotnem protokolu preiskav. Ustanovitve in dobra organiziranost nacionalne transplantacijske mreže, ki sestoji iz centra za presaditev ledvic, darovalskih centrov, centra za tipizacijo tkiv in osrednje povezovalne ustanove Slovenijatransplant, je pripeljala do povečanja števila presaditev in sprejema Slovenije v ET v začetku leta 2000.

Po osamosvojitvi Slovenije je bil 27. 1. 2000 sprejet nov Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja. V primeru umrlih darovalcev je za odvzem organov praviloma potrebno soglasje svojcev umrlega. Po presaditvi ledvice je prejemnik sprejet na oddelk centralne intenzivne terapije. Če ni zadržkov, je prejemnik drugi dan po presaditvi premeščen na Klinični oddelk za nefrologijo. Po odpustu iz bolnišnice prihajajo vsi prejemniki na preglede v Ambulanto za bolnike s presajeno ledvico, ki deluje v okviru Kliničnega oddelka za nefrologijo.

Imunosupresivno zdravljenje, ki preprečuje zavrnitev presajene ledvice in ga vodimo nefrologi, se je v zadnjih treh desetletjih precej spremenilo. Prejemnike ledvice smo v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja zdravili z azatioprinom in glukokortikoidi. Od leta 1986 so vsi prejemniki prejeli ciklosporin (sandimmun®) od dneva presaditve, praviloma skupaj z diltiazemom. Leta 1994 smo prejemnike prevedli na mikroemulzijo ciklosporina (sandimmun neoral®). Vsi so skupaj s ciklosporinom prejeli glukokortikoide ter 14 dni po presaditvi tudi azatioprin. Azatioprin smo ponovno uvedli v primeru uspešno zdravljenih akutne zavrnitve. V letu 1997 smo pri nekaterih prejemnikih pričeli uvajati mikofenolat mofetil, kot dodatno imunosupresivno zdravlilo ob ciklosporinu. Oktobra 1999 smo korenito spremenili profilaktično imunosupresijo: od tedaj so prejemniki dobivali baziliksimumab, majhen odmerek ciklosporina, majhen odmerek metilprednizolona ter standardni odmerek mikofenolat mofetila (7). Od junija 2002 so prejemniki za indukcijo imunosupresije po naključnem izboru prejeli daklizumab ali baziliksimumab. Nekaj prejemnikov, ki so imeli nesprejemljive stranske učinke ciklosporina (večinoma kozmetične), smo prevedli na takrolimus. Pri izbranih prejemnikih smo v primeru stranskih učinkov glukokortikoidov postopno ukinili metilprednizolon, ne prej kot šest mesecev po presaditvi. Vse zdravljene akutne zavrnitve smo potrdili s perkutano biopsijo presajene ledvice.

V kolikor ni navedeno drugače, so rezultati prikazani s povprečjem in standardno deviacijo. Za statistično primerjavo razlik med proučevanimi skupinami smo uporabili test t za neodvisne vzorce. Preživetje presadkov in bolnikov smo izračunali s Kaplan-Meierjevo metodo. S posebnim vprašalnikom je bila ocenjena tudi kakovost življenja po presaditvi ledvice. Prejemniki, ki so sodelovali v oceni, so primerjali kakovost življenja v času dializnega zdravljenja in po presaditvi ledvice s točkovnim sistemom od 1 (zelo slabo) do 5 (odlično). Razlika med obema načinoma zdravljenja je bila statistično analizirana s testom t za parne vzorce.

Rezultati ♦

Do konca leta 2004 je bilo v Sloveniji presajenih 607 ledvic. Pri prvi presaditvi ledvice leta 1970 je bil darovalec živi sorodnik, zadnja presaditev ledvice živega darovalca je bila leta 1998. V tem obdobju je

prejelo ledvico živega darovalca sorodnika 124 bolnikov (88 moških in 36 žensk), starih od 6 do 53 let. Iz Slovenije je bilo 90 prejemnikov, iz drugih republik nekdanje Jugoslavije pa 34. Živi sorodniški darovalci so bili starši ($n = 91$), sorojenci ($n = 31$) in stari starši ($n = 2$), stari od 23 do 79 let. Leta 1986 je bilo 23 presaditev ledvic živega sorodnika, kar je bilo največ v enem letu.

Redno presajanje ledvic umrlih darovalcev se je začelo leta 1986. Do 31. decembra 1999 je ledvico umrlega darovalca prejelo 239 bolnikov (135 moških in 104 ženske), starih od 9 do 65 let.

Od pridružitve ET v začetku leta 2000 do konca decembra 2004 je 244 bolnikov (139 moških in 105 žensk), starih 46 ± 11 let (razpon od 13 do 66 let), prejelo ledvico umrlega darovalca. Presaditve ledvice umrlega darovalca po zastoju srca ('non-heart-beating donor') v Sloveniji še ni bilo. Večina bolnikov (223, 91,4 odstotka) je imela ledvico presajeno prvič, 21 (8,6 odstotka) bolnikov je prejelo že drugo ledvico. Iz drugih držav ET smo prejeli 141 (57,8 odstotka) ledvic, preostale 103 (42,2 odstotka) ledvice so bile odvzete v Sloveniji. Starost darovalcev je bila 37 ± 14 let (razpon od 6 do 60 let). Povprečno število neskladnih antigenov HLA je bilo $2,8 \pm 1,1$ (razpon od 0 do 5), kar se statistično ne razlikuje od povprečne neskladnosti pri prejemnikih ledvic umrlih darovalcev pred letom 2000 ($3,0 \pm 0,9$). Mediana vrednost citotoksičnih protiteles PRA ('panel-reactive antibodies') je za zadnje meritve pred presaditvijo znašala 4 odstotke (razpon od 0 do 88 odstotkov). Hladna ishemija je po vstopu v ET trajala $21,5 \pm 7,5$ ur. Pri darovalcih iz Slovenije je trajala $18,0 \pm 7,5$ ur (razpon od 7,0 do 41,0 ur) in je bila statistično značilno krajša ($P < 0,01$) kot pri darovalcih iz tujine ($24,0 \pm 6,0$ ur, razpon od 12,5 do 40,0 ur). Pred letom 2000 je pri presaditvah ledvic umrlih darovalcev hladna ishemija trajala $18,0 \pm 7,0$ ur, kar je podobno kot po vstopu v ET, če primerjamo le presaditve ledvic darovalcev iz Slovenije. Zakasnelo delovanje presajene ledvice (potreba po dializi v prvem tednu po presaditvi) je imelo 73 (29,9 odstotka) bolnikov. Glukokortikoide smo postopno ukinili pri 84 (34,4 odstotka) prejemnikih, večina jih je bila vključenih v multicentrično raziskavo ukinjanja glukokortikoidov po presaditvi ledvice ('Steroid Withdrawal Project of the Collaborative Transplant Study') (8).

Po pridružitvi ET smo akutno zavrnitev dokazali le pri 15 (6,1 odstotka) prejemnikih. Pri 13 je bila zavrnitev uspešno zdravljena. V prvih treh letih po presaditvi smo izgubili 14 presajenih ledvic. Vzroki so bili zgodnja tromboza arterije ali vene presadka ($n = 6$), smrt prejemnika ($n = 4$), akutna zavrnitev ($n = 2$), septični šok ($n = 1$). Ena presajena ledvica je bila namerno odstranjena 10. dan po presaditvi zaradi nadežno ugotovljenega metastatskega pljučnega raka pri darovalcu. V enakem obdobju je umrlo sedem prejemnikov: štirje v prvem letu (eden z delujočim presadkom), trije (vsi z delujočim presadkom) pa v tretjem letu. Do 31. decembra 2004 je bilo 1- oziroma 3-letno preživetje prejemnikov 98,3-odstotno oziroma 96,0-odstotno, preživetje presajenih ledvic pa 95,8-odstotno oziroma 93,5-odstotno.

V obdobju od leta 1997 do leta 2000 je bilo 1- oziroma 3-letno preživetje ledvic umrlih darovalcev 90,5-odstotno oziroma 88,1-odstotno ter od leta 1986 do leta 1996 71,9-odstotno oziroma 69,6-odstotno.

Kakovost življenja pred in po presaditvi je ocenjevalo 113 prejemnikov (62 moških in 51 žensk), večina je bila v drugem letu po presaditvi. Povprečna ocena kakovosti življenja je po presaditvi ledvice znašala $3,97 \pm 0,74$, v času dializnega zdravljenja pa $2,67 \pm 0,83$ ($P < 0,001$).

Leta 2004 so znašali stroški presaditve ledvice umrlega darovalca ob koncu prvega leta približno 46.000 evrov (brez zapletov po presaditvi), kasneje 7000 evrov na leto. V tem času je cena enoletnega zdravljenja s kronično hemodializo znašala približno 26.000 evrov.

Konec leta 1999 je bilo v Sloveniji 1128 bolnikov, ki so se zdravili s kronično dializo. Na čakalni listi za presaditev ledvice umrlega darovalca

jih je bilo 135 (12,0 odstotkov). 31. decembra 2004 je bilo na čakalni listi 108 (8,2 odstotka) od 1325 kroničnih dializnih bolnikov.

V Ambulanti za bolnike s presajeno ledvico Kliničnega oddelka za nefrologijo je bilo 31. decembra 2004 registriranih 418 prejemnikov ledvice, eno leto prej jih je bilo 374. Večina prejemnikov je imela presajeno ledvico v Sloveniji.

Razpravljanje ♦

Leta 2003 je bilo v državah, vključenih v ET (119 milijonov prebivalcev), 66 centrov za presaditev ledvic, v povprečju en center na 1,8 milijona prebivalcev (9). Zato menimo, da v Sloveniji zadošča en center za presaditev ledvic v Ljubljani, ki ima tudi ustrezen geografski položaj. Vključitev v ET prinaša več prednosti. Slovenija je premajhna, da bi za vsako pridobljeno ledvico umrlega darovalca lahko našli tkivno dovolj skladnega prejemnika (10). Čeprav tkivna skladnost pri prejemnikih ledvice umrlega darovalca statistično ni bila značilno boljša kot pred letom 2000, bi bila bistveno slabša, v kolikor se ne bi pridružili tako veliki organizaciji, kot je ET. Potrebno je poudariti, da je bilo v petih letih po pridružitvi v ET število presaditev ledvic skoraj enako kot število presajenih ledvic umrlih darovalcev v 14 letih pred letom 2000. To pomeni 2,8-krat večje število presaditev ledvic na leto po pridružitvi ET. Poleg tega članstvo v tako uspešni organizaciji zahteva stalno primerjavo z drugimi državami članicami, kar je gonilna sila za stalen napredek. Leta 2002 in 2004 je bilo presajenih 55 ledvic umrlih darovalcev, kar je doslej največ v enem letu. S tem smo dosegli povprečno število presajenih ledvic umrlih darovalcev (na milijon prebivalcev) v državah ET v zadnjem desetletju (9). Seveda pa je to število presajenih ledvic še vedno manjše kot v nekaterih najbolj uspešnih državah (11). Druge pomembne prednosti pridružitve ET so še skrajšanje čakalne dobe do presaditve, možnost presaditve visoko senzibiliziranim bolnikom in nujne presaditve. Slaba stran pridružitve je predvsem daljši čas hladne ishemije, ki je neodvisni dejavnik tveganja za nastanek kronične zavrnitve oziroma kronične transplantacijske nefropatije (12, 13). Čas hladne ishemije bi lahko skrajšali z izboljšanjem transportnih povezav med Slovenijo in drugimi članicami ET, kot tudi z boljšo organizacijo dela v našem centru za presaditev ledvic. V primeru skrajšanja hladne ishemije bomo lahko sprejemali tudi ledvice neoptimalnih darovalcev (t. i. 'expanded criteria donors', kot so npr. starejši darovalci).

Republiška čakalna lista za presaditev ledvice je na milijon prebivalcev skoraj trikrat manjša, kot čakalna lista za celotno območje ET (9). V zadnjem desetletju se celo postopoma zmanjšuje. Majhna čakalna lista je glavni razlog, da število presaditev ledvic umrlih darovalcev v naši državi ni še večje. V zadnjem letu je število odvzetih ledvic umrlih darovalcev preseglo število presaditev za 20 odstotkov (14). Poleg nezadostnega informiranja bolnikov in strogih vključitvenih kriterijev hitrejšo večanje števila bolnikov na čakalni listi ovira tudi težja dostopnost do nekaterih zahtevnejših preiskav in posegov, ki so predhodno potrebni.

Število presaditev ledvice živega sorodnika se je pričelo zmanjševati po letu 1986. Verjetno je bil eden od razlogov za to zmanjševanje v pričakovanju porasta števila presaditev ledvic umrlih darovalcev, ki so jih redno pričeli izvajati istega leta. Vendar pa število presaditev ledvic umrlih darovalcev ni naraščalo vse do leta 1998, ko je bila ustanovljena nacionalna transplantacijska mreža. V državah ET se od druge polovice devetdesetih let prejšnjega stoletja postopno povečuje število presaditev ledvic živega darovalca, prav tako te presaditve predstavljajo pomemben delež vseh presaditev v nekaterih severnih evropskih državah in v ZDA. Kljub temu pri nas ni pričakovati naraščanja števila presaditev ledvic živih darovalcev, dokler bo število presaditev ledvic umrlih darovalcev stabilno ali večje, čakalna lista majhna in zato čas čakanja do presaditve relativno kratek (9, 11).

V skladu s Pravilnikom o vodenju prejemnikov ledvice po presaditvi morajo biti ti redno zdravstveno pregledani v centru za presaditev. Izpolnjevanje te obveznosti postaja vse bolj težavno, ker število bolnikov, ki so registrirani v Ambulanti za bolnike s presajeno ledvico, v zadnjih letih hitro narašča, prostorski in kadrovske pogoji za zdravljenje teh bolnikov na bolnišničnem oddelku in v ambulanti pa se niso izboljšali.

Od pridružitve Slovenije organizaciji ET so kratkoročni in srednjeročni rezultati presaditve ledvic glede na preživetje bolnikov in presajenih ledvic zelo dobri, boljši kot v preteklosti ter povsem primerljivi z rezultati drugih velikih centrov in raziskav (15, Collaborative Transplant Study (archive CTS-K-14101-0205, CTS-K-14102-0205, dostopno na <http://www.ctstransplant.org/>). Ti rezultati so najverjetneje odraz učinkovite in varne imunosupresije, starostne omejitve za darovalce in prejemnike v preteklosti ter skrbnega vodenja bolnikov pred in po presaditvi. Da bi bilo število presaditev v prihodnje še večje, bo potrebno povečati čakalno listo ter število darovanih organov. Za vzdrževanje zelo dobrih doseženih rezultatov zdravljenja s presaditvijo ledvice bo nujno potrebno izboljšanje pogojev za vodenje prejemnikov na bolnišničnem oddelku in v Ambulanti za bolnike s presajeno ledvico Kliničnega oddelka za nefrologijo. ■

Literatura:

1. Kasiske BL. The evaluation of prospective renal transplant recipients. In: Greenberg A, ed. *Primer on kidney diseases*, 3rd edn. Academic Press, San Diego, 2001; 455-460
2. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of first cadaveric transplant. *N Engl J Med* 1999; 341: 1725-1730
3. Ojo AO, Hanson JA, Meier-Kriesche H-U et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 589-597
4. Goodman WG, Danovitch GM. Options for patients with kidney failure. In: Danovitch GM, ed. *Handbook of Kidney Transplantation*. 4th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005; 1-22
5. Gaston RS, Gitlin MH. Psychosocial and financial aspects of transplantation. In: Danovitch GM, ed. *Handbook of Kidney Transplantation*. 4th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005; 495-504
6. Voncina J. Transplant activities in Slovenia. *Organs and Tissues* 1999; 2: 115-117
7. Kandus A. Preventing acute rejection with basiliximab and triple immunosuppression after renal transplantation. *Transplant Proc* 2002; 34: 2907-2909
8. Opelz G, Döhler B, Laux G. Long-term prospective study of steroid withdrawal in kidney and heart transplant recipients. *Am J Transplant* 2005; 5: 720-728
9. Cohen B, Persijn GG. Eurotransplant International Foundation Annual Report 2003. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag, 2003; 6-33
10. Hunsicker LG. Renal transplantation for the nephrologist: HLA matching and cadaveric kidney allocation. *Am J Kidney Dis* 1989; 13: 438-441
11. Council of Europe. International data on organ donation, transplantation, waiting list and family refusals, year 2003. *Newsletter Transplant* 2004; 9: 17-24
12. Amend WJC Jr, Vincenti F, Tolmanovich SJ. The first three posttransplant months. In: Danovitch GM, ed. *Handbook of Kidney Transplantation*. 4th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005; 212-233
13. Sahadevan M, Kasiske BL. Long-term posttransplant management and complications. In: Danovitch GM, ed. *Handbook of Kidney Transplantation*. 4th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005; 234-278
14. Cohen B. Statistics. *Eurotransplant newsletter* 2005; 198: 2
15. Cardillo M, Poli F, Barraco F et al. Renal transplantation. *Contrib Nephrol* 2005; 146: 1-10

Objavljeni prispevek je prevod članka (brez izvlečka): Aljoša Kandus, Miha Arnol and Andrej F. Bren. Renal transplantation in Slovenia after joining Eurotransplant. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 36-39 (s soglasjem glavnega urednika N. Lameirja in založnika Oxford University Press).

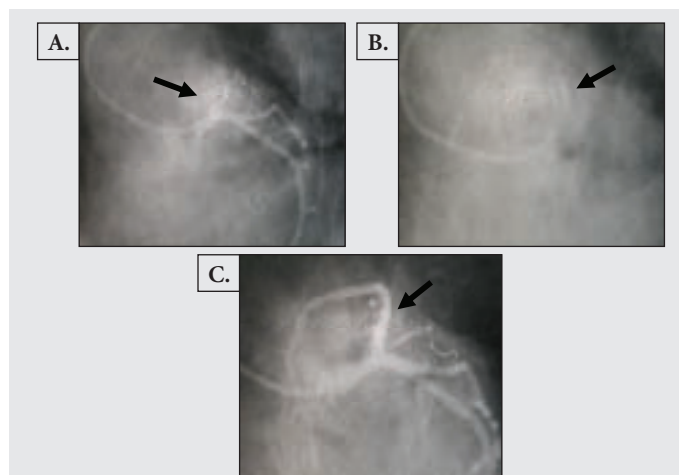
Perkutana koronarna intervencija z uporabo žilnih opornic (koronarnih stentov)

Kaj naj bi vedel vsak zdravnik, ne glede na specialnost?

Marko Noč

V zadnjih letih se število perkutanih koronarnih intervencij (PCI) neprestano povečuje in v Sloveniji smo v lanskem letu opravili več kot 2700 teh posegov. Z bolniki po PCI se zato pri svojem delu vedno pogosteje srečujejo ne le kardiologi, ampak tudi zdravniki drugih specialnosti. Za pravilno obravnavo teh bolnikov je zato potrebno osnovno znanje o PCI in stentiranju koronarnih arterij.

PCI je relativno neinvaziven poseg, ki ga opravimo v angiografskem laboratoriju bodisi pri bolnikih s stabilno koronarno boleznijo ali bolnikih z akutnim koronarnim sindromom (Slika 1).



Postavitev koronarnega stenta. A - zdrava koronarna arterija. B - koronarna arterija, ki jo pomembno zožuje aterosklerotični plak. C - postavitev koronarnega stenta s pomočjo dilatacijskega balona. D - končni rezultat, ki kaže popolnoma prehodno koronarno arterijo. E - preraščanje stenta z endotelimi celicami, kar zagotovi gladko žilno površino.

Popolna zapore ene izmed koronarnih arterij ob razvijajočem se akutnem srčnem infarktu (A). Preko vodilnega katetra čez zaporo uvedemo vodilno žico in preko nje na tarčno mesto postavimo dilatacijski balon, ki ga s pomočjo posebne priprave pod tlakom napolnimo s kontrastnim sredstvom in tako razširimo koronarno arterijo. (B). Ponovno slikanje koronarne arterije pokaže lepo prehodno koronarno arterijo, ki se v celoti napolni s kontrastom (C).

Namesto samo balonskega širjenja koronarne zožitve v več kot 90 odstotkih uporabljamo žilne opornice ali stente (Slika 2), s pomočjo katerih dosežemo bolj optimalen in stabilen rezultat posega. Stent je v bistvu "kovinska mrežica", ki je pritrjena na dilatacijski balon, preko katerega ga tudi postavimo na mesto koronarne zožitve. Stent tako ostane vpet v žilno steno in postopoma ga prerastejo endotelne celice.

V zadnjih letih so se poleg "navadnih" uveljavili tudi stenti, ki so prekriti s citostatikom. Od stentov, prekritih s citostatikom, v Sloveniji trenutno uporabljamo stente s komercialnimi imeni "Cypher" in "Taxus". S kratiko jih pogosto imenujemo tudi "DES" (drug eluting stents), za razliko od "navadnih", ki imajo kratiko "BMS" (bare metal stents). DES-stenti nedvomno pomenijo velik napredek v intervencijski kardi-

ologiji, saj pomembno zmanjšajo pogostost ponovne zožitve koronarne arterije (restenoze) na mestu širitve v primerjavi z BMS-stenti. Potreba po dodatni intervenciji ali celo srčni operaciji je zato bistveno manjša. Ob uporabi DES-stentov pa se moramo zavedati tudi možnih zapletov, ki so lahko smrtno nevarni in do katerih največkrat pride v času, ko je bolnik že odpuščen s kardiološkega oddelka. Z morebitnimi zapleti se zato največkrat srečujejo zdravniki drugih specialnosti.

Citostatik ne zavre le prekomernega razrasta endotelni celic in s tem razvoja restenoze, ampak tudi upočasni prekritje stenta z endotelimi celicami. Prekritje stenta z endotelimi celicami je zelo pomembno, saj omogoča, da stentirana površina ni več nagnjena k nastanku krvnega strdka. Prekritje BMS-stenta z endotelijem običajno traja od 3 do 4 tedne, pri DES-stentu pa praviloma več mesecev ali celo več kot eno leto. V obdobju, ko stent še ni prekrit z endotelijem, je zato poleg acetilsalicilne kisline (aspirin), ki jo bolnik mora jemati dosmrtno, potrebna dodatna antitrombotična zaščita s klopidogetrom (plavix). Pri uporabi BMS-stenta morajo bolniki jemati klopidogetrol en mesec, pri uporabi stenta, prekrita s citostatikom, pa vsaj šest mesecev. Interval šestih mesecev dodatnega zdravljenja s klopidogetrom se v tujini postopoma podaljšuje in v ZDA že znaša eno leto ali celo več. Predčasno prenehanje opisanega antitrombotičnega zdravljenja z aspirinom in klopidogetrom ima lahko katastrofalne posledice za bolnika. Ker stent še ni popolnoma prekrit z endotelijem, se lahko na neprekritih delih sproži proces tromboze, ki zapre svetlino koronarne arterije na mestu širitve. Verjetnost takega zapleta ob predčasni ukinitvi antitrombotičnega zdravljenja znaša vsaj

30 odstotkov. Zapora stenta s trombom (tromboza stenta) pa lahko pomeni nenaden zastoj srca ali/in obsežen akutni srčni infarkt, ki ima dva- do trikrat večjo umrljivostjo kot "navaden" srčni infarkt.

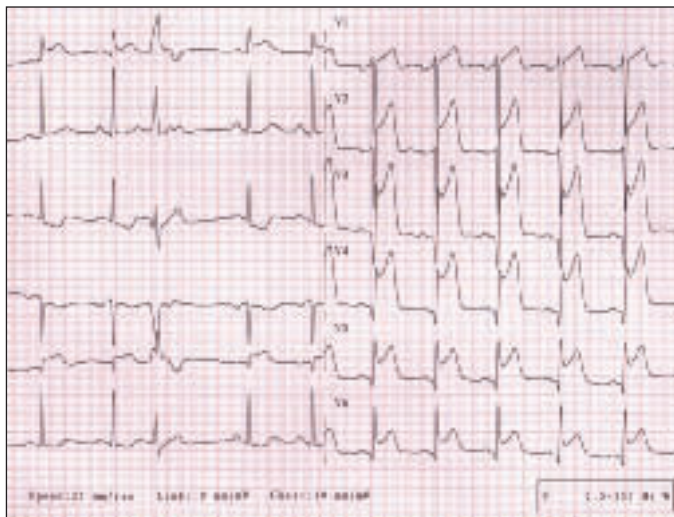
Naj navedem žalosten primer bolnika, ki pa žal ni osamljen. Starejšemu bolniku sem zaradi nestabilne angine pektoris v eno izmed koronarnih arterij vstavil DES-stent. Poseg je dobro uspel in bolnik je bil naslednji dan odpuščen. Ob odpustu iz bolnišnice je dobil ustna in pisna navodila o nadaljnjem zdravljenju s posebnim poudarkom na jemanju aspirina in klopidogrela. Po odpustu iz bolnišnice se je dobro počutil in prejšnjih težav ni imel več. Tudi ob kontroli pri kardiologu dober mesec po posegu je bilo vse v najlepšem redu. Ponovno smo poudarili pomen antitrombotične zaščite, pri čemer so bili prisotni tudi svojci. Slab mesec kasneje so mu zaradi nejasnih bolečin v trebuhu opravili ultrazvok in ugotovili žolčne kamne. Ker bolnik ni želel operacije, se je zatekel k alternativcu. Ta mu je svetoval ukinitve vseh zdravil, vključno z aspirinom in klopidogrelom. Pet dni po prenehanju jemanja aspirina in klopidogrela je umrl zaradi nenadne srčne smrti. Obdukcija je potrdila pozno trombozo stenta (47. dan po posegu), ki je bila pogojena s prenehanjem rednega jemanja aspirina in klopidogrela.

Kakšen je nauk te žalostne zgodbe, ki ni osamljena, in bo, če mu bomo vsi skupaj prisluhnili, lahko rešila marsikatero življenje:

- Interventni kardiolog mora, preden se odloči za DES-stent, pravilno presoditi stanje in osebnost bolnika. Bolniki, za katere je verjetno, da ne bodo redno jemali zdravila (neresni bolniki, zmedeni, starejši bolniki...) ali niso kandidati za večmesečno zdravljenje s klopidogrelom poleg aspirina (npr. že načrtovana elektivna operacija...), tudi niso kandidati za DES-stent.
- Ob odpustu mora vsak bolnik imeti jasna laična ustna in pisna navodila o nadaljnjem antitrombotičnem zdravljenju. Razumeti mora pomen rednega jemanja obeh zdravil in biti obveščen o možnem zapletu (trombozi stenta), če se navodil ne bo držal. Po potrebi je k temu pogovoru smiselno pritegniti tudi svojce.
- Navodila o antitrombotičnem zdravljenju morajo biti jasno napisana tudi v odpustnem pismu, ki ga mora bolnik dobiti neposredno ob odhodu iz bolnišnice in ne šele več tednov ali celo nekaj mesecev kasneje. Na ta način bosta potrebno informacijo o antitrombotičnem zdravljenju takoj dobila tudi osebni zdravnik in neinvazivni kardiolog.
- Bolnik mora takoj po odpustu iz bolnišnice obiskati osebnega zdravnika, mu izročiti odpustno pismo in od njega dobiti recepte za jemanje priporočenih zdravil, predvsem aspirina in klopidogrela. Če je odpuščen pred koncem tedna ali prazniki in zato nekaj dni ne bi mogel do osebnega zdravnika, mora recept ali tablete za nekaj dni (do takrat, ko gre k osebnemu zdravniku) dobiti ob odpustu iz bolnišnice. Na ta način se bo lahko izognil nekajdnevni prekinitvi zdravljenja.
- Zelo pomembno je, da se različni specialisti, od osebnega zdravnika, anesteziologa, kirurga, ortopeda do zobozdravnika..., zavedajo nevarnosti prekinitve jemanja aspirina in klopidogrela ob morebitni operaciji. Če je operacija elektivna, jo je smiselno, če je le možno, prestaviti v obdobje končane endotelizacije stenta (za en mesec po BMS-stentu in vsaj za 6 mesecev po DES-stentu). Pred morebitno ukinitvijo antitrombotičnega zdravljenja se je zelo smiselno posvetovati z interventnim kardiologom. V primeru urgentne operacije znotraj obdobja, ko endotelizacija stenta še ni končana, je potrebno pazljivo pretehtati argumente za in proti ukinitvi antitrombotičnega zdravljenja. V tak pogovor je nujno pritegniti interventnega kardiologa, ki bo ocenil koronarno situacijo in verjetnost zapleta ob ukinitvi antitrombotičnega zdravljenja. Kljub večji verjetnosti krvavitve in potrebi po transfuziji, je največkrat manjše zlo ob-

držati antitrombotično zdravljenje kot tvegati trombozo stenta. Po operaciji, ko je bolnik še pod vplivom anestezije in analgetikov in velikokrat ne bo tožil za prsno bolečino ali pa bo ta netipična, je najbolje rutinsko snemati 12-kanalni EKG, saj bomo le na tak način pravočasno ugotovili trombozo stenta. Zelo pomembno je vedeti, **da heparin ni nadomestilo** za aspirin in klopidogrel **in ne zmanjša** verjetnosti tromboze stenta.

- Če do tromboze stenta vendarle pride, bodisi izven bolnišnice ali na nekardiološkem oddelku v bolnišnici, mora zdravnik, ne glede na specialnost, to stanje, ki se klinično kaže kot nenaden zastoj srca ali akutni srčni infarkt, praviloma z elevacijami ST-spojnice, takoj prepoznati oziroma na to pomisliti (Slika 3). To velja tako za zdravnika splošne medicine kot tudi za ostale specialiste nekardiologe. Nujen je takojšnji klic na številko za akutni srčni infarkt v Klinični center (01 522 31 82) ali bolnišnico Maribor in dogovor za direkten urgentni prevoz v katetrski laboratorij.



Širok sprednjestenski akutni srčni infarkt z elevacijami ST (STEMI)

Iz povedanega sledi, da PCI s stentiranjem koronarnih arterij in še zlasti ob uporabi DES-stentov ni zgolj kardiološki problem, temveč se dotika tudi različnih področij medicine, od splošne medicine, urgentne medicine, anesteziologije, kirurških specialnosti do stomatologije... Gre za osnovno znanje, ki je večinoma zajeto v tem prispevku in ki po mojem globokem prepričanju spada k "splošni izobrazbi" vsakega zdravnika, ne glede na specialnost. Na ta način bomo lahko najbolj koristili našim skupnim bolnikom!

Farmakološko zdravljenje starostnikov z demenco

Sveto Vitorovič

Uvod ♦

Najpogostejši vzrok demenc je Alzheimerjeva bolezen (AB). Po pogostnosti ji sledita demenca Lewyjevih teles in vaskularna demenca. Vzroki za razvoj demenc so lahko tudi Parkinsonova bolezen, alkoholizem, vnetni procesi (HIV, sifilis), pomanjkanje vitaminov, bolezni ščitnice in drugi.

Za AB zbolijo večina bolnikov v sedmem desetletju življenja. Bolezen prizadene približno 7 odstotkov prebivalstva, starejšega od 65 let, po 80. letu pa tudi do 40 odstotkov prebivalstva. Natančnost postavitve verjetne diagnoze demence je danes, predvsem zaradi novih preiskovalnih metod, višja kot v preteklosti. Bolnike je potrebno telesno pregledati, opraviti nevrološki in psihiatrični pregled, nevropsihološko testirati, odvzeti kri za laboratorijske preiskave in narediti nevroradiološka slikanja.

Pri bolnikih z AB ugotavljamo v možganih disfunkcijo in smrt nevronov ter zmanjšane koncentracije sinaptičnih proteinov, ki omogočajo povezave med nevroni. Propadajo holinergični nevroni v bazalnih jedrih, v septalnem jedru in v centrih, ki projicirajo v neokorteks in hipokampus. Posledica nevrodegenerativnih procesov je nižja raven acetilholina in holinergičnih markerjev, kot je aktivnost acetilholin transferaze, v tarčnih področjih holinergičnih nevronov.

Posebnosti starostnikov ♦

Farmakološko zdravljenje starostnikov, zlasti pa starostnikov z demenco, zahteva večjo previdnost. Namreč, posebna fiziologija starostnikov, komorbidnost, polipragmazija in pomemben upad spoznavnih sposobnosti so pogosto vzrok stranskih učinkov zdravil in nepredvidljivih interakcij med njimi, kar privede do dodatnih sprejemov v bolnišnico, ki povečujejo stroške zdravljenja bolnikov z demenco. Starostniki imajo spremenjeno absorpcijo, distribucijo, presnovo in izločanje zdravil. Pomembna sta predvsem izločanje in presnova zdravil, ki se z leti upočasni. Na jetrno presnovo lahko močno vplivajo tudi številna zdravila, ki jih navadno jemlje starostnik. Številna zdravila lahko po eni strani zavirajo jetrno presnovo zdravil oziroma jo povečajo, zlasti na sistemu CYP. Vzroki za spremenjeno absorpcijo in distribucijo zdravil pri starostniku so lahko vezava zdravil na antacide, spremenjena gibljivost črevesja, spremenjen pH v prebavilih, spremenjena vezava na plazemske beljakovine oziroma povečana prosta frakcija zdravil.

Neprimerne kombinacije zdravil ♦

Najpogosteje predpisana zdravila starostnikom v ZDA so omeprazol, digoksin, atoravastatin, nesteroidni antirevmatiki (NSAR), inhibitor acetilholinesteraze (Ache), ketokonazol, diazepam, amiodaron, metformin, klopidoogrel in H_1 -antagonisti. Omeprazol v kombinaciji s ketokonazolom in diazepamom poveča absorpcijo ketokonazola, zviša PTC in podaljša razpolovni čas diazepama. Raven digoksina se v krvi zviša ob souporabi amiodarona, inhibitorja Ache, NSAR in atoravastatina. Raven atorava-

statina naraste v plazmi ob souporabi eritromicina, kar velja tudi za druga zdravila, ne samo za omenjeni statin. Furosemid zviša plazemsko koncentracijo propranolola, če ju predpišemo sočasno. Metformina in H_1 -antagonistov ne predpisujemo sočasno, ker se lahko zviša plazemska koncentracija metformina. Prav tako ni priporočljivo predpisati sočasno klopidoogrela in NSAR zaradi možnih krvavitev iz črevesja.

Starostniki pogosto jemljejo veliko različnih zdravil, zaradi česar se skokovito večja število interakcij in neželenih učinkov, povečuje pa se tudi možnost za napake pri jemanju zdravil. Na to moramo biti še zlasti pozorni pri bolnikih z upadom spoznavnih sposobnosti.

V letu 2002 so v zavodih za oskrbo starostnikov v ZDA najpogosteje predpisali naslednje nevarne kombinacije zdravil: varfarina in NSAR, varfarina in sulfonamidov, varfarina in kinolonov, varfarina in fenitoina, inhibitorja Ache in nadomestkov kalija, inhibitorja Ache in spironaloktona, digoksina in verapamila, digoksina in amiodarona ter teofilina in kinolonov. Žal podatkov o predpisanih nevarnih kombinacij zdravil v Sloveniji nimamo. Bili bi zelo koristni oziroma v pomoč predvsem zdravnikom, ki delajo v domovih starejših občanov.

Farmakoterapija demenc ♦

Za zdravljenje bolnikov z AB v Sloveniji uporabljamo inhibitorje Ache in antagonist receptorjev NMDA. Omenjena zdravila, tako imenovani antidementivi, izboljšujejo spoznavne in vedenjske spremembe, ki se pojavljajo pri napredovanju bolezni. Zdravila uvajajo psihiatri in nevrologi, ki so z uporabo antidementivov verjetno bolj seznanjeni kot specialisti drugi strok. Pogosto se srečujemo s primeri, ko zdravniki, ki niso specializirani za zdravljenje demenc, ukinjajo zdravljenje z antidementivi pri starostnikih z AB. Zato je eden od namenov tega prispevka opozoriti na nekatere posebnosti zdravljenja z antidementivi.

V Sloveniji imamo na voljo tri zdravila iz skupine inhibitorjev Ache: donepezil, rivastigmin in galantamin. Registrirani so za zdravljenje blagih do zmerno hudih oblik AB. Memantin, antagonist receptorjev NMDA, pa je registriran za zdravljenje zmerno hudih do hudih oblik AB.

Inhibitorji Ache preko različnih mehanizmov preprečujejo razgradnjo možganskega živčnega prenašalca acetilholina, ki je odgovoren za spomin in spominske dejavnosti, in na ta način povečajo njegovo izločanje.

Donepezil reverzibilno inhibira Ache v CŽS. Povzroča lahko neželene učinke, ki so posledica predvsem periferne inhibicije Ache. Najpogostejši neželeni učinki, ki se lahko pojavijo pri zdravljenju z donepezilom, so slabost, bruhanje, slinjenje, potenje, bradikardija, krči in mišična oslabelost. Presnavlja se v jetrih na CYP 2D6 in 3A4, kjer se presnovi večina zdravil, zato je potrebna previdnost ob sočasni uporabi teh zdravil. Pri sočasni uporabi donepezila z zdravili, ki zmanjšujejo srčno frekvenco npr. blokerji beta, lahko le-ta potencira učinek omenjenih zdravil. Previdnost zdravljenja z donepezilom je potrebna pri bolnikih s hudo astmo in obstruktivno boleznijo pljuč, pri bolnikih s sindromom sinusnega vozla ali z drugimi supraventrikularnimi motnjami, pri

bolnikov z boleznimi sečil z zastajanjem urina in pri bolnikih z ulkusno boleznijo v anamnezi.

Rivastigmin je psevdoreverzibilni inhibitor Ache in verjetno tudi butirilholinesteraze. Najpogostejši neželeni učinki, ki se lahko pojavljajo pri zdravljenju z rivastigminom, so slabost, bruhanje, izguba telesne teže, motnje spanja in potenje. Zdravilo se ne presnavlja na CYP-sistemu in ima krajšo razpolovno dobo. S kajenjem se zviša njegov klirens, zato se raven rivastigmina v plazmi lahko zniža. Previdnost je potrebna ob sočasni uporabi rivastigmina z blokatorji beta. Večja previdnost zdravljenja z rivastigminom je potrebna pri enakih skupinah bolnikov kot pri donepezilu.

Galantamin ima dvojni mehanizem delovanja: inhibira Ache in alosterično modulira nikotinske receptorje za acetilholin. Galantamin s povečanjem števila funkcionalnih nikotinskih receptorjev določenih podskupin morda poveča tudi sproščanje drugih živčnih prenašalcev, kot so GABA, dopamin in glutamat. Galantamin lahko povzroča pri zdravljenju neželene učinke, kot so slabost, bruhanje, driska, utrujenost, vrtoglavica, glavobol, zaspanost in hujšanje. Previdnost pri zdravljenju z galantaminom se priporoča v enakih primerih kot pri donepezilu.

Sočasno uvajanje več inhibitorjev Ache ni priporočljivo oziroma ni smiselno zaradi podobnih mehanizmov delovanja.

Memantin je antagonist NMDA-receptorjev, kar doseže z verjetno vezavo na kationske kanale. Preprečil naj bi stalno aktiviranje receptorjev NMDA z izločanjem glutamata. Zdravljenje z memantinom lahko povzroča zaspanost, vrtoglavice in zaprtje. Memantin minimalno inhibira CYP v jetrih, izloči se preko ledvic skoraj nespremenjen. Priporočljivo je, da ne predpisujemo memantina sočasno z zdravili, ki zvišujejo pH urina, saj na ta način upočasnijo njegovo izločanje in zvišajo raven memantina v plazmi. Memantin lahko predpisujemo sočasno z inhibitorji Ache.

Naše izkušnje na kliniki z antidementivi so dobre. Hudi zapleti zdravljenja nismo zasledili. Pri telesno hudo bolnih, kot so bolniki z srčno-žilnimi boleznimi (zelo nizek minutni volumen srca, huda arterijska hipertenzija), bolniki s hudo prizadetostjo jeter, bolniki s prizadetimi sečili, ki jim zastaja urin, bolniki s slabo zdravljeno ulkusno boleznijo in bolniki s hudo astmo ali obstruktivsko boleznijo pljuč, z večjo previdnostjo uvajamo zdravljenje z antidementivi. Zdravila počasneje titriramo in uvajamo najmanjši učinkovit terapevtski odmerek. Ob poslabšanju telesnih bolezni začasno znižamo terapevtski odmerek antidementiva. Po okrevanju bolnika pa zopet uvedemo najmanjši učinkovit terapevtski odmerek. Čeprav smo pri omenjenih skupinah bolnikov previdnejši pri zdravljenju demence z antidementivi, to še ne pomeni, da so ta zdravila pri njih kontraindicirana.

V primerih pričakovanih interakcij z drugimi zdravili, ki jih jemlje bolnik, prilagodimo terapevtski odmerek antidementiva oziroma sočasno predpisanih zdravil.

Zaključek ♦

Zdravljenje AB z antidementivi je zelo izboljšalo kakovost življenja bolnikov in svojcev. Previdnost pri uvažanju zdravljenja pri nekaterih skupinah bolnikov še ni razlog, da bolniki ne bi bili deležni zdravljenja z antidementivi. Ob sumu na neželeni učinek zdravljenja oziroma ob poslabšanju telesnih bolezni je priporočljivo najprej znižati odmerek antidementiva, zlasti če je bilo zdravljenje z njim za bolnika koristno. Na ta način se izognemo tveganju poslabšanja AB. S poslabšanjem AB se namreč zmanjša možnost ozdravitve vseh ostalih, pri bolniku prisotnih bolezni.

Literatura:

1. Giacobini E. Cholinesterases and Cholinesterase Inhibitors. Martin Dunitz; 2001; 210-214.
2. Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2003; 133-143.
3. Salles-Montadion N et al. Evolution des traitements medicamenteux des personnes agees vivant a domicile. *Rev Med Interne*. 2000; 21: 644-671.
4. Stephen M Stahl. *Essential Psychopharmacology, The prescribers Guide*. Cambridge University Press; 2005.
5. Mason C Gasper et al. Is donepezil therapy associated with reduced mortality in nursing home residents with dementia? *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. Volume 3, Issue 1, March 2005, 1-7.
6. An Analysis of Mortality in Subjects Who Participated in Three Studies of Galantamine in Mild Cognitive Impairment (MCI). An Interim Analysis. 20 January 2005.
7. Petersen C Ronald et al. Vitamin E and Donepezil for the Treatment of Mild Cognitive Impairment. *The New England Journal of Medicine*. Volume 352: 2379-2388. June 9 2005. Number 23.

Prejem prispevkov po e-pošti

Uredništvo revije Isis obvešča vse sodelavce, da vedno pošljemo povratno informacijo – potrditev o prejemu vaše e-pošte na naš naslov. V kolikor potrditve z naše strani ne prejmete, pomeni, da nismo prejeli vaše e-pošte.

Za vse dodatne informacije smo vam na voljo:
isis@zzs-mcs.si, eb.najzer@zzs-mcs.si, marija.cimperman@zzs-mcs.si
in na T: 01/ 30 72 152.



Oddelek za znanstvenoraziskovalno dejavnost Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor

Martin Bigec

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor je ob svojem osnovnem poslanstvu, izvajanju zdravstvene dejavnosti na osnovni ravni, dobil tudi formalno novo vlogo: znanstvenoraziskovalno dejavnost. Tako je s pomočjo spremenjenih in na novo pripravljenih internih pravilnikov, v skladu s statutom, uresničil željo mnogih raziskovalcev, ki so že delovali na področju raziskovalnega dela, vendar posamično in brez ustrezne pomoči. S tem jim je dana možnost nadaljevanja raziskovalne dejavnosti, znanstvene in pedagoške kariere. Za bodoče in sedanje strokovnjake bo zdravstvena institucija na osnovni ravni tako postala bolj zanimiva in bo mogoče s tem pritegnila več mladih zdravnic in zdravnikov ter drugih strokovnjakov s področja biomedicinskih ved, da se bodo zaposlili pri nas.

Agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS) nas je z dopisom št. 548 dne 10. 3. 2006 obvestila, da je Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor na podlagi 23. člena in v skladu z 22. členom Pravilnika o vsebini in načinu vodenja evidence o izvajalcih raziskovalne in razvojne dejavnosti (Uradni list RS, št. 12/05) vpisan v Evidenco raziskovalnih zavodov in organizacij pod številko 375. V evidenco raziskovalcev ter evidenco raziskovalnih skupin so vpisani raziskovalci oziroma raziskovalne skupine. Tako so pod šifro 375-001 Oddelek za znanstvenoraziskovalno delo vpisani pod šifro 27815 Martin Bigec, 26218 Štefek Grmec, 27816 Polona Seme Ciglencečki, vodja raziskovalne skupine je Štefek Grmec. V tem kratkem uvodu je seštevke leto in pol trajajoče dejavnosti.

Ustanavljanje Oddelka za znanstvenoraziskovalno dejavnost Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor ◆

Po nalogu poslovnega direktorja Antona Kranjca, univ. dipl. ekon., se je novembra 2004 imenovala delovna skupina za ustanovitev Oddelka za znanstvenoraziskovalno dejavnost v naslednji sestavi: Irena Čuš, dipl. soc. del., Martin Bigec, dr. med., spec., Nada Štok, ekon., Nuša Dakovič, univ. dipl. inž. teks., za vodjo delovne skupine je bila imenovana Zdenka Čretnik, kasneje Martin Bigec.

Delovna skupina je imela nalogo pripraviti vse potrebno, od ugotavljanja števila kandidatov, zbiranja zakonodajnih predpisov in aktov do sestavljanja pravilnikov in potrebnih delovnih teles Oddelka, ki so pogoj za registracijo in vpis v seznam raziskovalnih organizacij pri Agenciji Republike Slovenije za raziskovalno dejavnost.

Kakšni cilji Oddelka za znanstvenoraziskovalno dejavnost so bili postavljeni?

- Zdrževanje raziskovalcev in strokovnjakov s področja biomedicinskih in drugih ved, ki s svojim raziskovalnim delom ali z uvajanjem najsoodobnejšega znanja in metod v vsakodnevno prakso dvigujejo kakovost in strokovnost izvajanja zdravstvenega varstva prebivalstva

na osnovni ravni.

- S pomočjo najsoodobnejše informacijske, biostatistične in raziskovalne tehnologije omogočiti pogoje za delo raziskovalcem in strokovnjakom, zaposlenim v Zdravstvenem domu Maribor, in zunanjim strokovnim in znanstvenim sodelavcem.
- Ponuja in posreduje znanje zaposlenih strokovnjakov in raziskovalcev v razpisih znanstvenih in strokovnih natečajev in projektov v drugih raziskovalnih sredinah.

Kakšne naloge naj bi Oddelek opravljal?

- Nudi tehnično, logistično in administrativno pomoč članom projektnih skupin in posameznikom za izvajanje raziskovalnega dela ali uvajanje novih strokovnih metod v vsakodnevno prakso.
- Nudi pomoč pri iskanju literature in poskrbi za ustrezne bibliotечne povezave za dostop do znanstvene in strokovne literature.
- Organizira lektorsko in prevajalno službo za raziskovalce in strokovne sodelavce, vsaj za slovenski in angleški jezik.
- Nudi pomoč pri pripravi strokovnega ali znanstvenega članka, poročila, magisterija ali doktorata.
- Izvaja indok službo in za vsakega posameznega ustvarjalca s pomočjo COBISS-a skrbi za sledenje njegovi bibliografiji.
- Skrbi za sprotno sledenje razpisom ustreznih ministrstev in organizacij za raziskovalne projekte in nudi pomoč pri prijavljanju raziskovalnih projektov.
- Nudi pravno pomoč pri izvajanju projektov.

Časovni pregled korakov pri ustanavljanju Oddelka za znanstvenoraziskovalno dejavnost ◆

November 2004: imenovanje **delovne skupine** za ustanovitev Oddelka za razvoj, znanstvenoraziskovalno in pedagoško dejavnost

December 2004: Anketa med zaposlenimi v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. Na anketo je odgovorilo 39 zaposlenih, ki so s tem izrazili tudi željo za sodelovanje v raziskovalnem delu. Med njimi so trije doktorji znanosti in devet magistrstov znanosti

Januar 2005: **pridobivanje dokumentacije** temeljnih aktov (v ustanovah s podobno dejavnostjo, kot je naša)

Februar 2005: **Ustanovno-informativni sestanek** s kandidati, ki so v anketi izrazili željo sodelovati oziroma delovati v raziskovalni in pedagoški dejavnosti v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor

Marec 2005: Upravi oddamo analizo ankete in **Program za pridobitev kadra, nakup potrebne opreme in pridobitev prostorov**

April 2005: Prvi sestanek na Agenciji Republike Slovenije za raziskovalno dejavnost za vpis Oddelka v register raziskovalnih organizacij

Maj–avgust 2005: Pisanje, sestavljanje dokumentacije

September 2005: Ustanovitev **Komisije za ocenjevanje kakovosti in izvolitev raziskovalcev v znanstvenoraziskovalne nazive**

Del zapisnika ustanovnega sestanka
Maribor, 11. 2. 2005

ZAPIS

ustanovnega sestanka Oddelka za razvoj, raziskovalno in pedagoško dejavnost, ki je potekal dne 9. 2. 2005 ob 12.30 v prostorih Zdravstvenega doma v Vošnjakovi ulici 4/VI. nadstropje.

Prisotni: Martin Bigec, dr. med., spec., Anton Kranjc, univ. dipl. ekon., prim. Anton Židanik, dr. med., spec. (delno), Danilo Maurič, dr. med., spec., Nuša Dakovič, univ. dipl. inž., Barbara Skačej Bigec, dipl. fiziot., Nada Štok, ekon., dr. Franc Smole, prof. defektologije, Tatjana Geč, univ. dipl. org. dela, Dragica Čoderl, viš. med. ses., Zlatka Dorič, org. dela, Andreja Vrtovec, dipl. m. s., mag. Vesna Leskovec, univ. dipl. org. dela, Maja Rebernik Vele, dr. med., spec., Jolanda Prah, mag. farm., spec., Brigita Bračko, viš. med. ses., Rozana Trbušič, dr. med., spec., Obrad Josipović, dr. dent. med.

Dnevni red:

- Smernice dela Oddelka za razvoj, raziskovalno in pedagoško dejavnost
- Predlog organizacijske sheme
- Predlog za imenovanje Komisije za podelitev znanstvenoraziskovalnih nazivov
- Razno
 - sistem informiranja članov Oddelka
 - elektronski naslovi

November 2005: sistematizacija delovnega mesta vodje Oddelka za razvoj, raziskovalno in pedagoško dejavnost, sklenitev pogodbe o dopolnilni zaposlitvi: za vodjo je imenovan **doc. dr. Štefek Grmec, dr. med., spec., določitev stroškovnega mesta**

December 2005: ponovni obisk na ARRS in predstavitev organigrama, temeljnih aktov in vpisnih obrazcev

Januar 2006: preliminarno predložena **Vloga za vpis v Register raziskovalnih organizacij**

Januar–februar 2006: priprava dopolnil, programa dela in predstavitev prvih imenovanih raziskovalcev s strani Komisije za ocenjevanje kakovosti in izvolitev raziskovalcev v znanstvenoraziskovalne nazive.

Februar 2006: **uradno vložena Vloga za vpis v Register raziskovalnih organizacij**

16. februarja 2006: Komisija ARRS je vlogo Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor za vpis v Register raziskovalnih organizacij ocenila **pozitivno**

Komisija za ocenjevanje kakovosti in izvolitev raziskovalcev v znanstvenoraziskovalne nazive ♦

Na podlagi 18. člena Statuta Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor in 14. člena Pravilnika o oblikovanju znanstvenoraziskovalne dejavnosti v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor je glavni direktor dne 7. 7. 2005 izdal sklep o imenovanju komisije za ocenjevanje in izvolitev v znanstvenoraziskovalne in raziskovalno-razvojne nazive. V komisijo so bili imenovani: prof. dr. Peter Kokol, univ. dipl. inž. el., prof. dr. Veljko Vlasisavljevič, dr. med., spec., doc. dr. Borut Kovačič, univ. dipl. biol. Komisija je na svojem prvem sestanku 6. 9. 2005 sprejela **Poslovnik za delo Komisije za ocenjevanje kakovosti in izvolitev raziskovalcev v znanstvenoraziskovalne nazive** in za svojega vodjo imenovala prof. dr. **Petra Kokola**, univ. dipl. inž. el.

Organizacija ♦

Oddelk je organizacijska enota Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, ki sodi pod Upravo. Neposredno je odgovorna strokovnemu svetu, svetu zavoda, glavnemu direktorju in poslovnemu direktorju.

Sestavljajo jo strokovna služba, raziskovalne skupine in Komisija za ocenjevanje kakovosti in izvolitev raziskovalcev v znanstvenoraziskovalne nazive.

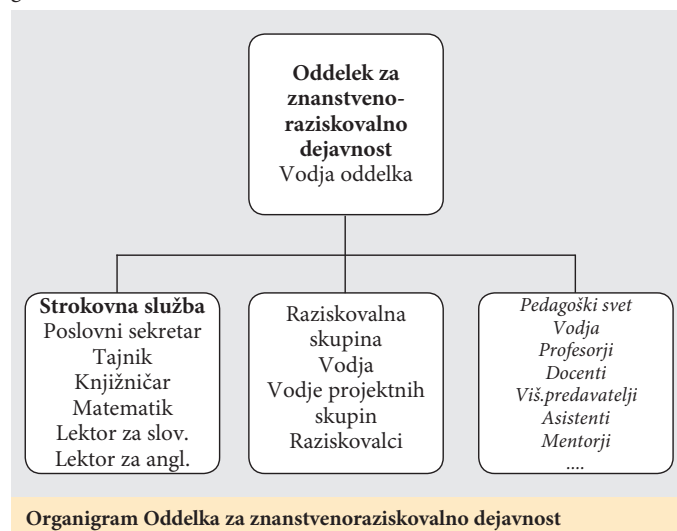
V strokovni službi je vodja oddelka, poslovna sekretarka, tajnik oddelka, vodja indok službe – z licenco za delo z informacijskim sistemom COBISS, statistik – analitik znanstvenih podatkov, lektor za slovenski jezik, lektor za angleški jezik, informatik in drugi strokovni sodelavci.

Raziskovalno skupino sestavljajo raziskovalci, ki imajo svoje **projektno skupino** po področjih raziskovanja. Projektna skupina pripravlja **raziskovalni projekt**, ga prijavlja na razpise in se financira iz dobljenih sredstev. Vodja je avtoriteta s področja biomedicinskih znanosti. Člani so vsi raziskovalci in strokovnjaki, ki se ukvarjajo z znanstvenoraziskovalnim delom ali uvajanjem novih, najsodobnejših metod v prakso.

Kader v Oddelku za znanstvenoraziskovalno dejavnost je redno zaposlen, delno zaposlen ali vključen v delo s podjemnimi pogodbami.

Ker je pogoj za pridobivanje pedagoških nazivov raziskovalno delo in raziskovalni – znanstveni nazivi, že od vsega začetka obstaja predlog, da se v okviru znanstvenoraziskovalnega oddelka organizirajo tudi obstoječi in bodoči pedagoški kadri v okviru pododdelka (enote).

Oddelk imenuje Komisijo za ocenjevanje raziskovalnega dela in imenovanje v raziskovalne nazive (prvo imenovanje Komisije izvede generalni direktor zavoda).



Program dela Oddelka za znanstvenoraziskovalno dejavnost ♦

Strateški cilji:

- Oddelk bo v prihodnjem petletnem obdobju usmerjen v raziskovalno delo na področju **biomedicinskih in epidemioloških** znanosti s strokovnih področij, ki se izvajajo v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor.
- Združil bo vse **zaposlene raziskovalce** in jim nudi strokovno in tehnično pomoč pri pripravi in izdelavi raziskovalnih projektov in poročil.
- V raziskovalne projekte bodo vključeni tudi **zunanji sodelavci**, kjer

bosta tako zahtevala narava in področje raziskovalnega dela.

- Ustanovili bomo lastno **strokovno službo** za delo v COBISS-u, prevajanje, lektoriranje in statistično svetovanje.
- Z lastnim raziskovalnimi projekti se nameravamo vključiti v **raziskovalne projekte drugih raziskovalnih institucij** v Sloveniji in Evropi.

Operativne naloge

- Prostor za: vodjo oddelka, tajnika, poslovnega sekretarja in knjižnico – arhiv
 - Pogodbe o delu za lektorico slovenskega jezika, lektorico/prevajalko angleškega jezika, knjižničarko z licenco za COBISS, informatika – statistika
 - Načrtovana je tudi računalniška strojna in programska oprema
 - Komisiji za ocenjevanje in izvolitev v znanstvenoraziskovalne in raziskovalno-razvojne nazive bodo omogočeni pogoji za delo
- Prizadevanja našega oddelka bodo v veliki meri namenjena dobrim poslovnim in kolegialnim odnosom z: Agencijo za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije, Oddelkom za znanstveno raziskovanje v Splošni bolnišnici Maribor, Raziskovalnim inštitutom Visoke zdravstvene šole v Mariboru, Medicinsko fakulteto v Mariboru, Univerzitetno knjižnico v Mariboru, Medicinsko knjižnico v Splošni bolnišnici Maribor, Centrom za informacijske znanosti Maribor, Centralno medicinsko knjižnico Medicinske fakultete v Ljubljani in drugimi.

Neposredne naloge v letu 2006 ♦

Urediti bibliografijo za raziskovalce v sistemu COBISS.

Organizirati tečaje:

- načrtovanje raziskovalnega dela,
- priprava strokovnih in raziskovalnih člankov,
- seznanitev z bibliotečnimi bazami MEDLINE, PUBNET, COBISS in drugimi.

V pripravi sta dve projektni skupini:

- URGMED: oživljanje – kapnometrija
- SOCPED: spremljanja rasti in razvoja otrok – antropometrija

Prijave na razpise:

- Agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije,
- Ministrstva za zdravje RS,
- Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS,
- Evropske unije,
- in raznih fundacij.

Organizirali bomo **konzultacije s predstavniki drugih raziskovalnih institucij**, konzultacije z raziskovalci v naših enotah: **Centru**

za zgodnje odkrivanje bolezni dojk, vključno z mamografijo; projekt **OSTEONA** za zgodnje odkrivanje in preventivo osteoporoze; Projekt **reorganizacija in optimalizacija nujne medicinske pomoči**, skupaj s Splošno bolnišnico Maribor, kjer deluje predbolnišnična enota; Projekt **posodabljanja računalniške tehnologije in informacijskega sistema z uvajanjem umetne inteligence** in učenjem na daljavo, **projekt DENVER II Slovenija in ugotavljanje morfoloških karakteristik predšolskih otrok** na Dispanzerju za otroke. Dejavno bomo iskali predloga za projekte tudi po drugih delovnih področjih (laboratorijska diagnostika, otroško zobozdravstvo, pedopsihiatrija, fizioterapija, patronažna služba itd.) **Pomoč mladim raziskovalcem**, ki se bodo odločili za magistrski, doktorski in podoktorski študij, bodo nudili strokovni delavci oddelka.

Nadaljevalo se bo tudi znanstvenoraziskovalno sodelovanje s Fakulteto za elektroniko, računalništvo in informatiko v Mariboru na podlagi že sklenjene pogodbe o izmenjavi kadrov, znanja in projektov. Podobne pogodbe moramo skleniti tudi z drugimi raziskovalnimi, predvsem univerzitetnimi ustanovami.

Gospa Zdenka Čretnik, pravnica Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, je pokazala izredno naklonjenost in strokovno znanje pri pripravi dokumentacije, tolmačenju zakonskih predpisov in usklajevanju mnenj z Agencijo za znanstvenoraziskovalno dejavnost. Z vsem spoštovanjem: hvala.

Specifičnost Zdravstvenega doma Maribor se kaže v njegovi dolgoletni ohranitvi organiziranosti po funkcionalnih sklopih (splošna/družinska medicina, medicina dela, prometa in športa, zobozdravstvo, pediatrija in šolska medicina, patronaža, laboratorijska in funkcionalna diagnostika, informatika) in po vsebinskem delu (preventivne dejavnosti v obliki sistematičnih pregledov prebivalstva, ambulantno-dispanzerska dejavnost in zdravljenje akutno ter kronično bolnih, sodobna diagnostika, medicinska rehabilitacija). Ker obsega večinski del prebivalcev regije (preko 180.000 ljudi), predstavlja tudi zanesljivo raziskovalno podlago za proučevanje življenjskega sloga ljudi in dejavnikov tveganja za zdravje. S pomočjo epidemioloških, psiholoških, kliničnih in biokemičnih raziskav se skupaj s svojo mrežo, to je organiziranostjo po terenu, uvršča med unikume raziskovalnih institucij za proučevanje zdravja ljudi. Predvsem vidimo podlago v sodobni informacijski tehnologiji, ki bo omogočala zajemanje, arhiviranje, distribucijo in analizo zbranih podatkov, tako pri rutinskem delu kot v znanstvenoraziskovalni dejavnosti. Povezani smo v sistem učenja na daljavo, nadgrajujemo lokalni informacijski sistem v povezavi z ostalimi zdravstvenimi ustanovami v mestu in gradimo knjižnico za potrebe strokovnega in raziskovalnega dela. Naši operacijski sistemi tečejo v Windows okoljih in Java okolju, kar omogoča ugodno akademsko izmenjavo znanja. In, ne nazadnje, postajamo učna baza Medicinske fakultete v Mariboru, kjer se bodo gradili inštituti na predklinični in klinični ravni in tako bogatili strokovno in znanstveno dejavnost našega zavoda. Samo v novem znanju vidimo prihodnost zavoda kot celote. ■



Povzetek evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti presejanja in diagnostike raka dojk

Mateja Krajc, Maja Primic Žakelj, Jožica Maučec Zakotnik

Rak dojk je v Evropi in v Sloveniji najpogostejši ženski rak. Breme raka dojk se povečuje zaradi večanja vpliva nevarnostnih dejavnikov (npr. vedno nižja starost ob menarhi, višja starost ob prvem porodu in ob menopavzi itd.), zgodnejšega odkrivanja in staranja prebivalstva.

Incidenca se v vseh evropskih državah povečuje in odraža poleg osnovne stopnje ogroženosti tudi različno razširjenost presejanja. V EU je bila za leto 2000 ocenjena povprečna groba incidenčna stopnja 112,8/100.000. Največja incidenčna stopnja je bila na Nizozemskem (136,5/100.000), kjer se je presejalni program začel v zadnjih letih, najmanjša pa v Španiji in Grčiji (73-79/100.000). Slovenija je bila z incidenco 91,2/100.000 takrat med zadnjimi, takoj pred Grčijo in Španijo.

Po podatkih Registra raka za Slovenijo predstavlja rak dojk približno petino vseh rakov pri ženskah. Že od leta 1968 je najpogostejši ženski rak. Povprečna groba incidenčna stopnja se je povečala od 27,4/100.000 žensk v obdobju 1961–1965 na 70,9/100.000 v obdobju 1991–1995 in 89,2/100.000 v obdobju 1996–2000. Leta 2003 je zbolelo za rakom dojk 1083 žensk (106,2/100.000), 76 odstotkov po 50. letu starosti. Delež rakov, odkritih v omejenem stadiju, se povečuje, čeprav ne v tolikšni meri, kot bi pričakovali. Tako je bilo leta 1985 v omejenem stadiju odkritih 36 odstotkov primerov, leta 2003 pa 50 odstotkov. Število primerov, odkritih v stadiju in situ, je še majhno, leta 2003 jih je bilo 84. Ti podatki kažejo, da sedanje neorganizirano, oportunistično presejanje na populacijski ravni praktično nima učinka. Prav to pozno odkrivanje bolezni ima za posledico slabše preživetje naših bolnic v primerjavi z drugimi evropskimi državami, kar je pokazala tudi študija EURO CARE-3.

Preživetje bolnic z invazijskim rakom dojk se ob povečevanju deleža omejene bolezni in ustreznem zdravljenju bolnic tudi v Sloveniji postopno izboljšuje: relativno petletno preživetje zbolelih v letih 1963–1967 je bilo 46-odstotno, v letih 1983–1987 62-odstotno, v letih 1993–1997 72-odstotno, v letih 1998–2002 pa 80-odstotno. Čeprav se je preživetje bolnic izboljšalo, pa rak dojk ostaja še vedno na prvem mestu med vzroki smrti zaradi raka med ženskami. Leta 2003 je za njim umrlo 372 žensk.

Preventivne preglede dojk (tj. oportunistično presejanje) v Sloveniji trenutno opredeljuje Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Stokovne smernice za preventivne preglede dojk v Sloveniji z dne 1. 4. 2001, dopolnjene s pripombami Razširjenega strokovnega kolegija za onkologijo v juniju 2001.

Po omenjenih Navodilih naj bi ginekologi na osnovni ravni v okviru zgodnjega odkrivanja raka dojk opravili pri ženskah med 20. in 50. letom starosti klinični pregled dojk enkrat na tri leta, čeprav je vloga kliničnega pregleda pri zgodnjem odkrivanju raka dojk s strokovnega vidika vprašljiva, saj trenutno ni dokazov o učinkovitosti te metode pri presejanju. Po 50. letu starosti naj bi se pregledi, skupaj z mamografijo, izvajali vsaki dve leti v centrih za dojke na osnovni ravni, skladno s priporočili v Stokovnih smernicah za preventivne preglede dojk v Sloveniji. Navodila natančno opredeljujejo tudi ukrepe pri ženskah z

večjim tveganjem za rak dojk.

Presejanje pomeni pregledovanje navidežno zdravih ljudi brez kliničnih znakov bolezni s preprostimi preiskavami ali testi, da bi med njimi odkrili tiste, ki imajo predstopnje ali začetne stopnje bolezni. Pri vseh, kjer se pokaže sum, da so morda bolni, so potrebne nadaljnje diagnostične preiskave. Izmed številnih meril, ki morajo biti izpolnjena za odločitev o uvedbi presejanja, sta pomembni dve: bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem, po drugi strani pa mora biti na voljo tudi ustrezna presejalna preiskava. Učinek presejanja je seveda takojšen za posameznika, na zdravju prebivalstva pa se pokaže lahko samo, če je pregledan zadosten delež ciljne populacije (vsaj 70 odstotkov). Rak dojk izpolnjuje vsa merila, da je uvajanje presejanja zanj utemeljeno.

Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledovanimi ženskami, kar so že dosegli v nekaterih zahodnoevropskih državah, kjer imajo organizirane populacijske presejalne programe (npr. v skandinavskih državah in v Veliki Britaniji).

Množično, organizirano, populacijsko presejanje je javnozdravstveni ukrep. Vse ženske v določeni starostni skupini s pisnimi vabili povabijo na preventivni (tj. presejalni) pregled. Učinek presejanja se s prebivalstvenega vidika lahko pokaže samo, če je redno pregledovan zadosten delež žensk (najmanj 70 odstotkov) v tistih starostnih skupinah, kjer incidenca presega 100/100.000, zato je pričakovati, da ima organizirano presejanje večji javnozdravstveni učinek kot oportunistično (na lastno pobudo žensk ali zdravnikov), še zlasti, če ga spremlja primeren nadzor kakovosti vseh postopkov, od presejalnega pregleda do zdravljenja pri presejanju odkritih sprememb. Presejanje ima poleg številnih prednosti namreč tudi pomembne pomanjkljivosti, med katere sodijo napačno pozitivni in napačno negativni izvidi. Prav zato, da bi bilo teh čim manj, je treba zagotoviti primerno kakovost postopkov, kar je mogoče le v organiziranem programu.

Učinkovitost presejanja z mamografijo so proučevali v številnih randomiziranih študijah. Marca 2002 se je v Mednarodni agenciji za raziskovanje raka v Lyonu zbrala skupina strokovnjakov, ki je pregledala najnoveše podatke vseh randomiziranih študij, narejenih v Evropi in ZDA po letu 1960, in jih ocenila po sprejetih merilih. Izsledke so objavili tudi v posebni publikaciji. Zaključili so, da je dovolj dokazov, da presejanje žensk z mamografijo, starih od 50 do 69 let, zmanjša umrljivost za rakom dojk za približno 25 odstotkov. Za klinični pregled dojk menijo, da ni dovolj dokazov, da bi bodisi sam ali skupaj z mamografijo prispeval k zmanjšanju umrljivosti za rakom dojk. Prav tako ni dovolj dokazov, da samopregledovanje dojk zmanjša umrljivost za tem rakom. V večini randomiziranih študij, na osnovi katerih sklepamo o učinkovitosti presejanja, so ženske pregledovali vsako drugo leto.

Osnovna prednost presejanja je, da je bolezen odkrita na zgodnji stopnji razvoja, s tem pa so večje možnosti ozdravitve z manjšim kirurškim posegom, kar ima za ženske velik psihološki pomen ter sočasno večjo možnost preživetja. Med pomanjkljivostmi je na prvem mestu treba upoštevati, da je potrebno pregledati veliko število zdravih žensk, da med njimi najdemo le nekaj tistih, ki imajo raka. Mnogim bo pregled svojevrstna travma, zlasti tistim z napačno pozitivnim in napačno negativnim rezultatom; psihološke težave in minimalno ionizirajoče sevanje (predvsem ob priporočenem letnem pregledovanju žensk pred 50. letom starosti) spet lahko ogrožajo zdravje. Prav zato je osnovni pogoj za presejanje vzpostavitev take kakovosti vseh postopkov, da bo neželenih posledic tako za ženske kot za zdravstveno službo čim manj.

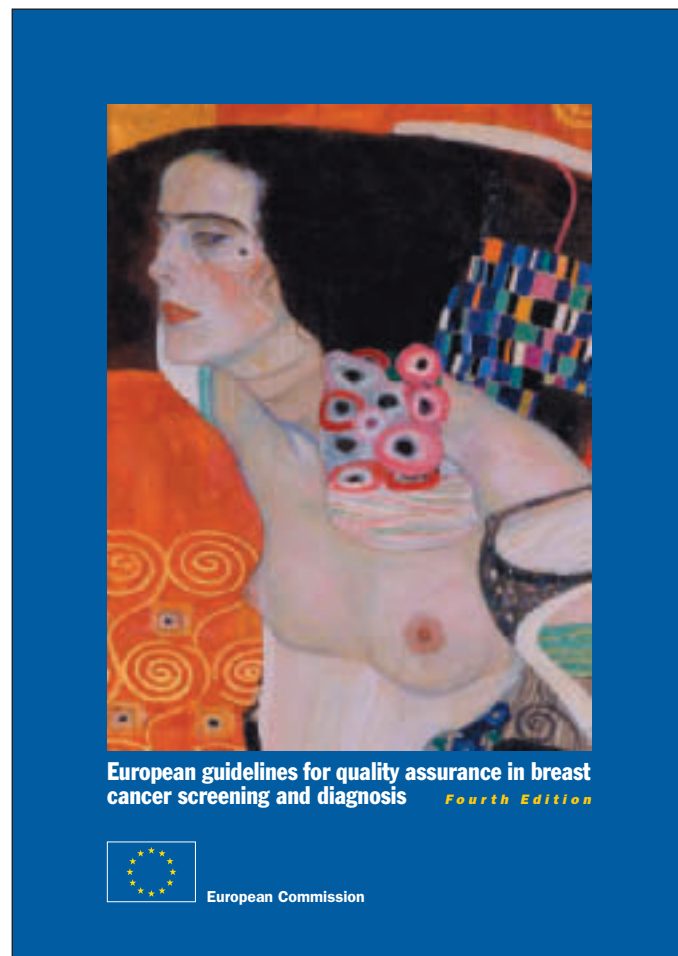
Organizirano presejanje žensk v starosti od 50 do 69 let priporoča leta 2003 dopolnjen Evropski kodeks proti raku. Evropski parlament je sprejel priporočila za presejanje za raka, ki vključujejo tudi uvedbo organiziranih presejalnih programov za raka dojk (Council recommendation on cancer screening (COM(2003) 230 – C5-0322/2003 – 2003/0093(CNS)). O napredku na tem področju bodo morale države članice, med katere sodi tudi Slovenija, poročati do leta 2008.

Evropska komisija je na osnovi izkušenj iz presejalnih programov leta 2006 že četrtrič dopolnila Evropska priporočila za zagotavljanje kakovosti pri mamografskem presejanju, saj prednosti lahko odtehtajo morebitne pomanjkljivosti le v primeru, če se ta priporočila res upoštevajo.

V nadaljevanju prilagamo povzetek 4. izdaje Evropskih priporočil za zagotovitev kakovosti presejanja in diagnostike raka dojk, ki se jih bomo pri uvajanju organiziranega presejanja v Sloveniji tudi držali.

Osnovna načela ♦

- Junija 2003 je Evropski parlament priporočil državam članicam, da do leta 2008 vzpostavijo program, ki bo za 25 odstotkov zmanjšal umrljivost za rakom dojk v Evropski uniji in zmanjšal razlike v preživetju bolnic med državami na 5 odstotkov.
- Ta cilj je mogoče doseči z organiziranimi populacijskimi presejalnimi programi. Ti morajo imeti za prednostno nalogo zagotavljanje kakovosti, npr. s stalnim izobraževanjem osebja in preverjanjem njihove usposobljenosti, z ustanavljanjem specializiranih centrov za obravnavo sprememb v dojkah, ki so bile odkrite v okviru presejalnih programov ali izven njih.
- V zadnjih dvajsetih letih je na osnovi izsledkov randomiziranih raziskav najmanj 22 držav uvedlo regijske ali državne populacijske presejalne programe.
- Delovna skupina strokovnjakov pod okriljem Mednarodne agencije za raziskovanje raka (IARC) je leta 2002 pregledala rezultate vseh študij in zaključila, da je dovolj dokazov za to, da države kot javno-zdravstveni ukrep v okviru zdravstvenega varstva omogočijo vsem ženskam presejalno mamografijo v starosti od 50 do 69 let vsaki dve leti. To je v soglasju s priporočili za presejanje raka Evropskega sveta z dne 2. decembra 2003 (OJ L 327/34-38).
- Presejanje za raka dojk je kompleksen interdisciplinarni postopek, ki ima nalogo zmanjšati umrljivost žensk in posledice zdravljenja, ne sme pa škodovati zdravju udeleženk. Zato mora biti osebje, ki uporablja najnovejšo in specializirano opremo, dovolj usposobljeno in izkušeno.
- V presejanje je vključena zdrava, asimptomatska populacija, zato je pomembno, da dobi natančne informacije o prednostih in pomanjkljivostih presejanja, da se lahko prostovoljno odloči za tak pregled. Informacije morajo biti resnične, poštene, dostopne, spoštljive in prilagojene potrebam posameznic.
- Zaenkrat ostaja mamografija metoda izbora za populacijsko pre-



sejanje za raka dojk. Posebno pozornost je treba posvetiti kakovosti pri njeni izvedbi in interpretaciji, saj je le tako mogoče doseči največ koristi, zmanjšati umrljivost in zagotoviti primerno ravnovesje med občutljivostjo in specifičnostjo.

- Vse presejalne in diagnostične enote in enote za nadaljnjo obravnavo morajo delovati po dogovorjenih protokolih za zagotavljanje kakovosti. Državni protokoli naj temeljijo na evropskih smernicah, ki vključujejo preverjene klinične standarde.
- Ne glede na različne sisteme organizacije zdravstvenega varstva v Evropi morajo vse enote delovati po enakih načelih in zbirati enotne kazalce. Le tako je mogoča analiza kakovosti in primerljivost med posameznimi enotami znotraj države in med državami.
- Za presejalne in diagnostične enote je potreben sistem akreditiranja, da lahko ženske in ostali uporabniki zdravstvenih storitev vedo, katere enote ustrezajo postavljenim standardom. Akreditacija je lahko dodeljena le centrom, ki zaposlujejo primerno izobražene in izkušene delavce.
- Vsi, ki sodelujejo v presejalnem programu, morajo:
 - biti ustrezno poklicno usposobljeni v skladu z zahtevami v posamezni državi članici;
 - opraviti specialistično usposabljanje;
 - se udeleževati dodatnih izobraževanj;
 - biti udeleženi v kateri koli zunanji shemi analize kakovosti;
 - imeti vse potrebne certifikate in pristojnosti.
- Vse enote, ki so vključene v presejanje, tako diagnostične kot te-

rapevtske, morajo zagotavljati primerno multidisciplinarno delo v delovni skupini, v kateri so medicinske sestre, radiološki inženir in zdravniki različnih specialnosti: radiolog, patolog, kirurg, internist onkolog in radioterapevt.

- Vsako žensko, ki potrebuje operacijo dojke ali kako drugo zdravljenje, je treba obravnavati na multidisciplinarnem konziliju pred in po zdravljenju.
- Finančna sredstva naj bodo dodeljena samo tistim centrom, ki ustrezajo merilom za zagotavljanje kakovosti.
- Vsaka presejalna enota mora imeti vodjo, strokovnjaka, ki je odgovoren za njeno delovanje in ima vsa pooblastila, da zagotavlja kakovostno delo v skladu s standardi.

Izobraževanje ◆

- Vse klinično osebje, ki dela v okviru presejalnega programa, mora imeti osnovno znanje o načelih presejanja, diagnostike in zdravljenja raka dojke. Udeležiti se morajo izobraževanja, ki ima tako akademske kot klinične vsebine v priznanem izobraževalnem centru. Ker je pomemben multidisciplinarni pristop in komunikacija med strokovnjaki različnih strok, mora biti tudi izobraževanje multidisciplinarno.
- Udeležbo na izobraževanjih je treba dokumentirati na osnovi dokazil o prisotnosti in pridobljenem znanju.
- Potrdila o izobraževanju morajo biti shranjena v vsaki enoti in morajo biti del obnovitve katerekoli registracije oziroma akreditacije.

Epidemiologija ◆

- Epidemiologija je osnovna veda, ki z vrednotenjem presejalnega programa združuje ves presejalni proces tako z organizacijskega kot tudi administrativnega vidika.
- Uspeh presejanja se vrednoti ne le po izidu programa in njegovem vplivu na javno zdravje, ampak tudi po organizaciji, implementaciji, izvedbi in sprejemljivosti programa.
- Za organizacijo je treba zagotoviti točne epidemiološke in demografske podatke, na voljo morajo biti trajna finančna sredstva, ki omogočajo kakovostno delo, organizacijo kampanj za obveščanje javnosti in za vzpodbujanje udeležbe.
- Uvedba presejanja zahteva celostno in točno evidentiranje vseh podatkov o ciljni populaciji, o izvidih presejalnega testa, rezultatov diagnostike in zdravljenja. Bistvenega pomena je kakovost vseh podatkov.
- Kazalci izvajanja programa se lahko uporabljajo za merjenje kakovosti programa. Za dolgoročno oceno učinkovitosti potrebujemo nepretrgano sledenje ciljne populacije v daljšem časovnem obdobju.
- Glavnega pomena je sledenje ciljne populacije in odkrivanje intervalnih rakov. Za to potrebujemo povezavo s populacijskimi registri raka in podatke o sledenju, pregledu in klasifikaciji intervalnih rakov. Prav tako potrebujemo podatke o velikosti tumorja in stadiju ob diagnozi pri presejanju odkritih rakov.
- Pravica do varovanja osebnih podatkov je osnovna pravica vsakega državljanca Evropske unije. Za izvedbo in vrednotenje presejalnih programov so ti podatki nujni, zato tudi v Evropi za določene potrebe, kot npr. javnozdravstvene, ob ustreznem varovanju dovoljujejo uporabo teh podatkov.
- Analiza stroškov in učinkovitosti je poglobljenega pomena za populacijske presejalne programe. Za te analize so že na voljo posebni računalniški programi.

Komunikacija ◆

- Osrednjo vlogo pri presejanju ima ženska. Kakršna koli komunikacija z njo mora potekati tako, da ne povzroča posredne ali neposredne škode. Pomembno je, da so ženske seznanjene s koristimi in tveganji presejanja.

- Informacije, ki jih ženska prejme, morajo biti uravnotežene, iskrene, primerne, osnovane na z dokazi podprti medicini, dosegljive, spoštljive in prirejene individualnim potrebam, kjer je to le mogoče.
- Pomembno je izobraziti, usposobiti in motivirati splošne/družinske in druge zdravnike, da bodo lahko pomagali ženskam pri informirani odločitvi za presejalni pregled.
- Vsi zdravstveni delavci morajo upoštevati, da se ženske razlikujejo po izobrazbi, jeziku, veroizpovedi, kulturi in drugih lastnostih. Zato morajo te razlike zaznati in delo prilagoditi vsaki ženski posebej.
- Prav tako mora biti komunikacija z javnostjo prilagojena pismenosti prebivalstva, ekonomskemu stanju in starosti. Prebivalstvo z več kulturami in jeziki zahteva več razumevanja kulturno-etničnih vrednot, verovanj, zdravstvene prakse in stilov komunikacije.
- Vabilo in spremljajoča razlaga mora vsebovati osnovno informacijo o presejanju, opis ciljne populacije in opis presejalnega intervala. Predstaviti mora prednosti in tveganja presejanja, obvestiti, ali je pregled treba plačati ali ne, kako spremeniti ali dobiti datum za presejanje, kako priti do rezultatov presejanja, kje in na kakšen način poteka interpretacija rezultatov in način, kako lahko ženska pride do nadaljnjih informacij.

Tehnične zahteve ◆

- Mamografija mora biti narejena z modernimi aparaturami, ki omogočajo kakovostne slike.
- S primerno tehniko slikanja morajo mamogrami omogočiti dobro diagnostiko, predvsem pa najdbo majhnih lezij v dojki.
- Z rednim nadzorom kakovosti opreme je treba zagotoviti, da omogoča čim boljše slike ob najmanjših možnih dozah sevanja. Vsakodnevno preverjanje kakovosti je bistvenega pomena za zagotovitev kakovostnih mamogramov in njihovo primerjavo med centri.
- Nadzor kakovosti se začne že z določitvijo in nakupom primerne opreme, ki odgovarja določenim standardom. Pred začetkom rutinskega dela je treba novo opremo testirati, ali daje rezultate, ki jih določajo standardi. To velja tako za mamografske aparate kot za fantome, filme ter za samo opremo za testiranje.
- Redne meritve za nadzor kakovosti morajo biti zapisane v posebnem protokolu, ki ga določi državni program zagotavljanja kakovosti. Posamične meritve lahko opravljajo zaposleni v samem centru, bolj temeljite pa morajo narediti medicinski fiziki, ki so usposobljeni in izkušeni na področju diagnostične radiologije ter posebej izobraženi s področja nadzora kakovosti mamografij.
- Pri digitalni mamografiji so za oceno doz sevanja in učinkovitosti potrebne druge tehnike, metodologije, standardi in postopki testiranja kot pri analogni mamografiji.
- Sistem, ki se uporablja pri digitalni mamografiji, mora vsebovati avtomatsko kontrolo izpostavljenosti sevanju.
- Delovni pogoji, kjer se pregledujejo digitalni mamogrami, so zelo pomembni, saj je največja osvetlitev monitorja veliko manjša od standardnega, jakost svetlobe v prostoru pa mora biti strogo omejena. To velja tako za monitor radiološkega inženirja kot za monitor radiologa.

Radiologija ◆

Naloge radiološkega inženirja:

- Radiološki inženir ima osrednjo vlogo pri izdelavi visoko kakovostnih mamografskih slik, ki so ključnega pomena pri zgodnji diagnozi raka dojke.
- Radiološki inženirji so običajno edini zdravstveni delavci, ki srečajo ženske v presejalnem programu. Njihov odnos je zelo pomemben za zadovoljstvo žensk. Prav dobra izkušnja pri presejanju pomeni večjo verjetnost, da se bo ženska presejanja ponovno udeležila. ▶

- Radiološki inženirji morajo biti vključeni v izbiro opreme, njeno testiranje in v testiranje kakovosti slik. O nepravilnostih morajo poročati vodilnemu radiologu.
- Radiološki inženir mora zagotoviti, da je dojka dovolj stisnjena, vendar ne več, kot je potrebno za dobro kakovost slike. Kompresija zmanjša tudi dozo sevanja, raztreseno sevanje, napake zaradi premika in debelino tkiva, ki povzroči manj senc zaradi prekrivanja tkiva.
- Pravilno pozicioniranje dojke v obeh standardnih projekcijah, polstranski in kranio-kavdalni (od zgoraj navzdol) omogoča največji možen pregled tkiva dojke, zmanjša število ponovnih slikanj zaradi tehničnih vzrokov in omogoča najboljše odkrivanje raka dojke.
- Radiološki inženirji morajo sodelovati pri nadaljnji obdelavi, poznati morajo tudi vse diagnostične metode, ki se uporabljajo za odkrivanje raka dojke.
- Radiološki inženir predstavlja pomemben člen multidisciplinarne delovne skupine in se mora udeleževati tedenskih sestankov.
- Zato, da ima dovolj izkušenj, mora radiološki inženir delati pri presejanju vsaj dva dni v tednu. Podobno morajo radiološki inženirji, ki delajo samo v centrih za simptomatske ženske, opraviti vsaj dvajset mamografskih slikanj na teden.

Naloge radiologov:

- Vsak radiolog, ki se ukvarja s presejanjem, mora imeti licenco za delo, opraviti mora specialistično izobraževanje in se udeleževati dodatnih izobraževanj. Izkušen mora biti v tehnikah nadaljnje obravnave, vključno z ultrazvočnim pregledom in biopsijo. V centraliziranih programih mora odčitati najmanj 5000 presejalnih mamogramov na leto.
- Radiologi so odgovorni za kakovost mamografskih slik in za diagnostično interpretacijo. Razumeti morajo koristni in tveganja presejanja za rak dojke in nevarnost nezadostno izobraženega osebja in slabe opreme.
- Glavni radiolog mora imeti izurjeno multidisciplinarno delovno skupino in biti, kadar je to mogoče, tudi klinični direktor presejalnega programa.
- Radiologi morajo delati kakovostno, če želimo doseči cilj programa, to je zmanjšati umrljivost za rakom dojke s čim manj stranskimi učinki presejanja. Zato mora delo radiologov ustrezati minimalnim standardom in kazalcem kakovosti. Obdelava podatkov mora potekati tako v okviru posameznega centra kot tudi med centri, da bi lahko takoj odpravili morebitne napake.
- Radiolog mora biti nepopustljiv in mora odkloniti slabe mamograme, ki ne dosegajo meril za dobro diagnostiko. Taka slikanja je potrebno ponoviti in voditi o njih posebno evidenco.
- V decentraliziranih presejalnih programih je klinični direktor programa odgovoren za to, da iz programa izloči centre, kjer mamografske slike pogosto ne ustrezajo predpisanim merilom.
- Dvojno odčitavanje je v presejanju zelo priporočljivo, saj zveča občutljivost presejalnega testa za 5 do 15 odstotkov, odvisno od načina in izkušenosti radiologa. Dvojno odčitavanje mora potekati neodvisno. V primeru neusklajenosti mnenj med dvema radiologoma se predlaga ali konsenz ali pa arbitražo tretjega radiologa, kar je še bolje.
- Dvojno odčitavanje je priporočljivo v centraliziranih presejalnih programih, vsaj dokler ni ocenjena kakovost dela radiologa, in je obvezno v decentraliziranih programih, kjer mora biti drugi odčitovalec iz nadrejenega centra, ki odčita na leto vsaj 5000 mamografij.
- Radiološki protokoli morajo zagotavljati zadovoljstvo in celovito obravnavo žensk, pri katerih v presejanju odkrijemo sumljive lezije.
- Za zagotovitev kakovosti mora biti radiolog, ki je vključen v presejanje, vključen tudi v nadaljnjo obravnavo sumljivih lezij, odkritih ob presejanju.

- Radiologi morajo imeti pregled nad intervalnimi raki, saj je to zanje dobra povratna informacija in del izobraževanja.

Tehnike slikanja:

- Mamografija in ultrazvočni pregled sta osnovni diagnostični tehniki za odkrivanje raka dojke. Mamografija je redko upravičena pred 35. letom starosti.
- Mamografija ostaja priporočena metoda presejanja. V presejalnih programih se je izkazalo, da slikanje v obeh standardnih projekcijah (kranio-kavdalni in polstranski) zveča število rakov, odkritih ob presejanju, in zmanjša število žensk, ki so povabljene na nadaljnjo obravnavo.
- Vsako lezijo, odkrito pri kliničnem pregledu, je kljub negativni mamografiji treba pregledati še ultrazvočno.
- Pri nadaljnji obravnavi mikrokalcinacij je treba uporabiti povečavo in druge projekcije, da bi se lahko odločili, ali je potrebna vakuumaska ali navadna biopsija z debelo iglo.
- Ne priporočamo, da bi ženske vabili na ponovitev slikanja zaradi presejanja ali v diagnostične namene kot nadomestilo za nestrokovno in neprimerno obravnavo.
- Z digitalno mamografijo lahko dosežemo visoko kakovost slik. Glede na mnoge prednosti, ki jih ponuja, kot so manipulacija s sliko, pošiljanje slik, vpogled v ostale podatke, pa bo v prihodnje najbrž postala tudi metoda izbora.
- Magnetna resonanca (MR) zaenkrat še ni del rutinske obdelave ali rutinskega sledenja. Njena vloga je še v raziskovanju, si je pa zagotovila mesto pri disfunkciji vsadkov, ponovitvi rakov in pri večžariščnih lezijah. Raziskujejo pa še mesto MR pri ženskah z visokim tveganjem raka dojke. Najbolje je, da se jo uporablja v specializiranih enotah, ki imajo znanje in opremo za MR vodene biopsije.

Ravni centrov za dojke ♦

Presejanje, diagnostike in zdravljenja raka dojke potekajo na treh ravneh. Gre za presejalne enote, diagnostične enote in specializirane klinike za obravnavo raka dojke.

Presejalna enota

- Taka enota lahko opravlja tudi diagnostično mamografijo in/ali ultrazvočno preiskavo dojke. Presejalna enota mora na leto slikati najmanj 1000 žensk. Ne glede na ta minimalni kriterij mora dosegati minimalni standard za tako enoto.
- Izdelan mora biti protokol za napotitev žensk na nadaljnjo obravnavo v diagnostične enote ali specializirane klinike, če je to potrebno.
- Mamografska oprema mora zagotoviti majhne doze sevanja in kakovostne preglede. Oprema mora biti pod stalnim nadzorom radioloških inženirjev in izvedencev medicinske fizike, ki morajo biti usposobljeni in pooblašeni za preglede mamografske in radiološke opreme.
- Ultrazvočne preglede dojke lahko opravljajo le posebej usposobljeni in izkušeni specialisti. Najbolje je, da to delo opravlja radiolog, ki je specializiran za obravnavo dojke.
- Mamografsko slikanje naj bi opravljali izkušeni in izobraženi radiološki inženirji, ki so opravili vsa potrebna izobraževanja in imajo za to delo tudi licenco.
- Radiologi v teh enotah morajo biti izobraženi in izkušeni na področju obravnave dojke. Idealno je, da sodelujejo pri lokalnih presejalnih programih.
- Radiologi ali posebej za odčitavanje usposobljeni specialisti naj bi odčitavali mamograme na za to pripravljenih odčitovalnih aparatih, kjer se izvaja nadzor svetlobe v ozadju. O slabi kakovosti filma je treba obvestiti radiološkega inženirja in, če je potrebno, ponoviti slikanje v diagnostične namene.

Diagnostična enota

- Visoko specializirana enota, ki je potrebna za obravnavo pomembnih kliničnih lezij in lezij, ki so odkrite na mamografiji in/ali ultrazvočni preiskavi. Taka enota mora opraviti vsaj 2000 mamografij na leto, zaposlovati mora izurjene radiologe, ki odčitajo vsaj 1000 mamografij na leto. Te enote morajo imeti možnosti citoloških in histopatoloških preiskav in organizirati redne interdisciplinarne sestanke, kontrolirati podatke in rezultate. Enote morajo beležiti in hraniti izvide nadaljnje obravnave in rezultate.
- Specializirana multidisciplinarna delovna skupina v tej enoti ima na voljo bolj moderno opremo za radiološke preglede in neoperativne tehnike, kot jih ima presejalna enota.
- Tehnike za jemanje vzorcev za preiskave obsegajo: tankoigelnio biopsijo, biopsijo z debelo iglo, debeloigelnio biopsijo s pomočjo vakuuma. Ustrezna radiološka tehnika omogoča, da preverimo položaj igle za odvzem vzorca s pomočjo radiološko vodene punkcije.

Specializirane klinike za obravnavo raka dojk

- Specializirana multidisciplinarna klinika za obravnavo raka dojk mora pokrivati 250.000 prebivalcev in mora delovati v skladu z obveznim programom zagotavljanja kakovosti.
- Te klinike morajo beležiti osnovne podatke o diagnostiki, patologiji, primarnem zdravljenju in kliničnih rezultatih. Voditi morajo redne sestanke z zapisniki. Imenovana mora biti odgovorna oseba, ki izdela letna delovna in pregledna poročila.
- Klinike morajo imeti pisne in dogovorjene protokole za diagnostiko in obravnavo raka vseh stadijev.
- Populacijski presejalni programi za raka dojk morajo delovati v okviru teh klinik ali pa morajo biti z njimi tesno povezani in si z njimi deliti strokovnjake.
- Taka klinika mora imeti več kot 150 na novo odkritih primerov primarnih rakov dojk na leto. Ta minimalen standard je pomemben, ker zagotavlja strokovno delo specializiranega osebja, ustrezen nadzor opreme in je strokovno učinkovit.
- Klinika mora imeti kliničnega direktorja, vsak član osrednje multidisciplinarne delovne skupine pa mora imeti opravljeno specializirano izobraževanje na področju raka dojk.
- Na razpolago mora imeti dva ali več kirurgov, specializiranih za raka dojk, vsak od njiju mora opraviti vsaj 50 operacij novih bolnic z rakom dojk na leto.
- Klinika mora imeti vsaj dva izobražena in izkušena radiologa, ki sta usposobljena za vse radiološke tehnike za obravnavo raka dojk, kot tudi za odvzem tkiva in lokalizacijo lezije pod nadzorom radiološke aparature. Ti radiologi morajo odčitati najmanj 1000 mamografij na leto ali najmanj 5000 presejalnih mamografij. Udeleženi morajo biti v državnih in regijskih shemah za zagotavljanje kakovosti, ki so na voljo.
- Radiološki inženirji morajo izpolnjevati vsa priporočila o izobraževanju in delu v okviru klinike. Mamografskega slikanja naj ne bi izvajali strokovnjaki, ki tega specializiranega izobraževanja nimajo.
- Odgovorni patolog mora biti specializiran za obravnavo bolezni dojk in ustrezati Evropskim standardom in smernicam za kakovost storitev. Biti mora vključen v razpoložljive sheme za zagotavljanje kakovosti.
- Radioterapevti in onkologi naj bi izvajali radioterapijo in predpisovali primerno kemoterapijo. Biti morajo del multidisciplinarne delovne skupine in sodelovati pri obravnavi posameznih primerov in pri skupinskih sestankih.
- Specializirane medicinske sestre in drugi primerni strokovnjaki (psihologi) morajo bolnicam zagotavljati čustveno podporo in jim nuditi praktične nasvete. Vsaka klinika potrebuje vsaj dva taka strokovnjaka.

- Klinika mora imeti ustrezno in najnovejšo radiološko in terapevtsko opremo.
- Sistemsko zdravljenje lahko poteka v drugih bolnišnicah, vendar ga morajo nadzorovati strokovnjaki specializirane klinike za obravnavo raka dojk, ki sprejemajo vse odločitve v okviru multidisciplinarne delovne skupine.
- Na voljo morajo biti ambulate za paliativno zdravljenje in ambulate za zdravljenje bolečine.
- Ženske morajo imeti dostop do ambulate za onkološko genetsko svetovanje, ki naj deluje v okviru multidisciplinarne delovne skupine, kjer naj bo prisoten klinični genetik.
- Ženskam, ki se zdravijo na kliniki, morajo biti poleg ustnih dostopne tudi primerne pisne informacije, ki morajo vsebovati tudi seznam vseh podpornih skupin in organizacij za pomoč bolnicam.
- Vse delo na kliniki morajo nadzirati specialisti, podrobneje izobraženi na področju bolezni dojk. Tak način dela je bolj zmožljiv in stroškovno učinkovit, kot če bi ga opravljali nenadzorovano ali če bi dovolili delo mlajšemu, ne posebej izobraženemu osebu.

Kirurgija ◆

- Kirurg je član multidisciplinarne delovne skupine. Pred operacijo mora vsako žensko pregledati. Glavni kirurg mora zagotoviti, da vse pomembne naloge in odločitve niso zaupane specializantu, ki dela brez mentorstva.
- Kirurg mora imeti dostop do vseh diagnostičnih storitev, vključno z radiologijo in citopatologijo/histopatologijo, ki so v skladu z uveljavljenimi smernicami za zagotavljanje kakovosti.
- Ženske, ki prihajajo na kirurški poseg iz presejalnega programa, morajo obravnavati kirurgi s specializiranim znanjem in strokovnostjo. Ti kirurgi morajo opraviti formalen in specifičen multidisciplinaren izobraževalni program, ki vključuje tudi tečaj komunikacije in svetovanja.
- Nepotrebnih kirurških ekscizij in benignih biopsij bi moralo biti čim manj.
- Pri ženskah, ki imajo netipne lezije, mora imeti kirurg na voljo natančne označevalne tehnike. Njihov cilj je popolna odstranitev tumorja v zdravo. Radiolog mora poročati kirurgu o postopku lokalizacije in mu priskrbeti primerne slike.
- Mamografska slika je bistvenega pomena za lezije, ki so vidne le na rentgenski sliki, kot so mikrokalcinacije, in jih lahko v preparatu ugotovimo že med operacijo. Te slike morajo biti dostopne tudi patologom.
- Zmrzli rezi so običajno neprimerni za obravnavo netipnih lezij.
- Kirurg mora zagotoviti, da ženska prejme informacijo o možnostih zdravljenja in da je seznanjena, da je ohranitvena operacija metoda izbora za večino majhnih, ob presejanju odkritih rakov dojk. Če je potrebna odstranitev dojke, pa mora imeti bolnica možnost takojšnje ali kasnejše rekonstrukcije dojke, če je to ustrezno.
- Kirurgi, ki operirajo varovalne bezgavke, morajo biti za to posebej izkušeni in imeti dovoljenje za izvajanje teh posegov.
- Mastektomijo je treba opraviti pri ženskah, pri katerih ohranitvena operacija ni mogoča, in tistih, ki si to izrecno želijo. Bolnicam z velikim tveganjem za lokalno ponovitev bolezni je treba ponuditi adjuvantno radioterapijo prsnega koša.
- Bolnicam mora biti dostopna predoperativna (neo-adjuvantna) kemoterapija, ki lahko zniža stadij in s tem omogoči ohranitveno operacijo.
- Bolnicam z lokalno napredovalimi raki dojk mora biti na voljo kombinirano zdravljenje, da bi izboljšali lokalni nadzor nad boleznijo.
- Bolnice morajo imeti možnost kontrolnih pregledov po zaključku

zdravljenja za oceno izidov, obravnavo ponovitev bolezni in pre-sejanja zaradi drugih primarnih rakov.

Patologija ◆

- Patolog je ključni član multidisciplinarne delovne skupine in mora prisostvovati pri posvetih o posameznih primerih pred in po operaciji.
- Za patologe so poseben problem preparati netipnih in kompleksnih lezij, ki jih je v presejanju nesorazmerno veliko.
- Za primerno obravnavo bolnic, kot tudi za nadzor in oceno programa, je vitalnega pomena, da je patologova diagnoza pravilna in da so na voljo informacije, ki so pomembne za prognozo.
- Vsi patološki laboratoriji morajo biti akreditirani in delovati v skladu z državnimi standardi.
- Presejalni program je mogoče ocenjevati tudi po kakovosti nekirurških diagnostičnih postopkov, s katerimi se postavi dokončno diagnozo bolezni dojk in s tem omogoči hitro napotitev na zdravljenje, po možnosti v enem koraku. Dokončna nekirurška diagnoza benignih sprememb pa po drugi strani omogoča, da se ženska izogne kirurškemu posegu in se vrne v rutinsko presejanje.
- Med nekirurške metode jemanja vzorcev spadajo: biopsija s tanko iglo, biopsija z debelo iglo, debeloigelnna biopsija s pomočjo vakuumu. Vsaka os teh preiskav ima določene indikacije. Na voljo morajo biti pisni protokoli, ki natančno določajo indikacije.
- Patologi naj uporabljajo standarden obrazec za izvid debeloigelnne biopsije in debeloigelnne biopsije s pomočjo vakuumu, ki vsebuje podatke o bolnici in enoti, o značilnostih lezije in njenem radio-loškem izgledu, tehniki lokalizacije, tipu preparata in prisotnosti ali odsotnosti histoloških kalcifikacij. Patolog mora svoje mnenje uvrstiti v eno od petih kategorij, ki si sledijo od B1 (normalno tkivo) do B5 (maligno tkivo). Podoben formular naj bi uporabljali tudi za tankoigelnne biopsije.
- Patolog mora poznati kirurške tehnike in anatomske robove resekcije, saj je od tega odvisna tehnika, ki jo izbere za pregled vzorca. Lezije morajo biti odstranjene po predpisanem protokolu, vsaka sprememba pa mora biti dokumentirana na patološki napotnici.
- Za določanje prognostičnih dejavnikov se bo močno povečala uporaba zmrzlih rezov. Nefiksirane vzorce je treba poslati v patološki laboratorij takoj po operaciji. Da se lažje določijo resekcijski robovi, mora biti celotna površina vzorca pobarvana takoj, ko vzorec prispe v laboratorij.
- Patolog mora pregledati tudi bezgavke. Izvid mora vsebovati število pregledanih bezgavk in število tistih, v katerih so zasevki.
- Kirurg in patolog morata soglašati o protokolu za pregled varovalne bezgavke in obravnavo.
- Patologi morajo za pooperativni izvid uporabljati standardne obrazce, na katerih so podatki o znanih prognostičnih dejavnikih, kot je velikost tumorja, razširjenost bolezni, gradus in tip tumorja, status bezgavk, vaskularna invazija, status resekcijjskih robov in status hormonskih receptorjev.
- Patološki laboratoriji morajo biti vključeni v sheme zagotavljanja kakovosti tako za laboratorijske tehnike kot za pravilnost diagnostike. V državah, kjer poteka presejanje, naj bi uporabljali zunanje sheme zagotavljanja in nadziranja kakovosti.

Zaskrbljenost žensk in zamude ◆

- Med presejalno mamografijo, odčitavanjem slik, pošiljanjem izvida, vabilom na nadaljnjo obravnavo (če so pri presejanju odkrili spremembe) ali datumu za obravnavo na kliniki ne bi smelo prihajati do zamud.
- Obravnava ženske se mora zaključiti najmanj v treh obiskih.

- Ženska, ki ima simptome in znake, ki so značilni za rak dojk, mora dobiti datum za obravnavo najmanj v štirinajstih dneh.
- Obvestila o morebitni diagnozi raka dojk se ne sme nikoli posredovati po pošti ali telefonsko, pač pa vedno ustno, v prisotnosti svetovalne medicinske sestre.
- Ženskam z znaki, sumljivimi za raka dojk, je treba čim prej omogočiti dostop do klinike za obravnavo bolezni dojk, kjer delujejo izkušene multidisciplinarne delovne skupine. S tem se izognemo nepotrebni zamudi pri obravnavi in jim zagotovimo hitro diagnostiko in zdravljenje, če imajo raka, ali pa hiter odpust, če so spremembe benigne.

Zbiranje podatkov in nadzor ◆

- Analiza kakovosti dela je odgovornost multidisciplinarnih enot. Je osnova za vrednotenje kakovosti lastnega dela in za vključitev v prostovoljni program akreditacije.
- Tako kliniki kot tudi programi bi morali ceniti nadzor podatkov. Predstavlja namreč priložnost za stalno izobraževanje in izboljševanje, v končni fazi pa kaže tudi odličnost posamezne ustanove.
- Kazalci bi morali biti izpeljani iz najnovejših in na dokazih temelječih smernic ali izražati konsenz strokovnjakov in javnosti.
- Izogibati bi se morali podvajanju in vključiti kazalce kakovosti v rutinsko poročanje. Izračuni kazalcev kakovosti bi morali biti ponovljivi in natančno določeni. Cena izvajanja nadzora mora biti sprejemljiva, rezultati morajo biti dostopni tako bolnikom, kot tudi ustanovam, ki posredujejo podatke.
- V vsakodnevni praksi bi se morali uporabljati standardni obrazci. Vsebovati morajo bistvene podatke in primerno enotno kodiranje.
- V evropskem presejalnem mrežju za raka dojk (European Breast Cancer Network, od leta 2003 samo še European Cancer Network), delu projekta Evropske komisije "Evropa proti raku", so naredili računalniška programa, ki izračunavata vse pomembne kazalce za ocenjevanje presejalnega programa in kakovosti diagnostike in zdravljenja raka dojk.
- SEED (European Screening Evaluation Database – www.cpo.it/seed/) je računalniški program za vrednotenje evropskih presejalnih programov. Gre za prototip internetne baze podatkov in kontrolni sistem, ki je osnovan na posameznih zapisih in lahko računa števila postopkov in zgodnje kazalce vpliva presejalnih programov. SEED naj bi prispeval k standardizaciji vrednotenja presejanja v Evropi in s tem tudi omogočal primerljivost podatkov med različnimi centri.
- QT (Audit System on Breast Cancer Treatment – www.qtweb.it/index.php) je računalniški program, ki omogoča spremljanje kakovosti diagnostike in zdravljenja raka dojk. Dostopen je v petih jezikih in je v skladu z evropskimi smernicami. Omogoča vnašanje podatkov vseh žensk, ki so objavljene na nadaljnjo obravnavo ali obravnavane glede na klinični sum rakave bolezni. QT je namenjen uporabi v klinikah za nadzor nad diagnostiko in zdravljenjem sumljivih lezij v dojkah, tako za simptomatske kot tudi za nesimptomatske ženske.
- V vsaki presejalni enoti mora biti imenovan odgovorni zdravnik, medicinska sestra ali analitik za koordinacijo zbiranja podatkov in za poročanje. ■

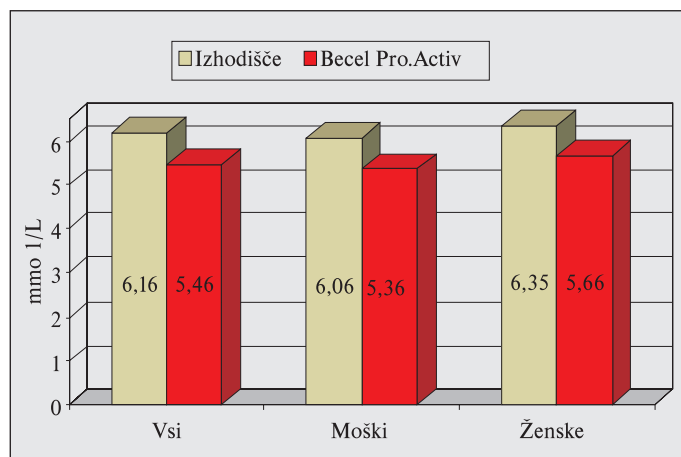
Reference:

1. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaer E (eds) *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth Edition.* European Commission. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities, 2006 (ISBN 92-79-01258-4)
2. Berrino F, Capocaccia R, Gatta G et al, eds. *Survival of cancer patients in Europe: the EU-ROCARE – 3 study.* Ann Oncol 2003; 14 (Suppl 5).
3. *Incidenca raka v Sloveniji 2003.* Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 2006.

Nefarmakološki ukrepi ob hiperholesterolemiji – ali imamo nove možnosti?

Mitja Lainščak, Zlatko Fras

Kronične nenalezljive bolezni, med katerimi predstavljajo največji delež bolezni srca in žilja, so vodilni vzrok zbolewnosti in umrljivosti v večini evropskih držav (1). Bolezni srca in žilja, ki so v veliki večini povezane z aterosklerozo, so leta 2000 v Sloveniji predstavljale 40 odstotkov vzrokov vseh smrti (2). Vsi dejavniki tveganja za aterosklerozo so bili predmet številnih intervencijskih raziskav na področju primarne preventive, s katerimi so dokazali pomembno zmanjšanje števila bolnikov z manifestno ishemično boleznijo srca (3). Znano je, da lahko z ustreznimi ukrepi preprečimo pojav od 50 do 90 odstotkov bolezni srca in žilja (4).

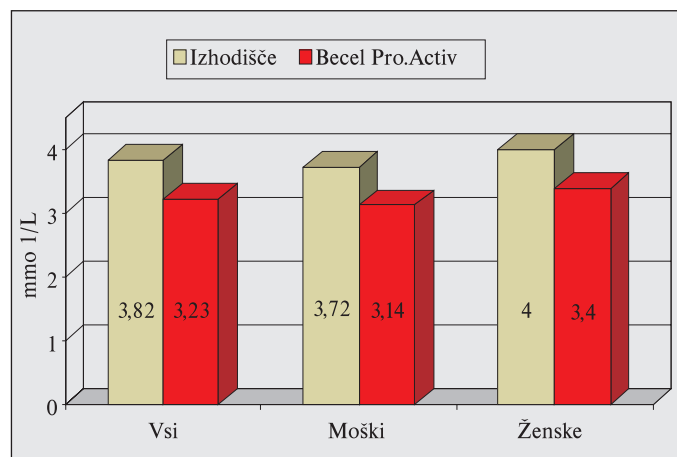


Slika 1a: Celokupni holesterol

V Sloveniji imamo relativno malo podatkov o prevalenci dejavnikov tveganja za razvoj ateroskleroze ter bolezni srca in žilja. Največ podatkov smo pridobili z raziskavami CINDI v ljubljanski regiji (leta 1990/1 in 1996/7) in dodatno še primorski ter pomurski regiji (leta 2002/3). V prvi dve raziskavi je bilo vključenih preko 3000 preiskovancev in prevalenca hiperholesterolemije je bila > 60 odstotkov (5). V Sloveniji smo se zatem sistematično lotili tega problema v okviru programa preventive bolezni srca in žilja (6). Preliminarno poročilo iz tretje CINDI-raziskave (7) potrjuje predvidevanja o visoki pogostosti hiperholesterolemije, ki smo jo ugotovili pri 75 odstotkih preiskovancev. Obenem imamo zelo koristne podatke iz raziskave CINDI Health Monitor, ki kažejo na višjo pogostost dejavnikov tveganja ter bolezni srca in žilja v severovzhodni Sloveniji (8, 9).

Hiperholesterolemija je eden najpomembnejših od življenjskega sloga delno odvisnih dejavnikov tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni, saj lahko s hiperholesterolemijo pojasnimo do 50 odstotkov tveganja

za razvoj bolezni srca in žilja (10). Nefarmakološki ukrepi so osnova obravnave vseh dislipidemij, vendar so rezultati tesno povezani z osveščenostjo posameznika in dejanskim udejanjanjem v vsakdanjem življenju. Zaradi naraščajoče pogostosti in pojavnosti hiperholesterolemije je v prihodnosti pričakovati, da bodo bolniki ter medicinski delavci ponovno morali nameniti več pozornosti nefarmakološkim ukrepom. Sprememba načina prehrane in upoštevanje načel zdrave prehrane je ob današnjem načinu življenja relativno težko dosegljiv cilj, vendar lahko bistveno pripomore k zmanjšanju pojava dejavnikov tveganja in celokupnega tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni. Zaradi slabšega sodelovanja bolnikov pri izvajanju telesne dejavnosti in natančnemu

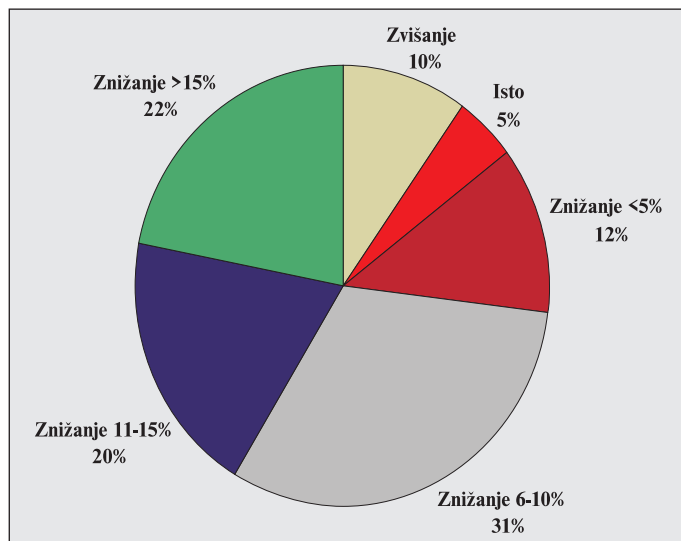


Slika 1b: LDL-holesterol

spoštovanju dietnih navodil moramo bolnikom ponuditi alternativne možnosti za obvladovanje hiperholesterolemije.

Rastlinski steroli, ki so dodani margarini Becel Pro.Active, so snovi, ki v prebavilih vežejo zaužiti holesterol, ki se tako izloči z blatom in se ne absorbira iz prebavnega trakta. S tem zmanjšamo celokupni zunanji vnos holesterola ob relativno stalnem nastajanju v telesu, zato pride do znižanja koncentracije celokupnega holesterola in LDL-holesterola v krvi. Opravljene so bile raziskave, ki so dokazale učinkovitost uživanja od 25 do 30 g margarine Becel Pro.Active na dan, razdeljene v tri manjše obroke, pri bolnikih z izolirano hiperholesterolemijo, pri bolnikih s sladkorno boleznijo in med drugim tudi pri bolnikih, zdravljenih s statini (11).

V Sloveniji smo šele pred kratkim dobili prvi izdelek z dodanimi rastlinskimi steroli. Zanimalo nas je, ali je uporaba margarine Becel Pro.Active učinkovita tudi pri naših bolnikih. Obenem smo želeli ugotoviti, kakšni so učinki v severovzhodni Sloveniji, regiji z najslabšimi prehra-



Slika 2a: Sprememba koncentracije celokupnega holesterola

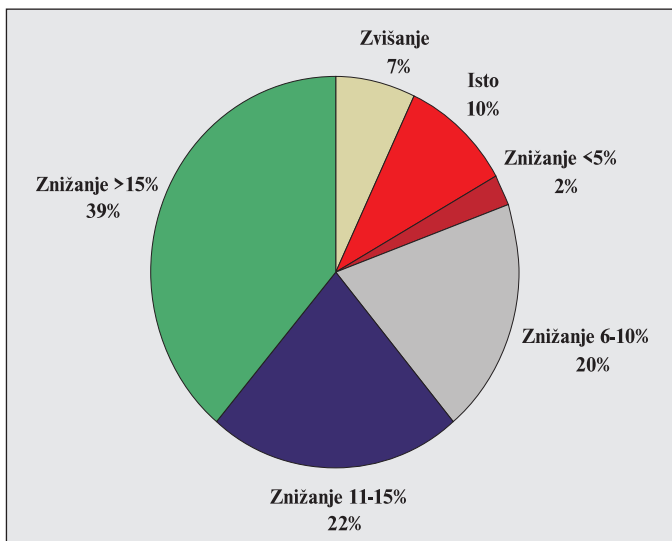
njevalnimi navadami. Predvidevali smo, da redno uživanje margarine Becel Pro.Active v obdobju treh tednov zniža serumsko koncentracijo celokupnega in LDL-holesterola vsaj za 10 odstotkov.

V prospektivni raziskavi pri nezdravljenih ambulantnih in hospitaliziranih bolnikih s hiperholesterolemijo iz severovzhodne Slovenije smo preizkušali učinke tritedenskega uživanja margarine Becel Pro.Active (od 25 do 30 g na dan v treh obrokih). Bolniki niso izpolnjevali kriterijev za uporabo farmakoloških ukrepov. Pred in po intervenciji smo določili serumske koncentracije lipidov. Vključili smo 41 bolnikov (27 moških), povprečno starih 56 ± 13 let, z indeksom telesne mase $28,8 \pm 5,5$, obsegom pasu 95 ± 13 cm, sistoličnim krvnim tlakom 139 ± 13 mm Hg in diastoličnim krvnim tlakom 84 ± 8 mm Hg. Po treh tednih uživanja margarine smo ugotovili znižanje serumske koncentracije celokupnega ($6,2 \pm 0,8$ mmol/L na $5,5 \pm 0,7$ mmol/L) in LDL-holesterola ($3,8 \pm 0,8$ mmol/L na $3,2 \pm 0,7$ mmol/L) – Slika 1a in b. Do znižanja koncentracije celokupnega in LDL-holesterola je prišlo pri 85 odstotkih in 83 odstotkih bolnikov. Vsaj 10-odstotno znižanje koncentracije celokupnega in LDL-holesterola smo zabeležili pri 42 odstotkih in 61 odstotkih bolnikov (Slika 2a in b). Ciljne vrednosti celokupnega holesterola in LDL-holesterola je doseglo 15 (37 odstotkov) in 16 (39 odstotkov) bolnikov. Obe ciljni vrednosti je doseglo 12 (29 odstotkov) bolnikov.

Izsledki naše raziskave kažejo, da je redno uživanje od 25 do 30 g margarine Becel Pro.Active na dan znižalo koncentracijo celokupnega in LDL-holesterola pri večini vključenih bolnikov. Znižanje je bilo pri približno polovici bolnikov > 10-odstotno. Čeprav nismo natančno opredelili bolnikovih prehranjevalnih navad, smo dobre rezultate dosegli v regiji z najslabšimi prehranjevalnimi navadami prebivalcev.

Zadovoljiv je tudi podatek, da je obe ciljni vrednosti doseglo skoraj 30 odstotkov bolnikov. Ta odstotek bi bil ob daljšem trajanju raziskave in spodbujanju preprečevanja ostalih dejavnikov tveganja (predvsem ob večji telesni dejavnosti) verjetno še višji. V Pomurju že potekajo intervencijski programi na področju primarne preventive (5), zato je v prihodnosti pričakovati zmanjšanje razlik v dejavnikih tveganja med slovenskimi regijami.

Naši rezultati kažejo, da uživanje s steroli obogatenih živil predstavlja ustrezno dopolnilo prehrane bolnikov s hiperholesterolemijo in da lahko bistveno pripomore k doseganju terapevtskih ciljev v obravnavi hiper-



Slika 2b: Sprememba koncentracije LDL-holesterola

holesterolemije. Tovrstno dietno navodilo bi bilo smiselno vključiti v programe primarne preventive in ga preizkusiti v nadaljnjih ustrezno načrtovanih intervencijskih raziskavah. ■

Literatura:

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D on behalf of the Task Force. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the Euroean Society of Cardiology on cardiovascular mortality and morbidity statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18: 1231-48.
2. Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2000. *Zdrav Var* 2000; 39: Suppl 1: 53.
3. Lengfelder W. Primäre Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen durch nichtpharmakologische Maßnahmen. *Med Klin* 2002; 97: 77-87.
4. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347-60.
5. Maučec Zakotnik J, Lainščak M. Preventiva bolezni srca in žilja. *Zdrav Vestn* 2003; 72: 261-3.
6. Fras Z. Celovitost primarnega preprečevanja srčno-žilnih bolezni ter njegovo udejanjanje v Sloveniji. *Slov Kardiolog* 2004; 1: 8-23.
7. Fras Z, Zaletel Kragelj L, Maučec Zakotnik J. Razširjenost dejavnikov tveganja za aterosklerozo v Sloveniji. Predstavitve nekaterih ključnih rezultatov raziskave CINDI Slovenija 2002/03. In: Fras Z, ed. Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2005: zbornik prispevkov. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, 2005: 3-10.
8. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia. I. Estimated prevalence of selected cardiovascular and related diseases. *Croat Med J* 2004; 45: 637-43.
9. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia. II. Estimated prevalence of selected behavioral risk factors for cardiovascular and related diseases. *Croat Med J* 2004; 45: 644-50.
10. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
11. Normen L, Holmes D, Frolich J. Plant sterols and their role in combined use with statins for lipid lowering. *Curr Opin Investigational Drugs* 2005; 6: 307-16.

Antropologija in njen raziskovalni interes; Holizem in sodobna antropologija

Maruška Vidovič

Korenine antropologije so bile vsajene na Inštitutu za varovanje zdravja pred mnogimi leti, kar danes ve le še malokdo od tukaj zaposlenih. Pod okriljem nekdanjega Higienkega zavoda se je začel že leta 1927 ustanavljati prvi, ne samo slovenski, ampak tudi jugoslovanski, oddelek za antropologijo. Vodil ga je v tujini izšolani antropolog dr. Božo Škerlj in s svojim bogatim znanjem in vsestranskostjo uspešno deloval ter pri nas postavil temelje tej pomembni znanstveni vedi. Po dolgem premoru, skoraj bi lahko rekli pozabi, sem antropologijo znova prinesla na inštitut leta 1990, z novimi, sodobnimi koncepti in pristopi.

S tem prispevkom želim spomniti na zgodovinska dejstva, ki ne bi smela biti prezrta in pozabljena. Le-ta bi nam morala biti v poseben ponos in spodbudo, da ohranimo antropologijo, ji damo možnosti in zagon za širši razvoj z aktivno vključitvijo v jedro javnega zdravja, tako, kot je vključena tudi v Evropi in drugod po svetu.

Antropologija, vseobsežna veda o človeku, je zgrajena na dveh vidikih človekovega obstoja: biološkem in sociokulturnem. Na tem temelju sta se tudi razvili dve glavni veji antropologije: fizična ali somatična in kulturna oziroma sociokulturna. Da bi še bolj poudarili njeno širino, so kasneje Angleži preimenovali fizično antropologijo v biološko antropologijo. Znotraj biološke antropologije pa je, kot en segment, medicinska antropologija, predvsem z nalogo, da določene izsledke raziskav ustrezno ponudi medicini.

Sodobna antropologija je zasnovana na holističnem pristopu, ki združuje koncepte fizične in kulturne antropologije. Na pojave pri človeku gleda kot na multifaktorsko dogajanje, v katerem so najširše zastopani vsi vidiki (biološki, socialni, kulturni). Z vključitvijo in interakcijo komponent v analitični model, ki je holističen, dosežemo večjo uspešnost raziskav in globlje razumevanje problema. Holizem v antropologiji ima poleg drugih značilnosti tudi to lastnost, da je biokulturnen v svojem pogledu na stvari in povezovalen v svojem konceptualnem okviru.

Raziskovalni interes antropologije je hkratna enakost in različnost ljudi, opazovanih skozi njihovo biološko in kulturno preteklost in sedanjost, njeni vzroki, pomen in posledice. Vsi smo pripadniki iste vrste *Homo sapiens*. To pomeni, kot pravi Hienraux (1975), da imamo veliko skupnega; človeštvo je eno v svoji različnosti. Tako, kot ne obstajata dva enaka človeka, ne obstajata tudi dve človeški skupini, ki bi bili enaki v vseh bioloških lastnostih.

S premikom od živali k človeku so nastopile analogne spremembe tudi zaradi kulture, zato je treba vsa biološka predvidevanja raziskovati tudi v kulturnem kontekstu. Pri proučevanju človeka so problemi s koncepti okolja kompleksni, ker je treba človeka opazovati kot pripadnika živalske vrste in kot nosilca kulture. Če opazujemo človeka kot pripadnika živalske vrste in poskušamo analizirati sile okolja, ki delujejo na organizem, moramo opazovati pojave, ki so skupni vsem biološkim

situacijam; vedno pa bomo tudi ugotovili zelo pomembne vplive okolja, ki jih lahko klasificiramo samo kot "kulturne" in ki menjajo fizikalne in biološke dejavnike. Človek je nosilec kulture: če raziskujemo človekovo kulturo, bomo ugotovili, da se le-ta lahko menja zaradi klimatskih in geografskih dejavnikov okolja. Kultura je po eni strani del človeka, po drugi pa del okolja.

Biološki pristop preučevanja človeka združuje dve osnovni področji: variabilnost znotraj človeške vrste in evolucijske procese kot temeljne antropološke probleme biološkega razvoja človeške vrste. Razlike med ljudmi znotraj iste vrste se kažejo na ravni anatomskih in fizioloških lastnosti in so rezultat genetskega dedovanja ter biološke prilagoditve posameznika na različno življenjsko okolje.

Raziskovanje človeka s široke holistične antropološke perspektive nam omogoči strategija antropoloških raziskav z uporabo metodologije različnih znanstvenih disciplin (medicine, npr. anatomija in biometrija pri preučevanju polifaktorialnih in monofaktorialnih značilnosti dedovanja, biokemije, hematologije pri seroantropoloških metodah, molekularne biologije, lingvistike, etnologije) in s pomočjo številnih kombinacij le-teh. Ker ne živimo sami, temveč kot socialna bitja, pri čemer je naša enota populacija (Sussan, 1995), antropologijo vse bolj zanima preučevanje populacij. Pri raziskavah na populacijski ravni pa je v raziskavo vključena tudi večina genotipov. Zato sodobne antropologe zanima variabilnost človeških populacij in izvor le-teh, pri čemer nam pomagata populacijska genetika in matematično modeliranje. Poleg direktnih uporabljamo tudi indirektno genetske metode.

Preučevanje človekove variabilnosti približa antropologe tudi človekovim boleznim. Angel in Ubelaker sta postavila začetek paleopatologije v prvo polovico devetnajstega stoletja. Medicina, ki v smislu konstitucij preučuje morfološke razlike med posamezniki in skupinami kot dejavnikom bolezni, že dolgo sprejema prijem antropologov z njihovimi pogledi na metode in koncepte (Damon, 1970), ki se vedno bolj uveljavljajo (Robinov, 1982).

Antropologija se je že od svojih začetkov vključevala v preučevanje bolezni zato, ker je mnoge od prvih antropologov zanimala zveza med anatomsko obliko in funkcijo ter še posebej njen nastanek, tj. zveza med variacijami v obliki in nepravilnostmi v delovanju.

Medicinska antropologija je dobila največ spodbud z razvojem dveh področij znotraj bioloških znanosti. Najprej se je močno razvila populacijska biologija in še posebej populacijska genetika kot konceptualni pristop k variabilnosti človeka in metodološko ogrodje za raziskovanje in analizo. Med teorijami populacijske biologije je tudi pojmovanje, da normalni "obseg" biološke raznolikosti človeka ni samo predmet naravne selekcije, temveč tudi dokaz o delovanju le-te in posledično tudi dokaz njenega pomena za prilagajanje (Fisher, 1929; Coon in sod., 1950; Ford, 1965). To je povzročilo, da so populacijski genetiki v pet-

desetih in šestdesetih letih začeli intenzivno iskati zvezo med genetskimi polimorfizmi in boleznijo. To iskanje in njihov prispevek k našemu poznavanju genetskih dejavnikov pri bolezni so opisali Pollitzer, 1981, ter Weiss in Chakraborty, 1982.

Drugi pomemben premik v sodelovanju antropologov pri preučevanju bolezni je bil pojav ekologije kot pristopa k razumevanju kompleksnosti interakcij med populacijo in okoljem. Sargent, 1974, in Little, 1982, v svojih razpravah navajata, da so se antropologi oziroma populacijski biologi dejavno vključili v raziskave z zdravjem povezanimi izidi interakcij med ljudmi in njihovimi ekosistemi. Tem navedbam pa so se pridružili še Watts in sod., 1975; Foulks, 1972; Greene in Johnston, 1980; O'Rourke in sod., 1983. V nekaterih primerih so raziskave dokumentirale verjetne škodljive učinke okolja (Cassidy, 1980; Schell, 1981; Bielicki in Welson, 1982), v drugih pa analizirale določene bolezni kot vzročne in posledične vektorje znotraj sistemov (Drew in sod., 1982).

Antropologija se ukvarja tudi z raziskavami, ki vključujejo učinke bolezni na človeško vrsto. To preučevanje je opazno na štirih različnih raziskovalnih področjih te discipline: prvič, razvidno je iz del antropologov, ki so raziskali odnos med fenotipskimi in genotipskimi variacijami ter boleznijo; drugič, kaže se tudi v raziskovalnem delu antropologov, ki pod vplivom vzpona populacijske biologije raziskujejo vlogo bolezni kot posrednika v kanaliziranju evolucije in diferenciacije človeške populacije, tretje področje je razvoj ekološkega središčnega področja s poudarkom na celotnih sistemih, vključno s kulturo kot njihovo komponento, ki ima očitno vlogo pri zdravstvenih rezultatih v odnosu med populacijo in okoljem; in četrtič, prehranjevalna antropologija kot raziskovalno področje, ki daje organizacijsko tematiko za ekološke študije zdravja in bolezni.

V zadnjem času so nastale nove združene vede, kot je genetska epidemiologija, ki raziskuje v antropološkem kontekstu. Študije iščejo pomembnost v povezavi z genetično strukturo populacije, spremljajoči vzorec bolezni je obravnavan v kontekstu vpliva okolja in kulturnih dejavnikov. Usmerjanje mnogih znanstvenikov k medicinski genetiki in genetski epidemiologiji temelji na dejstvu, da multidisciplinarnost pristopa omogoča boljše razlago procesa evolucije: integrirane raziskave dajejo nove dimenzije in izzivalno spodbudo številnim področjem antropologije.

Pomemben zaključek mednarodnega antropološkega srečanja na Japonskem že leta 1990 se je glasil: "Prepričani smo, da bodo genetske in antropološke raziskovalne metode pri preprečevanju bolezni prispevale svoj delež k zdravstveni znanosti v 21. stoletju tudi pri temah in projektih SZO, ki danes po svetu vključujejo vse več antropologov."

Če naštejemo samo nekaj novejših antropoloških del, zagotovo spada med zelo vplivne delo italijanske antropologinje Donatelle Cozzi, ki je s holističnim pristopom na podlagi karnijskih migracij izdelala uporaben antropološki model in ga ponudila psihiatriji kot pomoč pri zdravljenju depresije.

Medicinska antropologija opozarja na vlogo odnosa med zdravjem in boleznijo na eni in okoljem ter vsakovrstnimi kulturnimi danostmi določenega subetničnega prostora na drugi strani in zdravje oziroma bolezen obravnava tudi kot del okolja oziroma etnogeografskega konteksta.

Sodobna aplikativna antropologija in njene metode imajo danes vse pomembnejšo vlogo. Vse bolj so poudarjeni problemi in izkušnje, vezani na medicinsko genetiko s stališča antropologije in javnega zdravja, saj se populacijske antropološke raziskave idealno vključujejo v področje

javnega zdravja. Obravnavajo prostorska in demografska dogajanja v človeških populacijah in s tem povezano zdravje in boleznijo populacij, epidemiologijo v povezavi z antropologijo ter evolucijo človekovih bolezni, vpliv kulture na reprodukcijski izbor, migracijo in tok genov, urbanizacijo in zdravje človeka ter formiranje sodobnih človeških populacij, podvrženih drugačnim pritiskom dejavnikov okolja itd.

Prav v zadnjih letih se je v svetu močno povečalo zanimanje za antropologijo na podlagi ugotovitev, ki so bile dobljene z modeli populacijske strukture. Te ugotovitve so bile zelo koristno uporabljene v zdravstvu za preučevanje vplivov bolezni in njihovega širjenja v geografskem prostoru.

Zahvaljujoč novim tehnologijam v molekularni genetiki z uporabo DNA-analiz v raziskovanju populacijske strukture se odpira možnost nadaljnega in globljega pogleda v genetsko preteklost človeških populacij, kot tudi zanesljivejše in temeljitejše izdelovanje zemljepisno-genetskih kart sedanjih, kot tudi zgodovinskih populacij.

Moje delo na Inštitutu za varovanje zdravja je od leta 1993 v glavnem usmerjeno v raziskave "naravnih izolatov", ki jim sodobna antropologija daje velik pomen. Kot zelo dober raziskovalni model je bila v ta namen izbrana Selška dolina s svojim obrečnim in bolj izoliranim gorskim delom. Tako se na tem modelu že več kot desetletje izvajajo sodobne antropološke raziskave z biomedicinskim in antropogenetičnim pristopom v kontekstu "populacijskih struktur", raziskave, ki predstavljajo svetovne raziskovalne trende. Nekajkrat so se raziskovalnemu delu v Selški dolini pridružili tudi tuji znanstveniki: angleški, hrvaški, ameriški in avstralski.

Ker se antropološke raziskave "populacijskih struktur" lahko izvajajo na več ravneh in so v glavnem zasnovane na analizah demografskih, seroloških, morfoloških in fizioloških podatkov, je bila do danes v Selški dolini narejena cela vrsta zelo različnih raziskav: migracijskih, antropometričnih, lingvističnih, odontometričnih, dermatoglifskih in še več drugih. Večina raziskav temelji na preučevanju vplivov različnih dejavnikov okolja, ki so med mikroevolucijo prispevali k formiranju sedanjega prebivalstva. Z dobljenimi rezultati so vse predstavljene populacijske antropološke raziskave lahko zelo uspešne in koristen interdisciplinaren prispevek medicini, predvsem javnemu zdravju. Posebno pomembni so dobljeni podatki o visoki stopnji sorodstva v populaciji in med posameznimi subpopulacijami. V eni od obširnih raziskav populacijskih struktur, ki je bila moja doktorska disertacija, sem uporabila priimke kot genetske markerje in prikazala genetsko uporabo priimkov v antropologiji in medicini. Nadaljujem tudi molekularno genetsko raziskavo, razširjeno na celotno slovensko populacijo. Antropogenetsko variabilnost ugotavljam z analizami autosoma in kromosoma Y ter mitohondrijske DNK (mt DNK). Pred menoj je nov izziv z večletnim slovensko-ameriškim projektom: "Proučevanje senescence, staranja in obolevanja s pomočjo ocene stresa, oslabelosti in zdravja."

Nova raziskava bo poleg vodilnega raziskovalnega cilja, da s sodobnim pristopom razišče zelo aktualno temo procesa staranja v populaciji Slovenije, tudi predstavila partnerstvo med antropologijo in javnim zdravjem, kajti pri obeh področjih je "raziskovalna enota", ki ju povezuje, "populacija". Danes se v svetu vse bolj uveljavlja prepričanje, da je antropologija "orodje" v javnem zdravju, ker lahko pojasni številna biološka, genetska, sociološka dogajanja, razlike v družbi in kulturi ter druga pomembna dogajanja v populaciji. Prav v zadnjem letu so bili vsepovsod po svetu številni kongresi z naslovom: "Anthropology as a Tool for Public Health", ki so s prispevki predstavljali in vzpodbujali uspešnost dobrega sožitja obeh strok. ■

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 6. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 30. marca 2006

Prisotni člani izvršilnega odbora: prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., prim. Jožef Ferk, dr. med., akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med., Sabina Markoli, dr. dent. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Igor Praznik, dr. med.

Prisotni vabljeni: asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Mirjam Čadež Kovačević, dr. dent. med., Brane Dobnikar, univ., dipl. prav., mag. Zlatko Fras, dr. med., prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., Anica Novak, dr. med., asist. Vojko Kanič, dr. med., Konrad Kuštrin, dr. med.

Vladislav Pegan je pozdravil prisotne ter predlagal v sprejem razširjeni dnevni red.

Sklep št. 70/6/2006:

1. **Potrditev zapisnika 5. seje izvršilnega odbora z dne 16. 3. 2006 in poročilo o izvršitvi sklepov**
 2. **Razlaga projekta skupinske prakse**
 3. **Zakon o pacientovih pravicah**
 4. **Projekt Obremenjenost zdravnikov splošne/družinske medicine**
 5. **Sprememba komisije rednega strokovnega nadzora**
 6. **Razrešitev predstavnikov Zbornice v RSK za stomatologijo**
 7. **Razno**
- Sklep je bil soglasno sprejet.

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 5. seje izvršilnega odbora z dne 16. 3. 2006 ter poročilo o izvršitvi sklepov

Brane Dobnikar je podal informacijo o izvršitvi sklepov.

Vladislav Pegan je povedal, da so bile s strani Mateje Bulc in Tatjane Puc Kous, dr. med., podane pripombe na zapisnik, katere se vnesejo v zapisnik.

Sklep št. 71/6/2006:

- Izvršilni odbor je potrdil dopolnjeni zapisnik 5. seje z dne 16. 3. 2006.**
- Sklep je bil soglasno sprejet.

K 2. točki dnevnega reda: Razlaga projekta skupinske prakse

Konrad Kuštrin je razložil, da je bistvo modela ideja, da bi zdravniki izstopili iz sistema javnih uslužbencev in svoje storitve opravljali kot del zasebnega sektorja. Omenil je, da je bila za izdelavo osnutka modela oblikovana delovna skupina.

Povedal je, da je dosedanja oblika privatizacije predvsem primerna za ambulantno dejavnost, kjer zdravstveno storitev za bolnika opravlja en zdravnik s svojo delovno skupino. Omenil je, da je bil doslej najbližji model opravljanja bolnišnične zdravniške službe izven javnega sektorja t. i. model svobodnega zdravnika specialista, ki pa ne rešuje nekaterih situacij.

Zaradi nekaterih pomanjkljivosti dosedanjih modelov je večina bolnišničnih zdravnikov ostala v zaposlitvenem razmerju v javnih zavodih, kjer se soočajo z vsemi težavami in pomanjkljivostmi nedelujočega

novega plačnega sistema za celoten javni sektor ter zastarelimi rešitvami starega in še vedno aktualnega plačnega sistema. Pomanjkljivost takšnega plačnega sistema je skoraj popolna nemožnost ali zgolj simbolična možnost nagrajevanja za dodatno delo oziroma obremenitve in posledična uravnilovka, kar deluje izrazito nestimulativno. Težavna je tudi zgornja meja plač in dodatkov, na katere javni uslužbenec v nobenem primeru ne more vplivati. Posledično se v zdravstvu zelo počasi uveljavlja kakršenkoli dodaten program ali storitve, ker ob nemožnosti ustreznega nagrajevanja večina sprememb naleti na odpor zdravnikov.

Omenil je, da takšen sistem, kot so zdravniške zadrage, v nekaterih državah že obstaja, zdravniki svobodni specialisti so se združili, saj so bili kot posamezniki zelo izpostavljeni. T. i. skupinska zdravniška praksa je združenje svobodnih zdravnikov specialistov, ki se dogovorijo, da bodo določene funkcije združene, da bodo solidarni, da se bodo določena sredstva nalagala v obliki skladov itd. Razložil je, da sindikat ne more ustanavljati skupinskih praks oziroma zadrug, to bi morali narediti zdravniki sami, ki že kažejo interes za takšno obliko. Prav tako je omenil, da je nemogoče vpeljati en sam model, saj obstaja več pravno formalnih opcij, za katere se morajo zdravniki odločiti sami.

Predlagal je sodelovanje Zbornice pri projektu ter imenovanje ožje skupine vseh treh zdravniških organizacij za sodelovanje pri projektu.

Matija Horvat je vprašal, kaj bi se zgodilo v primeru, če bi se vsi zdravniki v določeni bolnišnici odločili za zasebno prakso. Ali bi bolnišnica postala zasebna?

Konrad Kuštrin je odgovoril, da ne, saj bi bili zdravniki še vedno pripravljeni opraviti ves program, vendar pod drugačnimi pogoji; tako bi bilo ohranjeno javno zdravstvo.

Jože Ferk je z vidika boljšega plačila zdravnikovega dela omenil, da le-to predstavlja dosti večji strošek ter ali je kot takšen sploh sprejemljiv s strani vlade. Zanimalo ga je, kako so bile v projektu predstavljene vsote pridobljene. Glede delovnega prava je omenil, da naj zdravnik ne bi bil v celoti podvržen vsem aktom, ampak le kolektivni pogodbi. Postavil je vprašanje, ali je to v skladu z zakonskimi predpisi.

Konrad Kuštrin je odgovoril, da naj bi si vsaka skupinska praksa sama izborila oziroma določila plačilo. Predstavljene številke naj bi bile vsota treh povprečnih zdravniških plač, kot zasebniki bi si morali zdravniki sami postaviti nek finančni vir, ki bi pokrival dopuste, izobraževanje ter boleznine do enega meseca. Za pridobitev takšnega vira bi morali v pogajanjih pričakovati toliko višje plače. Omenil je, da se je leta 2000 v pogajanjih takšna vsota že dosegla. Kar zadeva delovno pravo, je povedal, da kolektivna pogodba zagotavlja minimum, v vsakem primeru pa je potrebno spoštovati delovnopravno zakonodajo.

Zlatko Fras je omenil kanadski model plačevanja zdravnikov, kjer za zdravnike ni normativov, pač pa so zdravniške storitve ovrednotene izključno finančno. Predlagal je pregled takšnega sistema, saj gre za zelo podoben model. Glede zasebnih zdravnikov je povedal, da le-ti verjetno niso zainteresirani za takšen model.

Konrad Kuštrin je predlagal postopne spremembe, za lažje sprejetje drugega sistema. Glede zanimanja zasebnih zdravnikov je omenil, da so v dveh zdravstvenih domovih pokazali zainteresiranost tudi zasebni koncesionarji na osnovni ravni.

Marko Bitenc je razložil, da je ideja skupinskih praks svobodnega specialista nastala na ZZS, prav tako je bila takrat ustanovljena skupina, ki ni bila nikoli razpuščena, v skupini je sodeloval tudi predstavnik Fidesa

ter da so bile že takrat pripravljene vse podlage za projekt.

Omenil je, da je povsod po svetu združenja vedno skupina med seboj povezanih zasebnih zdravnikov, z ali brez koncesije, ki kot taki ne dobivajo plače, zato se lahko govori le o načinu nagrajevanja, ki je izključno storitveni sistem. Ključno je, da imajo omenjeni zdravniki (združeni v zadrugi) pogodbo z zavarovalnico oziroma koncesijo v svojih rokah, zaradi pogajanj. Dokler gre za posameznike, je kot problematičen poudaril prehod oziroma odločitev za takšno obliko dela, saj je potrebna odpoved delovnega razmerja ter tveganje v smislu pridobitve pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Poudaril je, da je ključna funkcija zdravniških organizacij, da v tem primeru ponudijo vso logistično podporo.

Konrad Kuštrin je poudaril, da niso vsi zdravniki zainteresirani za takšno prakso ter da mora Fides zastopati mnenje vseh zdravnikov.

Vojko Kanič je vprašal, ali obstajajo ocene, kolikšna je predvidena kritična masa zdravnikov, ki bi se morala odločiti za tak model.

Konrad Kuštrin je glede na to, da zdravnikov primanjkuje, odgovoril, da je potrebna tretjina, da se sistem zamaje.

Sabina Markoli je omenila, da bi Fides moral sodelovati že pri pripravi tega modela z zasebnimi zdravniki zaradi boljše kakovosti projekta ter da je zelo pomembno skupno sodelovanje zdravniških organizacij. Glede zobozdravstva je omenila, da se zavzemajo za to, da bi bil nosilec koncesije zobozdravnik.

Konrad Kuštrin je odgovoril, da je že bila podana pobuda za skupni sestanek Fidesa in zasebnih zdravnikov, kar bo verjetno kmalu izpeljano.

Jože Ferk je na splošno omenil, da bi bilo potrebno finančno izhodišče vsakega zavoda in SPP posebej, kjer so že ovrednotene določene storitve, ter samo učinkovitost zdravstva (z vidika izpolnitve programa).

Franc Šuta je povedal, da imajo zasebni zdravniki kar nekaj pomislekov oziroma vprašanj, in sicer glede izračuna plače, glede resnosti same ideje, saj naj bi si Fides poizkušal izboljšati pogajalsko stališče za dvig plač zdravnikov z idejo zadrug, glede smiselnosti predstavljenega modela zadrug, glede neposredne povezanosti z zavarovalnico, brez javnega zavoda kot vmesnega filtra. Kot sporno vprašanje je omenil program bolnišnice, če le-ta ne bo imela dovolj kadra, na kakšen način bo sklepala pogodbe ter na kakšen način naj bi se "posojalo" zdravnike bolnišnicam (status ustanove). Glede pogajanj, da so zdravniki nemočni, če se pogajajo sami z zavarovalnico, je povedal, da se nikoli do sedaj zdravniki niso pogajali sami (za zasebne zdravnike se pogaja Zbornica, za zaposlene pa direktorji zdravstvenih domov in združenje zdravstvenih zavodov). Predlagal je, da bi se v pogajanja vključil Fides, s strani zaposlenih zdravnikov. Pozdravil je idejo, da se vse tri organizacije povežejo.

Konrad Kuštrin je odgovoril, da predstavljeni izračun ni bil vezan na zasebne zdravnike, ampak na omenjene tri povprečne zdravniške plače. Povedal je, da Ministrstvo za zdravje ne bo širokogrudno podeljevalo koncesij na sekundarni in terciarni ravni. Omenil je, da se je Fides do leta 2000 pogajal samostojno. Prav tako ideja o svobodnem zdravniku specialistu ni zaživelja, zato je predstavljen tokratni model zadrug.

Marko Bitenc je povedal, da svobodnih specialistov ni, ker ni interesa v vodstvenem kadru. Omenil je, da je svobodnih specialistov v evropskih državnih bolnišnicah približno 30 odstotkov. Rešitev za sekundarno raven je tudi koncesija, saj je podeljevalec koncesije na sekundarni ravni tudi ustanovitelj bolnišnice. Poudaril je, da je potrebno najprej pridobiti soglasje "kritične mase" vodstvenih kadrov.

Igor Praznik je povedal, da je ideja zanimiva ter uporabna, kot poizkus sprememb. Predlagal je, da vse tri organizacije, vključno z zasebnimi zdravniki, pripravijo določen program za spremembo zdravstvenega sistema.

Vladislav Pegan se je vsem zahvalil za razpravo. Povedal je, da je pri modelu še veliko nejasnosti, zato je prisotnim podal v razmislek, kateri model bi bil najboljši, ki bi ohranil oziroma izboljšal raven zdravstva, s tem da bi izvajalci prejeli boljši zaslužek. Omenil je, da se je sam vedno zavzemal za ukinitve uravnilovke.

Konrad Kuštrin je povedal, da je po različnih razpravah obveljalo mnenje, da en sam model ni mogoč, ampak jih mora biti več, za različne potrebe zdravnikov. Zahvalil se je za povabilo na sejo.

K 3. točki dnevnega reda: Zakon o pacientovih pravicah

Vladislav Pegan je povedal, da so bile pripombe na zakon pregledane in vnešene v osnutek. Kot problematično je omenil poglavje, ki se nanaša na pritožbene postopke. Izpostavil je, da so pritožbene poti za zasebne zdravnike urejene drugače, in predlagal enako ureditev kot pri zaposlenih zdravnikih v javnih zavodih.

Brane Dobnikar je poročal, da so skladno z dogovorom na prejšnji seji izvršilnega odbora člani posredovali pripombe na osnutek zakona, in sicer Tatjana Puc Kous, Franc Šuta, Žarko Pinter, Mateja Bulc in Jože Ferk. V besedilo so vgrajene tudi pripombe in predlogi predsednika Zbornice Vladislava Pegana ter strokovne službe.

Franc Šuta je razložil stališče zasebnih zdravnikov o tej temi. Kot nejasnost je izpostavil, ali naj bi tudi zasebni zdravniki imeli pritožbeno pot skupaj z zaposlenimi zdravniki in vprašanje financiranja komisij, česar zakon ne predvideva. Razložil je, da bi zasebni zdravniki raje videli, da bi bile pritožbene poti organizirane ločeno od pritožbenih poti zoper zaposlene zdravnike. Predlagal je, da bi se pritožbene poti za zasebne zdravnike organizirale na Zbornici, prva stopnja naj bi bil zasebni zdravnik sam, za razrešitev konflikta s pacientom, druga stopnja pa naj bi bila urejena v okviru Zbornice. Omenil je, da je generalni sekretar opozoril na logistični ter finančni problem. V finančnem smislu je predlagal ustanovitev sklada, ki je lahko oblikovan na Zbornici, finance se ne bi črpale iz članarine.

Vladislav Pegan je omenil, da je potekala razprava o tej temi na MOL-u, kjer je bilo zastavljenih veliko vprašanj s področja financiranja. Minister za zdravje je povedal, da naj bi država financirala izvajanje zakona. Opozoril je, da je potrebno posredovati pripombe do 31. 3. 2006, zato je predlagal, da bi se na tokratni seji uskladile. Predlagal je, da se želja zasebnih zdravnikov, da bi imeli svojo pritožbeno komisijo, upošteva.

Zlatko Fras je predlagal glede poglavja "pravice do primerne, kakovostne in varne oskrbe", da bi s tem zakonom uzakonili neodvisno nacionalno institucijo za doseganje kakovosti, kamor sodijo tudi spremljanje indikatorjev kakovosti, smernice ter priporočila. Strinjal se je, da mora to financirati proračun. Predlagal je, da Zbornica poda predlog, kot uvrstitev novega člena, za opredelitev delovanja nacionalne institucije za zagotavljanje kakovosti.

Vladislav Pegan se je strinjal, da se poda takšna pripomba.

Matiya Horvat je predlagal, da se izraz "doktrina", ki je zastarel, zamenja iz izrazom "smernice".

Mateja Bulc je omenila, da je odbor za osnovno zdravstvo posredoval kar nekaj pripomb. Povedala je, da je tudi združenje zdravnikov družinske medicine razpravljalo o zakonu, sestanek se je udeležil tudi prim. Anton Gradišek, dr. med., ki pripravlja zakon. Anton Gradišek je zaprosil, da se mu posredujejo vse pripombe, ter dejal, da jih bo poizkušal upoštevati.

Mirjam Kovačič Čadež je postavila vprašanje, ali z Zakonom o pacientovih pravicah prenehajo delovati pritožbene poti na Zbornici.

Vladislav Pegan je odgovoril, da ne.

Brane Dobnikar je razložil, da Zbornica nima zakonske obveze imeti formalizirane pritožbene poti, razen tistih, ki so potrebne za primere

disciplinskega ukrepanja zoper člana Zbornice.

Jože Ferk je omenil kongres "Medicina in pravo", kjer je bilo prav tako govora o pacientovih pravicah. Povedal je, da je bila splošna ocena, da zakon ne rešuje problemov ter da ni pravilno oziroma jasno definiran.

Vladislav Pegan je omenil, da je pripomb z vseh strani ogromno ter da se bo zakon še zelo spreminjal.

Sklep št. 72/6/2006:

Izvršilni odbor se strinja, da se v Zakon o pacientovih pravicah doda pripombo, da se zasebni zdravniki ne želijo priključiti v obnavo pri komisijah za pritožbene poti javnih zavodov. Oblikovale naj bi se posebne komisije, lahko v organizaciji Zdravniške zbornice Slovenije. V pripombe se tudi vključijo predlogi iz razprave.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 4. točki dnevnega reda: Projekt Obremenjenost zdravnikov splošne/družinske medicine

Mateja Bulc je predstavila projekt Obremenjenosti zdravnikov splošne/družinske medicine ter prošnjo za finančno pomoč pripravljalvcem projekta. Predstavitev projekta bo pripravljena za objavo v reviji Isis, prav tako je predlagala, da bi se objavila celotna raziskava.

Zlatko Fras je predlagal, da bi bili predstavljeni tudi določeni ukrepi oziroma možne rešitve ugotovljenega stanja.

Mateja Bulc je povedala, da je bilo to že pripravljeno ter tudi posredovano na Ministrstvo za zdravje, ki zaenkrat še ni odgovorilo. Ukrepi za izboljšanje stanja, ki so bili posredovani, so bili ukinitve administrativnih obiskov, da za 3- do 5-dnevne bolniške obiske zdravnikov ni potreben, da se preventive ne podvaja, da se predpisuje recepte vsaj za 6-mesečno obdobje itd.

Zlatko Fras je predlagal, da se zadeva izpelje preko določenih mehanizmov, npr. pogajalske skupine.

Sabina Markoli je predlagala, da bi se krajša analiza predstavila tudi širši javnosti.

Franc Šuta je glede podatka obremenitve družinskih zdravnikov v krajih z nad 10.000 prebivalcev povedal, da podatek ni relevanten, če ni bilo upoštevano vključevanje v dežurno službo in urgenco. Predlagal je dopolnitev s podatkom, koliko je nekdo vključen v urgenco ter dežurno službo. Omenil je, da se pogajalska skupina zavzema za to, da bi se število bolnikov na zdravnika znižalo.

Mateja Bulc je odgovorila, da so bili zabeleženi vsi kontakti ter da se je po tem štela obremenjenost zdravnika.

Zlatko Fras je predlagal, da se pripravi primerjava z ostalimi državami ter predstavi na izvršilnem odboru.

Sklep št. 73/6/2006:

Izvršilni odbor sprejme poročilo. Predsednica odbora za osnovno zdravstvo bo pripravila poročilo – povzetek za objavo v glasilu Isis. Pripravljalcem poročila se izplača honorar.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 5. točki dnevnega reda: Sprememba komisije rednega strokovnega nadzora

Sabina Markoli je obvestila prisotne, da so člani odbora za zobozdravstvo sprejeli naslednji sklep.

Sklep št. 74/6/2006:

Komisijo, ki bo opravila redni strokovni nadzor, sestavljata: predsednica komisije – Ivana Jevšek, dr. dent. med., spec. otroškega in preventivnega zobozdravstva,

član komisije - Pavel Zagode, dr. dent. med., spec. zobnih in ustnih bolezni ter parodontologije.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 6. točka dnevnega reda: Razrešitev predstavnikov Zbornice v RSK za stomatologijo

Sabina Markoli je predlagala zamenjavo predstavnikov v RSK za stomatologijo, imenovanih s strani Zdravniške zbornice Slovenije, saj imenovani niso več člani odbora za zobozdravstvo. Razložila je, da se dva od treh članov RSK večinoma nista udeleževala sej. Predlagala je, da bi najprej pozvala oba člana RSK k udeležbi sej, eden od imenovanih pa je trenutno predsednik RSK za stomatologijo.

Vladislav Pegan je predlagal, da se obvesti predsednika RSK za stomatologijo, da v kolikor omenjena člana nista aktivna, ju lahko razreši sam RSK, Zbornica pa imenuje nova člana.

Franc Šuta je omenil, da lahko Zbornica razreši tiste člane, ki ne opravljajo svojih dolžnosti, saj jih je imenovala. Predlagal je, da izvršilni odbor pozove člane, da se udeležujejo sej RSK za stomatologijo ter sej odbora za zobozdravstvo.

Sklep št. 75/6/2006:

Izvršilni odbor se strinja, da Zbornica pozove člane, imenovane s strani ZZS v RSK za stomatologijo, k udeležbi sej RSK za stomatologijo ter poročanju odboru za zobozdravstvo.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 7. točki dnevnega reda: Razno

- Imenovanje glavnega mentorja s področja družinske medicine

Matija Horvat je predstavil predlog imenovanja glavnega mentorja s področja družinske medicine.

Sklep št. 76/6/2006:

Izvršilni odbor potrdi predlog imenovanja Igorja Praznika, dr. med., za glavnega mentorja iz družinske medicine.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Konferenca UEMO, od 8. do 10. 6. 2006

Mateja Bulc je predlagala v potrditev finančni načrt za gostitev konference UEMO spomladi 2006.

Sklep št. 80/6/2006:

Zdravniška zbornica Slovenije kot gostitelj pomladanske konference UEMO v Ljubljani namenjena za večerjo s predsedstvom te organizacije sredstva v višini do 250.000,00 SIT.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije

Vladislav Pegan je razložil, da sta bili podani dve različni mnenji s strani zasebnih zdravnikov in regijskega odbora.

Vojko Berce, dr. med., je razložil, zakaj negativno mnenje, in sicer, da kolegica ni v mreži javne zdravstvene službe, zato se postavlja vprašanje širitve mreže ter kakšna bodo sredstva za plačilo. Omenil je, da je mreža kirurgije v Murski Soboti zelo dobro izpopolnjena, poleg tega ni čisto jasno, s čim se bo ukvarjala omenjena zdravnica.

Franc Šuta je obrazložil, zakaj pozitivno mnenje s strani regijskega odbora zasebnih zdravnikov, ter omenil sklep skupščinskega sveta, kjer so bila sprejeta nova merila za podeljevanje mnenj h koncesiji (mreža ni pogoj za dodelitev koncesije, saj ni izdelana). Kar zadeva program, ga kolegica lahko pridobi le, če ta možnost v regiji obstaja.

Jože Ferk je omenil, da mreža obstaja, saj se po njej pripravljajo razpisi specializacij, vendar ni popolna.

Sklep št. 82/6/2006:

Izvršilni odbor meni, da Zdravniška zbornica Slovenije izda pozitivno mnenje k podelitvi koncesije na področju splošne kirurgije.

Sklep ni bil sprejet z enim glasom proti in enim vzdržanim glasom.

- Predlogi za spremembo PD 2005

Franc Šuta je razložil spremembe po posameznih členih. Razložil je, da gre za podobno stališče pogajalske skupine kot v prejšnjem letu. Postavil je vprašanje glede predloga pediatrov, ki zahtevajo, da se jim vrednost preventivnega pregleda dvigne. Omenil je, da to vprašanje ne spada v področni dogovor in predlagal odgovor v tem smislu.

Sklep št. 83/6/2006:

Izvršilni odbor potrjuje predloge za spremembo Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost, ki jih je pripravila pogajalska skupina Zbornice za področni dogovor.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Zapisala: Katja Martinc

Zapisnik 7. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 13. aprila 2006

Prisotni člani izvršilnega odbora: prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., prim. Jožef Ferk, dr. med., mag. Zlatko Fras, dr. med., prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Žarko Pinter, dr. med., Tatjana Puc Kous, dr. med.

Prisotni vabljeni: Anica Novak, dr. med.

Vladislav Pegan je pozdravil prisotne ter predlagal v sprejem razširjeni dnevni red.

Sklep št. 84/7/2006:

- Potrditev zapisnika 6. seje izvršilnega odbora z dne 30. 3. 2006 in poročilo o izvrstitvi sklepov**
- Razprava o Zakonu o zdravniški službi na odboru za zdravstvo Državnega zbora**
- Projekt "Standardi v primarni in sekundarni zasebni dejavnosti"**
- Pogodba o poslovnem sodelovanju z mag. Borutom Stražišarjem**
- Razno**

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 6. seje izvršilnega odbora z dne 30. 3. 2006 ter poročilo o izvrstitvi sklepov

Mirjam Kovačič Čadež je predlagala spremembo sklepa št. 75/6/2006, da izvršilni odbor pozove člane RSK za zobozdravstvo in ne odbor za zobozdravstvo.

Vladislav Pegan je predlagal, da bi člani izvršilnega odbora še enkrat glasovali o sklepu št. 82/6/2006 o podelitvi koncesije, ki je bil sprejet negativno, zaradi premajhne udeležbe na 6. seji izvršilnega odbora.

Žarko Pinter je opozoril na problematiko zdravnikov, ki daljše obdobje ne opravljajo zdravniške prask v polni delovni obveznosti, o čemer je izvršilni odbor pred časom že razpravljal, vendar ugotovitve kasneje niso bile vnešene v predpise Zbornice. Gre za področje, ki bi ga bilo potrebno urediti. Poudaril je, da mnenje, ki ga je podal pomurski regijski odbor, posega v zadeve, ki niso v pristojnosti regijskih odborov, saj se je spustil v ugotavljanje o zapolnjenosti mreže javne zdravstvene službe.

Tatjana Puc Kous je predlagala, da bi se v Pravilnik o licencah vneslo določilo, da se zahteva 20 odstotkov aktivnega dela v zdravstvu za podaljšanje licence.

Vladislav Pegan je podal naslednje sklepe v glasovanje.

Sklep št. 85/7/2006:

Izvršilni odbor se strinja, da se še enkrat glasuje o sklepu 82/6/2006 – podelitev koncesije.

Sklep je bil sprejet z 1 glasom proti.

Sklep št. 86/7/2006:

Izvršilni odbor meni, da Zdravniška zbornica Slovenije izda pozitivno mnenje k podelitvi koncesije na področju splošne kirurgije.

Sklep je bil sprejet z 1 glasom proti.

Sklep št. 87/7/2006:

Izvršilni odbor se strinja, da se v Pravilnik o licencah vnese določilo, da se zahteva 20 odstotkov aktivnega dela v zdravstvu za podaljšanje licence.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep št. 88/7/2006:

Izvršilni odbor je potrdil dopolnjeni zapisnik 6. seje z dne 30. 3. 2006.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 2. točki dnevnega reda: Razprava o Zakonu o zdravniški službi na odboru za zdravstvo Državnega zbora

Vladislav Pegan je obvestil prisotne o poteku razprave o Zakonu o zdravniški službi na odboru za zdravstvo Državnega zbora RS. Poudaril je člen o upravnem postopku, po katerem se vodi specializacije, da pritožba ne zadrži izvršitve odločbe, ki je vključen v zakon. Nadalje so v noveli predvidene sankcije za specializante, ki iz neopravičljivega razloga prekinajo specializacijo oziroma se ne odzovejo ponujenemu mestu v regiji, za katero je bila specializacija predpisana. Sprejet je bil tudi člen, ki zagotavlja zdravnikom, ki sodelujejo v neprekinjenem 24-urnem zdravstvenem varstvu, pravičnejše (višje) plačevanje ur, ki jih prebijejo na delovnem mestu. Povedal je, da je bil iz zakona začasno izključen člen, ki govori o podelitvah novih specializacij iz minulega dela, saj niso bile vključene vse specializacije. Povedal je, da bo člen vključen v celotni zakon proti koncu leta.

Žarko Pinter je omenil problem "časovne luknje" med sprejetjem zakona in podzakonskih aktov, gre za trimesečno razliko, kar v praksi predstavlja velik problem. Predlagal je vzporedno reševanje zakonov in podzakonskih predpisov.

K 3. točki dnevnega reda: Projekt "Standardi v primarni in sekundarni zasebni dejavnosti"

Tatjana Puc Kous je predstavila projekt ter izvedbo ankete za izdelavo standardov posameznih dejavnosti za boljše osnovo pri pogajanjih za Splošni in Področni dogovor. Omenila je, da izvedba ankete že poteka, trajanje projekta naj bi bilo približno dve leti.

Vladislav Pegan je opozoril, da je za vsak projekt potrebno izvršilnemu

odboru predložiti finančni načrt.

Mateja Bulc je povedala, da je odbor za osnovno zdravstvo v prejšnjem mandatu že pripravil standarde za delo v laboratoriju, ki jih je ponudila v pomoč.

Sklep št. 89/7/2006:

Izvršilni odbor se je seznanil s projektom standardov za zasebne zdravnike in zobozdravnike. Finančno ovrednotenje bo posredovano na eni od naslednjih sej izvršilnega odbora.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 4. točki dnevnega reda: Pogodba o poslovnem sodelovanju z mag. Borutom Stražišarjem

Mirjam Kovačič Čadež je omenila, da je bilo sodelovanje z Borutom Stražišarjem že odobreno ter da že potekajo dogovori o poslovnem sodelovanju z Zbornico.

Vladislav Pegan je omenil, da naj bi šlo za pogodbo za določeno nalogo in ne za pavšalno pogodbo. Predlagal je, da bi se sklepalo pogodbo o sodelovanju Stražišarja šele, ko bo točno določeno, za kakšne naloge gre, ter ko bo podana natančnejša finančna opredelitev.

Jože Ferk je poudaril, da bi morale biti posamezne stvari jasno opredeljene ter da bi moralo biti obrazloženo, zakaj pravna služba Zbornice ne more sama opraviti omenjene naloge. Povedal je tudi, da je proti glasovanju o predlogu, ki ni jasno opredeljen.

Tatjana Puc Kous je omenila, da je bil jeseni 2005 na izvršilnem odboru sprejet sklep, da bo za potrebe zasebnih zdravnikov pri pogajanjih sodeloval omenjeni zunanji sodelavec. Omenila je, da lahko odbor poda jasnejšo opredelitev pravnikovega dela.

Mirjam Kovačič Čadež je odgovorila, da je Borut Stražišar zaposlen na ekonomski fakulteti, predhodno pa je bil več let zaposlen v zakonodajnem telesu, zato ima veliko znanja iz zakonodaje.

Vladislav Pegan je predlagal, da se na eni od naslednjih sej bolje opredeli delo ter potrebo po zunanjem sodelavcu.

Žarko Pinter je omenil, da pogajanja potekajo vsako leto ter da bi Zbornica, dolgoročno gledano, morala imeti zaposlenega, ki se spozna na te zadeve oziroma je specializiran za razrešitev takšnih vprašanj. Omenil je, da je bil na pogajanjih vedno prisoten poleg ekonomista tudi pravnik ter da bi bilo potrebno opredeliti, zakaj temu ni več tako, ter izučiti določenega zaposlenega za sodelovanje na tem področju.

Vladislav Pegan je glede na željo, da v pogajanjih sodeluje Borut Stražišar, predlagal, da se poda finančno ovrednotenje njegovega dela do naslednje seje izvršilnega odbora. Dolgoročno gledano je potrebno razmisliti, ali bi lahko dodatno izobrazili pravnike Zbornice.

Sklep št. 90/7/2006:

Izvršilni odbor bo o sklenitvi pogodbe o poslovnem sodelovanju z zunanjim sodelavcem sklepal na naslednji seji izvršilnega odbora.

Sklep je bil sprejet.

K 5. točki dnevnega reda: Razno

- Dodatno izobraževanje

Tatjana Puc Kous je predstavila projekt izobraževanja s področja retorike, mediacije, komunikacije, lobiranja, pogajanj, ekonomike, računovodstva in nadzorovanja za predstavnike zasebnih zdravnikov v pogajalski skupini, delovni skupini za dopolnilna zavarovanja, zdravnike, ki bodo nastopali v procesih pomirjanja v prvi fazi pritožbenih postopkov, za predstavnike v projektu medijska podoba Zbornice in člane odbora zasebnih zdravnikov. Povedala je, da izobraževanja ne bodo omejena le na zasebne zdravnike ter da naj bi potekala ob petkih na Zbornici za skupino okoli 15 zdravnikov. Namenjena bodo zapo-

slenim in aktivnim članom Zbornice.

Vladislav Pegan je predlagal imenovanje koordinatorskega, ki bo zadevo organiziral in logistično izpeljal.

Tatjana Puc Kous je omenila, da bo ta oseba administratorka odbora za zasebne zdravnike Darja Klančar.

Sklep št. 94/7/2006:

Izvršilni odbor soglaša z izvedbo projekta izobraževanja za zaposlene in vse aktivne zdravnike Zdravniške zbornice Slovenije. Vsi zainteresirani naj se za prvi seminar za mediacijo prijavijo do 5. maja 2006 pri kontaktni osebi Darji Klančar.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Zapisnik seje komisije za podelitev odličij Hipokratovo priznanje in naziva častni član ZZS za leto 2005

Vladislav Pegan je predstavil sklepe, ki jih je sprejela komisija za podelitev odličij Hipokratovo priznanje in naziva častni član ZZS ter jih predlagal izvršilnemu odboru v sprejem.

Sklep št. 95/7/2006:

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije potrjuje predlog komisije, da prejmeta odličje "Hipokratovo priznanje" za leto 2005 prim. Marijana Kuhar, dr. med., in Franc Šuta, dr. med.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep št. 96/7/2006:

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije potrjuje predlog komisije, da prejmeta odličje "častni član" za leto 2005 Magdalena Pust Ulaga, dr. med., in Andrej Vuga, dr. med.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Sestanek z ZZZS

Jože Ferk je obvestil prisotne o sestanku z ZZZS glede nadzora nad obračunavanjem akutne bolnišnične obravnave SPP, zapisa zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja ter o prenovi kartice zdravstvenega zavarovanja. Omenil je, da naj bi pri vseh treh projektih sodelovala tudi Zbornica. Na sestanku je bil podan predlog, da se izvršilnega odbora udeleži predstavnik ZZZS g. Šušelj za natančnejšo obrazložitev. Povedal je, da so vsi projekti financirani s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje, tisti, ki bi sodelovali s strani Zbornice, pa bi bili po projektu honorirani. Poudaril je, da naj bi Zbornica spremljala in dajala soglasja načelnim odločitvam.

Vladislav Pegan se je strinjal, da se predstavnika ZZZS povabi na sejo izvršilnega odbora za predstavitev projektov.

Mateja Bulc je opozorila na problematiko zapisa na zdravstveni kartici, saj v Sloveniji večina zdravnikov v ordinaciji sploh nima čitalca, ki bi ta zapis prebral. Žal ima večina ambulant zastarelo računalniško opremo in programe (vsi veliki zdravstveni domovi imajo programe še v DOS-u!), zato bi bilo nujno posodobiti informacijsko podporo, ki bi prenesla tudi izvedenske programe, npr. bazo zdravil. Povedala je tudi, da se je Lekarniška zbornica uprla omenjenemu projektu zapisa na zdravstveno kartico, kljub temu pa naj bi se projekt začel izvajati v ljubljanski regiji 15. maja 2006.

Žarko Pinter je predlagal, da g. Šušelj pravočasno posreduje ustrezne podlage za projekte, za razpravo na seji izvršilnega odbora. Predlagal je imenovanje delovne skupine, ki bi se ukvarjala s tem projektom. Predlagal je obisk Štajerske zbornice, ki že vodi projekt zdravstvenih kartic, za pridobitev podatkov.

Tatjana Puc Kous je omenila, da mora Zdravniška zbornica Slovenije sodelovati pri vseh projektih, ki zadevajo zdravstveni sistem. Omenila je tudi, da bi morali biti vsi projekti ovrednoteni.

Jože Ferk je predlagal, da se na sejo izvršilnega odbora s strani ZZZS povabi tudi go. Jelisavčič, z ekonomskega vidika.

Sklep št. 98/7/2006:

Izvršilni odbor se strinja, da se predstavnika ZZZS g. Šušlja ter go. Jelisavčič povabi na sejo izvršilnega odbora ter pozove, da vnaprej pripravita dokumentacijo oziroma gradivo v zvezi z nadzorom nad obračunavanjem akutne bolnišnične obravnave SPP, zapisom zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja ter v zvezi s prenovo kartice zdravstvenega zavarovanja. Povabi se ju na eno od naslednji sej izvršilnega odbora, po predhodnem dogovoru s povabljenimi predstavniki ZZZS.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Projekt "Kakovost"

Vladislav Pegan je omenil dopis Ministrstva za zdravje, ki so ga prejeli vsi zdravstveni zavodi ter zasebni zdravniki, glede sodelovanja pri projektu Kakovost ter odgovor odbora za osnovno zdravstvo, naslovljen na vse direktorje zdravstvenih domov, na odbor za zasebno dejavnost, pogajalsko skupino za PD ter na ZZZS. Predstavil je odgovor prof. dr. Marjana Pajntarja, dr. med.

Mateja Bulc je povedala, da odbor za osnovno zdravstvo sicer ne nasprotuje izboljšanju kakovosti, meni pa, da projekt Kakovost ne more

biti delovna obveza vseh zdravnikov splošne/družinske medicine v Sloveniji, ker zdravnikom ni zagotovil potrebne infrastrukture za izvedbo projekta. Opozorila je, da je dopis pripravljen na podlagi sklepa izvršilnega odbora, sprejetega na zadnji seji.

Po krajši razpravi se je večina prisotnih strinjala, da bi bilo kakovost v zdravstvu potrebno preverjati in voditi na drugačen način, kot je zastavljen projekt "Kakovost v zdravstvu", ki bi ga bilo po mnenju nekaterih razpravljalcev potrebno v tej obliki zaključiti, sočasno pa podpreti ustanovitev neodvisne agencije za spremljanje kakovosti.

Vladislav Pegan je predlagal, da se odgovor odbora za osnovno zdravstvo posreduje brez dodatne razlage, s čimer so se prisotni strinjali. Glede nadaljevanja projekta Kakovost je predlagal, da bi se o tem še razpravljalo in odločalo na eni od naslednjih sej izvršilnega odbora. Projekt poteka na ZZS že sedmo leto in je uspel pridobiti veliko pomembnih podatkov, ki pa so odvisni od odzivnosti in kakovosti vnešenih podatkov posameznih zdravnikov.

Sklep št. 99/7/2006:

Izvršilni odbor se strinja, da se poda pripravljeni odgovor odbora za osnovno zdravstvo, brez vključujoče razlage.

Sklep je bil soglasno sprejet. ■

Zapisala: Katja Martinc

Osební izbrani zdravniki in licence po letu 2007

Tina Šapec Mahmutović

V zadnjem času med zdravniki, v zvezi s pogoji za opravljanje dela osebnega izbranega zdravnika in z domnevno obveznostjo, da mora vsak zdravnik po 1. 1. 2007 imeti opravljeno specializacijo, krožijo polresnice oziroma delne resnice, ki povzročajo nelagodje in včasih celo preplah.

Pogoje za osebne izbrane zdravnike (za mladoletne osebe, polnoletne osebe, zobozdravnike in ginekologe) še vedno določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 20/2004-UPB, 62/2005, 76/2005, 100/2005, 21/2006 in 38/2006, v nadaljevanju: ZZVZZ) v 80. členu petega poglavja, z naslovom Uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja: "Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

Zdravnik, ki ga zavarovana oseba izbere, je njen **izbrani osebni zdravnik**. Mladoletne osebe morajo imeti izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba ima pravico, da poleg splošnega osebnega zdravnika svobodno izbere tudi **osebne ginekologa, specialista ginekologije s porodništvom in osebnega zobozdravnika**. Izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je **specialist pediater ali specialist šolske medicine**, izjemoma je lahko **specialist splošne medicine (družinske medicine)**, ali **zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine**. Zdravnik, ki ne izpolnjuje pogojev, pa zdaj izvaja zdravstveno varstvo otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, mora do leta 2002 pridobiti ustrezno strokovno usposobljenost. Za zavarovane osebe, starejše od 19 let, je izbrani osebni zdravnik **specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa**, izjemoma je lahko tudi **zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine**.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma **zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine**. Osebni zdravnik skrbi za zdravje zavarovane osebe in je pooblaščen, da jo napoti na zdravniško komisijo, k specialistu in v bolnišnico, predpiše na račun zavoda zdravila na recept in vodi ter izbira zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi. Izbrani osebni zdravnik (razen osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika) je pooblaščen tudi za ugotavljanje nezmožnosti za delo in drugih razlogov za začasno zadržanost od dela do 30 dni. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika najmanj za dobo enega leta. To obdobje se lahko skrajša, če pride med zdravnikom in zavarovano osebo do nesoglasij in nezaupanja.

Osebni zdravnik lahko pooblastila iz prejšnjega odstavka, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno s predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi napotitev na bolnišnično zdravljenje, prenese na

ustreznega specialista, napotenega zdravnika, če to narekuje bolnikovo zdravstveno stanje in racionalnost dela. Če je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti zdravnik splošne medicine, praviloma pooblasti najbližjega ustreznega specialista pediatra oziroma specialista šolske medicine za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva.

Način uresničevanja pravic do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda uredi zavod s splošnim aktom."

Iz zgoraj navedenega izhaja, da so pogoji za izbrane osebne zdravnike, ki jih določa ZZVZZ, ostali enaki.

V skladu z določili Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 36/04-UPB-2 in 62/04; v nadaljevanju: ZZdrS) in Pravilnika o zdravniških licencah (Uradni list 109/99 in spremembe; v nadaljevanju: pravilnik), pa mora vsak zdravnik, ki dela s pacienti, torej tudi izbrani osebni zdravnik za mladoletne osebe, imeti **veljavno licenco**.

Tukaj se za vse izbrane osebne zdravnike, ki so specialisti, tudi po 1. 1. 2007 nič ne spremeni (se pravi, licenca jim je/bo podeljena za licenčno obdobje sedem let in podaljšajo jo pod enakimi pogoji, kot do sedaj - v preteklem licenčnem sedemletnem obdobju morajo zbrati najmanj 75 kreditnih točk v skladu z določili pravilnika o zdravniških licencah; v kolikor v tem obdobju ne opravljajo zdravniške prakse v polni delovni obveznosti, jim Zbornica za podaljšanje licence lahko predpiše posebne pogoje v obliki dodatnega strokovnega izpopolnjevanja.).

Za zdravnike nespecialiste, se pravi zdravnike splošne medicine brez opravljene specializacije, pa obstajata dve različici, in sicer:

- 1. zdravniku splošne medicine** - nespecialistu (s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine/s podiplomskim študijem socialne medicine), ki mu je bila izdana licenca za področje splošne medicine pred 1. 1. 2000, za podaljšanje licence za delo na področju splošne medicine za obdobje po 1. 1. 2007 ni potrebno opraviti specialističnega izpita. Tako določata 83. člen ZZdrS in drugi odstavek 58. člena pravilnika;
- 2. zdravnik splošne medicine** - nespecialist (s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine/s podiplomskim študijem socialne medicine), ki je **licenco** za delo na področju splošne medicine **prvič pridobil po 1. 1. 2000**, le-te po izteku licenčnega obdobja ne bo mogel podaljšati, temveč bo moral imeti opravljeno specializacijo. ■

PRIJAVNICA

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



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

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

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

IZPOLNITI, ČE 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 prijavi

datum

podpis

JUNIJ 2006

TEMA

VSEBINA

1.–3.		št. kandidatov		
KRANJSKA GORA hotel Lek	ALERGO ŠOLA podroben program • Isis 5/2006	***	učna delavnica	
2.–3. ob 8.15				
LJUBLJANA velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	XXIV. DERČEVI DNEVI podroben program • Isis 5/2006	***	strokovni posvet	
2.–3. ob 9.00				
PORTOROŽ Kongresni center hotela Slovenija	I. SIMPOZIJ O RANAH podroben program • Isis 6/2006	***	strokovno srečanje z mednarodno udeležbo za vse zdravnike, medicinske sestre in zdravstvene tehnike	
3.				
VOLČJI POTOK igrišče Arboretum	VI. DRŽAVNO PRVENSTVO V GOLFU ZA ČLANICE IN ČLANE	***	športno srečanje	
6. ob 8.00				
LJUBLJANA Unionska dvorana, Grand hotel Union	VARNOST PACIENTOV podroben program • Isis 6/2006	***	strokovno srečanje za vse zdravnike, medicinske sestre in zdravstvene tehnike	
6. ob 12.00				
LJUBLJANA Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10	PREDSTAVITEV ZBORNIKOV SPOMINSKIH SREČANJ AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA O DROGAH TER O NASILJU V DRUŽBI IN DRUŽINI podroben program • Isis 6/2006	***	predstavitev zbornikov	
8.–10. ob 17.00				
NOVA GORICA hotel Perla	KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE podroben program • Isis 5/2006	***	strokovno srečanje	
9. ob 9.00				
LJUBLJANA srednja predavalnica Medicinske fakultete	MIKROBI IN ANTIBIOTIKI 2006 podroben program • Isis 4/2006	***	strokovno srečanje	
9. ob 9.00				
LJUBLJANA ZVD Zavod za varstvo pri delu	CVAHTETOVI DNEVI 2006 podroben program • Isis 6/2006	do 120	strokovno srečanje	

ORGANIZATOR		NASLOV	K. TOČKE	
		za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	18	
Katedra za pediatrijo – Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani	ga. Mihaela Jurčec, Tajništvo, SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 24, E: mihaela.jurcec@kclj.si	glej rumene strani	v postopku	
KO za kirurške infekcije - SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana	Janja Nikolič, viš. med. ses., KO za kirurške infekcije, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, Njegoševa 4, 1525 Ljubljana, T: 01 522 24 20, 522 23 19, F: 01 522 23 98, E: janja.nikolic@kclj.si, irma.kiprijanovic@kclj.si	55.000,00 SIT za zdravnike, 45.000,00 SIT za medicinske sestre in zdravstvene tehnike TRR: 01100-6030277894 , sklic na št. 00-299-30-29-1254799	v postopku	
Zdravniško športno društvo Medicus – Sekcija za golf	prijave sprejema recepcija golf igrišča Arboretum do 12. ure v četrtek 1. junija 2006	***	***	
Ministrstvo za zdravje, Inštitut za varovanje zdravja, Ambasada Velike Britanije, Svetovna zdravstvena organizacija, Zdravniška zbornica Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Svet Evrope	ga. Bernarda Kociper, Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, T: 01 241 76 69, E: bernarda.kociper@gov.si	***	v postopku	
Inštitut za sodno medicino MF Ljubljana, Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo	***	***	***	
Združenje kirurgov Slovenije	ga. Melita Vogrič, T: 05 330 14 50, E: tajnistvo.tos@bolnisnica-go.si	48.000,00 SIT TRR: 04750-0000753838	12	
Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD	ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, T: 01 543 74 08, F: 01 543 74 18, E: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si	10.000,00 SIT (41,73 EUR) (DDV je vključen), upokojeni zdravniki, sekundariji in študentje brezplačno	6	
Katedra za javno zdravje, MF Ljubljana	ga. Nina Dolenc, Katedra za javno zdravje, MF Ljubljana, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, T: 01 543 75 40	15.000,00 SIT	***	

JUNIJ 2006

TEMA

VSEBINA

9.–10. ob 9.00

št. kandidatov

PORTOROŽ

Avditorij

11. SLOVENSKI STOMATOLOŠKI DNEVI

strokovno srečanje za zobozdravnike, zobotehnike, medicinske sestre

[podroben program](#) • Isis 5/2006

9.–10. ob 12.00

MARIBOR

10. SEMINAR O BOLEČINI – PALIATIVNA
OSKRBA IN LAJŠANJE RAKAVE BOLEČINE

ni omejeno

strokovno srečanje za anesteziologe, onkologe, nevrologe,
medicinske sestre pri anesteziologiji

9.–10. ob 8.00

LJUBLJANA

Grand hotel Union

STROKOVNI DELAVEC NA PODROČJU
MEDICINE ŠPORTA V ŠPORTU

100

podiplomski seminar za vse zdravnike, farmacevte

[podroben program](#) • Isis 6/2006

14.–17.

PORTOROŽ

Kongresni center St.
Bernardin13. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI
MEDICINI

posvet za zdravnike vseh strok, zobozdravnike, medicinske sestre
in zdravstvene tehnike[podroben program](#) • Isis 4/2006

15.–17.

ESBJERG

(Danska)

HEALTH AND INSTITUTIONAL CHANGE

konferenca o promociji in raziskovanju zdravja v severni Evropi

16. ob 9.00

MARIBOR

Kongresni center Habakuk

40 LET PERINATALNE MEDICINE V SLOVENIJI

ni omejeno

mednarodni znanstveni posvet za ginekologe in porodničarje, vse
zdravnike in medicinske sestre[podroben program](#) • Isis 4/2006

16.–17. ob 9.30

PORTOROŽ

hotel Metropol

PRAKTIČNE VAJE IZ GASTROENTEROLOŠKE
ENDOSKOPIJE

strokovno srečanje

[podroben program](#) • Isis 4/2006

16.–17. ob 9.00

LJUBLJANA

Inštitut RS za rehabilitacijo,
Linhartova 51

ABC GIBANJA

40

predstavitve testa ABC gibanja in učenje uporabe – delavnica za
zdravnike pediatre, delovne terapevte, fizioterapevte, psihologe,
specialne pedagoge, ki se ukvarjajo z otroki

30. 6.–1. 7.

MADRID

(Španija) kongresni center
IFEMA

EUROPERIO 5

ni omejeno

strokovno izobraževanje za zobozdravnike in ustne higienike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Stomatološka sekcija SZD, prim. Janez Vrbošek	ga. Katarina Jovanovič, Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 434 25 82, F: 01 434 25 84	35.000,00 SIT (DDV ni vključen) za zdravnike, 20.000,00 SIT (DDV ni vključen) za zobotehnike in medicinske sestre, za upokojene in študente kotizacije ni	***
Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prim. Maja Cesar Komar	asist. mag. Mateja Lopuh, GSM: 031 886 344, E: mateja.lopuh@gmail.com	24.000,00 SIT, za upokojene zdravnike, sekundarije in študente kotizacije ni	9
OKS – Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, prof. dr. Vinko Pavlovčič	g. Janko Dvoršak, OKS – Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, Celovška 25, 1000 Ljubljana, T: 01 230 60 08	30.000,00 SIT	10
Slovensko združenje za urgentno medicino	ga. Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: irena.pertic@kclj.si, ga. Maja Strajnar, T: 01 522 22 27, F: 01 522 31 18, E: maja.strajnar@kclj.si, SZUM, Tajništvo, SPS Interna klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana	glej rumene strani	v postopku
IUHPE International Union for Health Promotion and Education	ga. Viktorija Rehar, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, T: 03 571 90 39, F: 03 710 00 89, E: drustvo.pvzs@guest.arnes.si, W: www.drustvo-pvzs.si, www.iuhpe.org, www.equityinhealth2006.hu	***	20
Služba za ginekologijo in perinatologijo – SB Maribor, prof. dr. Iztok Takač	ga. Andreja Šlag, Služba za ginekologijo in perinatologijo, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 21 78, F: 02 321 20 85	kotizacije ni	6
SZD – Endoskopska sekcija Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo, ECE – Training centrom erlangen, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji, ESGENA	ga. Stanka Popovič, T: 01 522 35 20, 522 26 77, ga. Tatjana Gjeršek, KO za gastroenterologijo, KC Ljubljana, Japljeva ul. 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 46 74, F: 01 433 41 90, E: tatjana.gjerskek@kclj.si	38.000,00 SIT (DDV je vključen) TRR: 02031-0016512314 , sklic na št. 0012019	***
Center za psihodiagnostična sredstva, d. o. o.	ga. Dušica Boben, Center za psihodiagnostična sredstva, d. o. o., Parmova 39, 1000 Ljubljana, T: 01 436 67 30, 236 16 15, F: 01 436 67 29, E: info@center-pds.si	35.000,00 SIT	***
European Federation of Periodontology, Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD	informacije: W: www.europerio5.net, prijave: T: *0091 535 96 17, F: *0091 456 08 77, E: europerio5@seatra.es, informacije za potovanje: ga. Mojca Malič, Kompas d. d., T: 01 200 61 36, F: 01 200 64 36	525 EUR zobozdravniki, 240 EUR ustni higieniki	***

JULIJ 2006

TEMA

VSEBINA

1.–8.

št. kandidatov

TOSKANA

(Italija), Montecatini Terme

MEDICINSKE ŠPORTNE IGRE ZDRAVNIKOV

športno srečanje

SEPTEMBER 2006

8. ob 9.00

LJUBLJANA

KLINIČNA PREHRANA – DEBELOST

ni omejeno

interdisciplinarni posvet za vse zdravnike

[podroben program](#) • Isis 6/2006

8.

PORTOROŽ

5TH INTERNATIONAL MEETING: FROM
SUICIDAL MIND TO BRAIN

strokovno srečanje

[podroben program](#) • Isis 4/2006

9.–12. ob 12.00

PORTOROŽ

SUICIDE EUROPE, 11TH EUROPEAN
SYMPOSIUM ON SUICIDE AND SUICIDAL
BEHAVIOUR

mednarodni posvet

[podroben program](#) • Isis 4/2006

19.–23. ob 9.00

BLED

hotel Jelovica

15. MEDNARODNI TEČAJ UČENJE IN
POUČEVANJE V DRUŽINSKI MEDICINI:
DRUŽINSKA MEDICINA V SKUPNOSTI

35

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine,
specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem
zdravstvu

21.–22. ob 15.00

BLED

hotel Golf

3. SLOVENSKI ENDOKRINOLOŠKI KONGRES

ni omejeno

strokovno srečanje z mednarodno udeležbo

[podroben program](#) • Isis 4/2006

27.–30. ob 18.00

BLED

hotel Golf

11TH DANUBE SYMPOSIUM
2006 – INTERNATIONAL
OTORHINOLARYNGOLOGICAL CONGRESS

ni omejeno

mednarodni kongres za otorinolaringologe, kirurge, radioterapevte,
pediatre, logopede

28.–30. ob 12.00

ROGAŠKA SLATINA

Grand hotel Rogaška

4. SLOVENSKI PEDIATRIČNI KONGRES

ni omejeno

kongres z mednarodno udeležbo za vse zdravnike

ORGANIZATOR		NASLOV	K. TOČKE	
		za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
	***	W: www.medigames.com	***	***
	Slovensko združenje za klinično prehrano	ga. Stanka Vukšinič, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, mag. Nada Rotovnik Kozjek, E: nkozjek@onko-i.si, Živa Mrevlje, dr. med., E: ziva@mrevlje.org	20.000,00 SIT (DDV ni vključen), upokojeni zdravniki in študentje brezplačno	***
	Inštitut za varovanje zdravja RS, doc. dr. Andrej Marušič, dr. med.	Inštitut za varovanje zdravja RS, p. p. 260, 1001 Ljubljana, T: 01 244 25 44, F: 01 244 15 76	E: organising@esssb11-slo.org, W: www.esssb11.org	150 EUR
	Inštitut za varovanje zdravja RS, doc. dr. Andrej Marušič, dr. med.	11th ESSSB, Inštitut za varovanje zdravja RS, p. p. 260, 1001 Ljubljana, T: 01 244 25 44, F: 01 244 15 76, E: organising@esssb11-slo.org, W: www.esssb11.org	500 EUR do 1. 7. 2006, po tem datumu 600 EUR, na dan posveta 700 EUR, študenti 250 EUR do 1. 7. 2006, po tem datumu 300 EUR, na dan posveta 350 EUR, za en dan 250 EUR do 1. 7. 2006, po tem datumu 300 EUR in na dan posveta 350 EUR	***
	Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, asist. dr. Marija Petek Šter, asist. Nena Kopčavar Guček, mag. Leopold Zonik, Katja Pesjak, univ. dipl. soc., vodje: Manfred Maier, Avstrija, Justin Allen, Velika Britanija, Jaime Correia de Sousa, Portugalska, Yonah Yaphe, Izrael	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=8649	kotizacije ni	***
	Združenje endokrinologov Slovenije SZD	prim. Franc Mrevlje, E: franc.mrevlje@kclj.si	kotizacije ni	***
	Združenje otorinolaringologov SZD, prof. dr. Miha Žargi	informacije: doc. dr. Irena Hočevar Boltežar, E: irena.hocevar@kclj.si, F: 01 522 48 15, prijave: Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled, F: 04 578 03 55	250 EUR do 15. 5. 2006, nato 350 EUR, za upokojene zdravnike in študente brezplačno	***
	Združenje za pediatrijo SZD, asist. Ivan Vidmar	ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 430 17 14, F: 01 430 17 14, E: nevenka.lepin@kclj.si	58.000,00 SIT, 25.000,00 SIT za upokojene zdravnike in študente	***

SEPTEMBER 2006

TEMA

VSEBINA

29.–30.

št. kandidatov

LJUBLJANA

velika dvorana Smelt,
Ljubljana, Dunajska 160STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA
INTERNISTOV SZD

ni omejeno

strokovno srečanje za interniste

29.–30.

BLED

hotel Lovec

TERAPEVTSKI PRISTOPI PRI OSEBAH S
PSIHOZO

neomejeno

strokovno srečanje za psihiatre, psihologe, psihoterapevte, delovne
terapevte in vse, ki delajo s psihotičnimi pacienti

OKTOBER 2006

VII. MEDNARODNA KONFERENCA -
GLOBALNA VARNOST

konferenca za strokovnjake tehničnega varstva v delovnem okolju

[podroben program](#) • Isis 4/2006

5.–7. ob 12.00

KRANJSKA GORA

hotel Kompas

III. KONGRES SLOVENSKE FIZIKALNE IN
REHABILITACIJSKE MEDICINE

kongres

[podroben program](#) • 1/2006

6. ob 8.00

LAŠKO

Kulturni center Laško

II. CELJSKI STROKOVNI SESTANEK
– DOJENJE IZ PRAKSE ZA PRAKSO
– SPODBUJANJE DOJENJA

260

strokovni sestanek za zdravnike in medicinske sestre, ki
spodbujajo, podpirajo in promovirajo dojenje[podroben program](#) • Isis 5/2006

6.–7. ob 9.00

NOVA GORICA

hotel Perla

GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI

80

podiplomski seminar in učna delavnica za kirurge, ortopede in
specializante teh strok

6.–7.

IDRIJA

predavalnica bolnišnice

NEEPILEPTIČNI NAPADI

60

klinična učna delavnica za psihiatre, nevrologe, psihologe,
zdravnike družinske medicine

7. ob 17.00

MARIBOR

hotel Habakuk

SVEČANA AKADEMIJA OB 40-LETNICI
ZDRUŽENJA ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE
MEDICINE

ni omejeno

proslava ob 40-letnici delovanja združenja zdravnikov družinske
medicine

ORGANIZATOR		NASLOV	K. TOČKE	
		za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
	Združenje internistov SZD	prim. mag. Primož Vidali, Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, GSM: 031 369 711, E: pvidali@siol.net	35.000,00 SIT (DDV ni vključen)	***
	Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, asist. mag. Marjeta Blinc Pesek	ga. Barbara Marolt, Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, Rudnik II/4, 1000 Ljubljana, GSM: 031 574 619, E: psih.ord.r@siol.net	10.000,00 SIT	***
	ZVD Zavod za varstvo pri delu	prim. izr. prof. dr. Marjan Bilban, ZVD Zavod za varstvo pri delu, Chengdujska cesta 25, 1000 Ljubljana	***	***
	Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, asist. Hermina Damjan	Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 81 00 ali asist. mag. Klemen Grabljevec, E: klemen.grabljevec@ir-rs.si	glej rumene strani	***
	Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko- porodniški oddelek – SB Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenija, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu UNICEF Slovenija, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, prim. doc. dr. Zlata Felc	ga. Mojca Gobec, Pisarna, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje, Oblakova ul. 5, 3000 Celje, T: 03 423 33 36, 423 33 51, F: 03 423 37 58, E: mojca.gobec@guest.arnes.si	18.000,00 SIT (DDV je vključen) TRR: 01100-6030276827 , sklic na št. 760100-282704	v postopku
	Katedra za kirurgijo MF Ljubljana, SB dr. Franca Derganca Nova Gorica, prof. dr. Vladimir Smrkolj	ga. Melita Vogrič, T: 05 330 14 50, E: tajnistvo.tos@bolnisnica-go.si	10.000,00 SIT seminar, 20.000,00 SIT seminar in delavnica TRR: 04750-0001224094	***
	Psihiatrična bolnišnica Idrija, Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, mag. Marko Pišljar, prim. Igor Ravnik	mag. Marko Pišljar, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, T: 05 373 44 49, 376 36 51, E: marko.pisljar@pb-idrija.si	18.000,00 SIT	***
	Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Branko Košir, dr. med., Marko Drešček, dr. med., Tonka Poplas Susič, 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	kotizacije ni	***

OKTOBER 2006

TEMA

VSEBINA

7. ob 8.30

št. kandidatov

LJUBLJANA

hotel Domina, Dunajska
160AGING MALE – STAROSTNIK Z UROLOŠKIMI
TEŽAVAMI

ni omejeno

simpozij za vse zdravnike

7.

LJUBLJANA

predavalnica Krke

SREČANJE MLADIH ZDRAVNIKOV

strokovno srečanje

[podroben program](#) • Isis 6/2006

8.–14.

GOLNIK,

BRDO PRI KRANJU

5. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: OBRAVNAVA
PLJUČNEGA BOLNIKA NA INTENZIVNEM
ODDELKU

30

strokovno srečanje za pulmologe, anesteziologe, interniste,
zdravnike urgentne medicine, radiologe, medicinske sestre,
zdravstvene tehnike in specializante interne medicine[podroben program](#) • Isis 4/2006

12.–15. ob 14.00

ROGAŠKA SLATINA

Grand hotel Rogaška

10. BREGANTOVI DNEVI - SEKSUALNOST

ni omejeno

bienale psihoterapevtov Slovenije

18.–21.

BUDIMPEŠTA

(Madžarska) Congress Park
Hotel Flamenco7TH EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH
PROMOTION AND HEALTH EDUCATION

mednarodna konferenca o promociji zdravja, globalizaciji,
pravicah, neenakosti in zdravju

20.–21. ob 8.00

KRANJSKA GORA

hotel Kompas

8. FAJDIGOVI DNEVI

150

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine

[podroben program](#) • Isis 5/2006

20.–21. ob 9.00

MARIBOR

Kongresni center Habakuk

6. SLOVENSKI OFTALMOLOŠKI KONGRES
IN 2. SLOVENSKO-NEMŠKI OFTALMOLOŠKI
SIMPOZIJ

ni omejeno

kongres s pridruženim simpozijem za oftalmologe

20.–21. ob 9.00

PORTOROŽ

hotel Bernardin

III. ALPE-ADRIA NEURORADIOLOGICAL
MEETING

ni omejeno

strokovno srečanje za vse zdravnike

26.–28. ob 9.00

LJUBLJANA

1. predavalnica Kliničnega
centraKIRURGIJA DEBELEGA ČREVEŠA IN DANKE
– STANDARDI IN NOVOSTI

ni omejeno

strokovno srečanje za kirurge, specialiste in specializante kirurgije,
interniste, gastroenterologe, študente

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
KO za urologijo – KC Ljubljana, Združenje urologov Slovenije, Društvo za zdrava sečila, prim. doc. dr. Andrej Kmetec	ga. Boža Javornik, KO za urologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 32 17, F: 01 522 32 33, E: urologija.tajnistvo@kclj.si	15.000,00 SIT (z DDV), upokojeni zdravniki in študentje brezplačno ***
Sekcija mladih zdravnikov SZD	ga. Alenka Seliškar, Krka d. d., Dunajska c. 65, 1000 Ljubljana, T: 01 475 12 28, E: alenka.seliskar@krka.biz	*** ***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, doc. dr. Mitja Košnik	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KOPA, Golnik 36, 4204 Golnik, T: 04 256 91 19, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	celotno srečanje 300 EUR, posamezna delavnica 100 EUR, kongres 100 EUR TRR: 01100-6030277603 ***
Združenje psihoterapevtov Slovenije, Milen Srpak, spec. klin. psih.	ga. Fani Zorec, Združenje psihoterapevtov Slovenije, "za 10. Bregantove dneve", Zaloška 29, 1000 Ljubljana	60.000,00 SIT do 20. 6., nato 75.000,00 SIT, dvodnevna 45.000,00 SIT do 20. 6., nato 60.000,00 SIT, za upokojene zdravnike in študente 30.000,00 SIT ***
IUHPE International Union for Health Promotion and Education	ga. Viktorija Rehar, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, T: 03 571 90 39, F: 03 710 00 89, E: drustvo.pvzs@guest.arnes.si, W: www.drustvo-pvzs.si, www.iuhpe.org, www.equityinhealth2006.hu	*** ***
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 ***
Združenje oftalmologov Slovenije, Oddelek za očne bolezni SB Maribor, Nemško oftalmološko združenje, doc. dr. Dušica Pahor	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: http://www.dsms.net/oft-kongres2006/	30.000,00 SIT ***
Katedra za radiologijo – MF Ljubljana, asist. mag. Zoran Milošević	ga. Alenka Kregar, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 241 72 96, F: 01 241 72 96, E: alenka.kregar@cd-cc.si, W: www.aa-neurorad2006.org	120 EUR do 11. 7. 2006, po tem datumu 140 EUR ***
KO za abdominalno kirurgijo KC Ljubljana, prof. dr. Stane Repše, asist. mag. Zdravko Štor	ga. Saša Rus, Tajništvo, KO za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09	45.000,00 SIT delavnica in simpozij, 15.000,00 SIT simpozij 20

OKTOBER 2006

TEMA

VSEBINA

27.–28. ob 9.00

št. kandidatov

LJUBLJANA

predavalnica Zavoda za
zdravstveno varstvoNEDONOŠENČEK – ZDRAVSTVENI,
PSIHOLOŠKI IN SOCIALNI PROBLEM

podroben program • Isis 4/2006

120

strokovno srečanje za pediatre, ginekologe in porodničarje,
družinske zdravnike, fizioterapevte, socialne delavce, patronažne in
medicinske sestre

27.–28. ob 16.00

PORTOROŽ

hotel Metropol

REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA
PREVENTIVNO MEDICINO

ni omejeno

posvetovanje - aktualne teme - javno zdravje za vse zdravnike in
zdravstvene delavce

28.

LJUBLJANA

Slovensko zdravniško
društvoDELAVNICA O PISANJU MEDICINSKIH
PRISPEVKOV

podroben program • Isis 6/2006

20

delavnica s teoretičnim in praktičnim delom o pisanju medicinskih
prispevkov

NOVEMBER 2006

9.–11. ob 13.00

NOVA GORICA

23. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE
DRUŽINSKE MEDICINE: DRUŽINSKA
MEDICINA V SKUPNOSTI

35

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine,
specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem
zdravstvu

9.–11.

ROGAŠKA SLATINA

XX. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR
– STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE
KLINIKE

strokovno srečanje

17.–18. ob 16.00

MARIBOR

avla magna – Medicinska
fakultetaSVEČANA AKADEMIJA OB 50-LETNICI
INTERNISTIČNE GASTROENTEROLOGIJE
MARIBOR

150–200

svečana akademija za interniste, kirurge, splošne zdravnike

17.–18. ob 8.00

LAŠKO

Kulturni center Laško,
CELJE SB Celje

NA STIČIŠČIH NEONATOLOGIJE

podroben program • Isis 6/2006

260, učne
delavnice 40strokovni sestanek in učna delavnica za zdravnike, ki se srečujejo
z aktivno tuberkulozo pri nosečnici, novorojenčku in otroku ter krči
pri novorojenčku in dojenčku

23. ob 9.00

LJUBLJANA

hotel Mons

1. SIMPOZIJ FUNDACIJE DOC. DR. J.
CHOLEWA: "PRESEJANJE IN ZGODNJE
ODKRIVANJE RAKA"

podroben program • Isis 6/2006

300

simpozij za zdravnike družinske medicine in specialiste različnih
strok

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom Ljubljana, Združenje za perinatalno medicino SZD, doc. dr. Vislava Velikonja Globevnik, Lev Bregant, dr. med.	prijave: ga. Mojca Štos, Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom Ljubljana, Zaloška 11, 1525 Ljubljana, T: 01 522 60 90, 522 60 11, F: 01 522 61 30, informacije: E: lev.bregant@guest.arnes.si, vislava.velikonja@guest.arnes.si	45.000,00 SIT (188 EUR) za dva dni, 25.000,00 SIT (104,40 EUR) za en dan, upokojeni zdravniki in študentje 10.000,00 SIT (41,76 EUR) (DDV je vključen) TRR: 02014-0050993640	***
Sekcija za preventivno medicino, prim. dr. Alenka Kraigher	ga. Valerija Marenče, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 14 10	kotizacije ni	***
Sekcija mladih zdravnikov SZD, Zdravniški vestnik, Zdravstveno varstvo	Sekcija mladih zdravnikov, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, E: delavnica.smz@szd.si	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Irena Vatovec Progar, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, vodje: prim. asist. Mateja Bulc, asist. mag. Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan, dr. med., Miha Demšar, 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=9506	kotizacije ni	***
Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije	ga. Martina Kajzer, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana, 1525 Ljubljana, T: 01 300 21 10	***	***
SB Maribor – KO za interno medicino – Oddelek za gastroenterologijo, Medicinska fakulteta Univerze Maribor, SZGH, ZI SZD, prim. doc. dr. Marjan Skalicky	doc. dr. Pavel Skok, prim. doc. dr. Marjan Skalicky, ga. Zdenka Kodrin, KO za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 23 47, 321 28 71, 321 28 52, F: 02 331 23 93, E: pavel.skok@sb-mb.si	kotizacije ni	***
Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje, Neonatalna sekcija Združenja za pediatrijo SZD, prim. doc. dr. Zlata Felc, Ana Ilijaš Trofenik, dr. med., Katja Bovha, dr. med.	ga. Petra Nataša Vodišek, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje, Oblakova ul. 5, 3000 Celje, T: 03 423 33 36, 423 33 51, F: 03 423 37 58, E: mojca.gobec@guest.arnes.si	25.000,00 SIT TRR: 01100-6030276827 , sklic na št. 760100-282704	v postopku
Fundacija doc. dr. J. Cholewa, Klinični center Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Borut Štabuc	ga. Mira Klemenčič, Društvo radiologije in onkologije, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 93 69, F: 01 430 97 85, E: mklemencic@onko-i.si	kotizacije ni	***

NOVEMBER 2006

TEMA

VSEBINA

24.

št. kandidatov

LJUBLJANA

hotel Mons

III. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE
ANDOLŠEK JERAS[podroben program](#) • Isis 6/2006

strokovni sestanek za ginekologe, infektologe, dermatologe,
mikrobiologe, družinske in splošne zdravnike, pediatri in šolske
zdravnike ter druge zdravnike in zdravstvene delavce

24.–25. ob 9.00

MARIBOR

Kongresni center Habakuk

4. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE
MEDICINE[podroben program](#) • Isis 3/2006

strokovno srečanje

24.–25. ob 8.00

MARIBOR

Kongresni center Habakuk

OKUŽBE V NOSEČNOSTI IN OBPORODNEM
OBDOBJU

ni omejeno

strokovno srečanje za vse zdravnike in mikrobiologe

25. ob 9.00

LJUBLJANA

XII. ČELEŠNIKOV DNEVI – 8. STROKOVNI
SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO
IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE: SODOBNI
KIRURŠKO-ORTODONTSKI KONCEPTI

500

strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike

DECEMBER 2006

1.–2. ob 9.00

CELJE

Celjski sejem

20 LET SLUŽBE NUJNE MEDICINSKE POMOČI
V CELJU

ni omejeno

strokovni seminar za zdravnike v osnovnem zdravstvu, medicinske
sestre in zdravstvene tehnike

1.–2. ob 8.00

CELJE

STROKOVNI DELAVEC NA PODROČJU
MEDICINE ŠPORTA V ŠPORTU

100

podiplomski seminar za vse zdravnike, farmacevte

[podroben program](#) • Isis 6/2006

7.–8. ob 9.00

LJUBLJANA

velika predavalnica
Medicinske fakulteteXXXVII. MEMORIALNI SESTANEK
PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

mednarodni sestanek z naslovom "Demenca" za nevrologe,
psihiatre, družinske zdravnike, patologe, študente

8.–9. ob 9.00

TERME ZREČE

23. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE
DRUŽINSKE MEDICINE: DRUŽINSKA
MEDICINA V SKUPNOSTI

35

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

JANUAR 2007

19.–20. ob 9.00

LJUBLJANA

Katedra za družinsko
medicino23. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE
DRUŽINSKE MEDICINE: DRUŽINSKA
MEDICINA V SKUPNOSTI

35

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine,
specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem
zdravstvu

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Slovensko društvo za reproduktivno medicino, SPS Ginekološka klinika – KC Ljubljana, Katedra za ginekologijo in porodništvo – MF Ljubljana, Združenje ambulantnih ginekologov SZD	ga. Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo in porodništvo, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 13, F: 01 522 61 30, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	22.000,00 SIT, za specializante 12.000,00 SIT (DDV ni vključen)	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine	Majda Masten, dr. med., T: 02 228 63 67, E: majda.masten@zd-mb.si, asist. Suzana Židanik, dr. med., T: 02 235 66 48, E: suzana.zidanik@zd-mb.si, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor	45.000,00 SIT (DDV ni vključen)	10
Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, ZZZ Maribor	Andrej Golle, dr. med., Dušan Novak, prof. biol., ZZZ Maribor, Center za mikrobiologijo, Prvomajska 1, 2000 Maribor, T: 02 450 01 12, 450 02 61, F: 02 450 01 93, E: andrej.golle@zzv-mb.si	10.000,00 SIT, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. Matija Gorjanc	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, GSM: 041 57 37 91, E: zajdelam@volja.net	***	***
ZD Celje, SZUM, prim. Andrej Žmavc	ga. Nada Martinčič, g. Branko Kešpert, NMP, ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, T: 03 543 45 20, 543 42 07, F: 03 543 45 01	30.000,00 SIT	v postopku
OKS – Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, prof. dr. Vinko Pavlovčič	g. Janko Dvoršak, OKS – Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, Celovška 25, 1000 Ljubljana, T: 01 230 60 08	30.000,00 SIT	***
MF Ljubljana - Inštitut za patologijo, Sekcija za nevropatologijo SZD, doc. dr. Mara Popović, Gorazd B. Stokin, dr. med.	doc. dr. Mara Popović, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: 01 543 71 40, E: mara.popovic@mf.uni-lj.si, dr. Gorazd B. Stokin, KO za nevrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, E: Gbstokin@alumni.Ucsd.Edru, kotizacije ni	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Irena Vatovec Progar, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, vodje: asist. Davorina Petek, Nadja Pfajfar Križnič, dr. med., Nevenka Šečer Dolenc, dr. med., asist. mag. Andrej Kravos, prim. Jana Govc Eržen	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=9506	kotizacije ni	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Irena Vatovec Progar, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, vodje: asist. dr. Marija Petek Šter, Tamara Fras Stefan, dr. med., Tadeja Čerin, dr. med., asist. Dean Klančič	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=9506	kotizacije ni	***

OBRAZEC

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

fax: 01/30 72 109

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

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

Za objavo podatkov v Koledarju strokovnih prireditev pošiljamo naslednje podatke:

Datum prireditve

Začetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število poslušalcev

(če je določeno)

(neomejeno)

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

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

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

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Brezplačna kotizacija

DA

NE

za upokojene zdravnike, študente, _____

PROGRAMI

I. SIMPOZIJ O RANAH Sodobni pristopi zdravljenja akutne in kronične rane

organizator • KO za kirurške infekcije - SPS
Kirurška klinika, KC Ljubljana

PORTOROŽ,
Kongresni center hotela Slovenija
2.-3. junij 2006

PROGRAM:

Petek, 2. junija 2006

- 8.00 Prijava udeležencev
- 9.00 Pozdravni govor, prof. dr. Martin Tonin, dr. med., svetnik

I. Rana

Predsedstvo: D. M. Smrke, C. Triller, J. Nikolič

- 9.10 Rana kot znanstveni problem, doc. dr. Dragica Maja Smrke, dr. med.
- 9.25 Oskrba rane nekoč, Branka Mlinar Rupnik, viš. med. ses., dipl. org. dela – menedžer
- 9.35 Akutna rana, Boštjan Sluga, dr. med.
- 9.50 Kronična rana, prim. Ciril Triller, dr. med.
- 10.10 Predavatelj iz tujine
- 10.40 Odmor s kavo
- 11.05 Mikrobiologov pogled na akutno in kronično rano, prof. dr. Marija Gubina, dr. med.
- 11.20 Pomen arterijske prekrvitve za celjenje ran, Aleš Blinc, dr. med.
- 11.35 Rana in bolečina, Gorazd Požlep, dr. med.
- 11.50 Uporaba antibiotikov pri zdravljenju okuženih ran, asist. Nadja Alikadič, dr. med.
- 12.10 Predstavitev antibiotikov (sponzorji)
- 12.40 Razprava
- 13.00 Odmor za kosilo

II. Sodobni pristopi zdravljenja akutne in kronične rane

Moderatorji: D. M. Smrke, N. Alikadič, B. Kokalj

- 14.30 Rekonstruktivni posegi pri zdravljenju ran, prof. Zoran M. Arnež, dr. med., viš. svetnik
- 14.45 V.A.C.; prim. Ciril Triller, dr. med.
- 14.55 Sodobne obloge za rane, asist. Zlatko Parač, dr. med.
- 15.05 Predstavitev sodobnih oblog za rane (generalni pokrovitelj Johnson&Johnson)
- 15.20 Razprava
- 15.30 Odmor

III. Zdravstvena nega bolnika s kronično rano

Moderatorji: C. Triller, J. Nikolič, A. Debelak

- 15.45 Dokumentacija zdravstvene nege za oceno in oskrbo kronične rane, Adrijana Debelak, dipl. m. s.
- 15.55 Zdravstvena nega okolice rane kot kazalec kakovosti, Branka Mlinar, viš. med. ses., dipl. org. dela – menedžer
- 16.05 Obravnava bolnika z amputacijo spodnje okončine po procesu zdravstvene nege, Branka Kokalj, dipl. m. s.
- 16.20 Zdravstvena nega golenje razjede z negovalnimi diagnozami, Nataša Čermelj, dipl. m. s.
- 16.35 Vloga medicinske sestre pri oskrbi kronične rane po aplikaciji larv, Magda Mihevc, dipl. m. s.
- 16.45 Predstavitev sodobnih oblog za rane (sponzorji)
- 16.55 Razprava
- 17.05 Odmor s kavo

IV. Vloga rehabilitacije in patronažne službe pri zdravljenju kronične rane

Moderatorji: Z. Parač, M. Mihevc

- 17.20 Medicinska rehabilitacija bolnika s kronično rano, Bogdana Sedej, dr. med.
- 17.35 Vloga fizioterapevta in delovnega terapevta pri bolniku s kronično rano, Jasmina Belčič, dipl. fiziot., Suzana Zakrajšek, dipl. del. ter.
- 17.50 Vloga patronažne medicinske sestre pri oskrbi kronične rane, Blanka Andrenšek, viš. med. ses.
- 18.05 Predstavitev sodobnih oblog (sponzorji)
- 18.15 Razprava
- 20.30 Večerja ob morju z glasbo

Sobota, 3. junija 2006

Učne delavnice

Moderatorji: C. Triller, N. Alikadič, M. Mihevc

- 9.00 Prikaz preveze akutne in kronične rane, Adrijana Debelak, dipl. m. s.
- 9.15 Sodobne obloge po klasifikaciji, pravilno nameščanje in odstranjevanje, Magda Mihevc, dipl. m. s.
- 9.30 Predstavitev sodobnih oblog za rane (sponzorji)
- 10.00 Delavnice:
1. Akutna rana, Igor Čuček, dr. med., Branka Mlinar Rupnik, viš. med. ses., dipl. org. dela – menedžer
 2. Diabetična razjeda, asist. Nadja Alikadič, dr. med., Branka Kokalj, dipl. m. s.
- 11.20 Odmor
3. Razjeda zaradi pritiska, asist. Zlatko Parač, dr. med., Magda Mihevc, dipl. m. s.
 4. Nameščanje in odstranjevanje sodobnih oblog, Janja Nikolič, viš. med. ses., Adrijana Debelak, dipl. m. s., Tanja Česnik, ZT

Predavanja so namenjena vsem zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom iz bolnišnic, zdravstvenih domov, patronažnih služb in socialnih zavodov, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z akutno in kronično rano in se želijo na tem področju dodatno izobražiti. Namen strokovnega izobraževanja z učnimi delavnicami je seznaniti in usposobiti udeležence za pravilen moderen pristop pri zdravljenju akutne in kronične rane. V učnih delavnicah se bodo udeleženci usposobili za pravilno uporabo in nameščanje sodobnih oblog.

Strokovni odbor: predsednik: doc. dr. D. M. Smrke, dr. med., člani: prim. C. Triller, dr. med., asist. Z. Parač, dr. med., asist. N. Alikadič, dr. med, prof. dr. Z. M. Arnež, dr. med., višji svetnik, ambasador RS za znanost, J. Nikolič, viš. med. ses, B. Sluga, dr. med.

Organizacijski odbor: prim. C. Triller, dr. med, I. Čuček, dr. med., J. Nikolič, viš. med. ses., A. Debelak, dipl. m. s., T. Česnik, ZT, I. Kiprijanovič, D. Trifunovič

Kotizacija z DDV znaša za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 45.000,00 SIT, za zdravnike 55.000,00 SIT. Vključuje udeležbo na predavanjih in učnih delavnicah, zbornik predavanj, izobraževalno gradivo, potrdilo o udeležbi, osvežitve med odmori ter večerjo. Kotizacijo nakažite na račun Kliničnega centra Ljubljana, št. TRR: 01100-6030277894, sklic na št. 00-299-30-29-1254799, s pripisom Simpozij o ranah. Na nakazilu naj bodo jasno in posamično razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca.

Informacije in prijave: Janja Nikolič, viš. med. ses., Klinični center, Klinični oddelek za kirurške infekcije, Njegoševa 4, 1525 Ljubljana, T: 01 522 24 20, 522 23 19 ali po E: janja.nikolic@kclj.si ali irma.kiprijanovic@kclj.si
Prijave sprejemamo do polne zasedbe mest (180) na osnovi vrstnega reda prijave in vplačane kotizacije, najkasneje do **20. 5. 2006**. Pisno prijavo z ustreznimi podatki (zavod, davčna številka, ime udeleženca) lahko pošljete na F: 01 522 23 98 ali po E: janja.nikolic@kclj.si ali irma.kiprijanovic@kclj.si. Prijavnico na fotokopijo potrdila o plačilu pošljite na naslov organizatorja najkasneje do 20. 5. 2006.

Namestitve: udeleženci se lahko namestijo v hotelu Slovenija/Riviera in GH Palace. Rezervacija sob je možna do 10. 5. 2006. Udeleženci lahko rezervirajo namestitev po pošti, faksu ali elektronski pošti na naslov: LifeClass Hotels & Resorts, Obala 33, 6320 Portorož, T: 05 696 90 40 ali 696 90 01, F: 05 696 90 55, E: booking@lifeiclass.net

VARNOST PACIENTOV

organizatorji •
Ministrstvo za zdravje, Inštitut za varovanje zdravja,
Ambasada Velike Britanije, Svetovna zdravstvena
organizacija, Zdravniška zbornica Slovenije,
Zbornica zdravstvene in babiške nege, Svet
Evrope

LJUBLJANA,

Unionska dvorana, Grand Hotel Union,
Miklošičeva 1
6. junij 2006

PROGRAM:

Torek, 6. junija 2006

- 8.00 Prijava udeležencev
- 8.30 Dorjan Marušič, Ministrstvo za zdravje
RS: Uvodni nagovor
His Excellency Tim Simmons,
Ambasada Velike Britanije: Uvodni
nagovor
- 9.00 Sir Liam Donaldson, WHO - World
Alliance for Patient Safety: SZO -
svetovna zveza za varnost pacientov
- 10.00 Podpis izjave: Clean Care is Safer Care
- 10.30 Margaret Murphy, Irska: Primer Kevina
- 11.00 Igor Mihael Ravnik, Zdravnik in
pacient: Moj primer
- 11.20 Odmor
- 11.50 Vladislav Pegan, Zdravniška zbornica
Slovenije: Luksemburška deklaracija
- 12.10 Pavel Poredoš, Slovensko zdravniško
društvo: Varnostni zapleti pri pacientu
- 12.30 Piotr Mierzewski, Svet Evrope:
Preprečevanje neželenih dogodkov
v zdravstvu - sistemski pristop -
Priporočilo Sveta Evrope o varnosti in
kakovosti
- 13.00 Jelka Mlakar, Klinični center Ljubljana:
Kakovost zdravstvene nege v KC
Ljubljana - za varnost pacienta
- 13.20 Odmor
- 14.20 Andrej Robida, Ministrstvo za zdravje
RS: Delovna skupina za varnost

- 14.40 pacientov Evropske unije
Breda Kutin, Zveza potrošnikov
Slovenije: Pogled uporabnika na
varnost pacientov
- 15.00 Tomaž Prezelj, letalska industrija:
Varnost v zraku
- 15.30 Zlata Remškar, Bolnišnica Golnik - KO
za pljučne bolezni in alergijo: Kako
zdravniki pristopamo k obravnavi
varnostnih zapletov
- 16.00 Sklepi in razprava

Prevajanja ne bo.

Informacije:

ga. Bernarda Kociper, Ministrstvo za zdravje,
Štefanova 5, 1000 Ljubljana, T: 01 241 76 69,
E: bernarda.kociper@gov.si

PREDSTAVITEV ZBORNIKOV SPOMINSKIH SREČANJ AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA O DROGAH TER O NASILJU V DRUŽBI IN DRUŽINI

organizatorji • Inštitut za sodno medicino
MF Ljubljana, Zdravniška zbornica Slovenije,
Slovensko zdravniško društvo

**LJUBLJANA, sejna soba Zdravniške
zbornice Slovenije, Dalmatinova 10**
6. junij 2006 ob 12. uri

TEMA:

Torek, 6. junija 2006

- Predstavitev zbornikov Spominskih srečanj
akademika Janeza Milčinskega o drogah ter o
nasilju v družbi in družini.

Urednika

Jože Balažic in Pavle Kornhauser

CVAHTETOV DNEVI 2006

organizator •
Katedra za javno zdravje - MF Ljubljana

LJUBLJANA,
velika predavalnica ZVD Zavod za varstvo pri
delu, Chengdujska cesta 25
9. junij 2006

PROGRAM:

Petek, 9. junija 2006

Splošni okvir promocije zdravja, ocena položaja
v Sloveniji, novosti, možnosti, ovire, priložnosti

- 9.00 Uvodne besede, Marjan Bilban
- 9.15 Splošni okvir promocije zdravja in
ocena njenega položaja v Sloveniji,
Jožica Maučec Zakotnik
- 9.30 Novosti na področju PZ in vizija
prihodnosti v Sloveniji, Mojca
Gabrijelčič Blenkuš
- 9.45 Ocenjevanje učinkovitosti programov
PZ (primer programa CINDI),
Bojanka Štern
- 9.55 Promocija zdravja v novem
magistrskem programu MF UL, Lijana
Zaletel Kragelj
- 10.05 Skupna razprava
- 10.20 Odmor za kavo

Program promocije zdravja in pristopi v promociji zdravja I

- 10.50 CINDI Slovenije in njegova mreža,
Jožica Maučec Zakotnik
- 11.00 Zdravi vrtci, Tjaša Jerman
- 11.10 Zdrave šole, Mojca Bevc Stankovič
- 11.20 Zdrava mesta, Ivan Eržen
- 11.30 Čili za delo, Eva Stergar
- 11.40 Promocija zdravja v nosečnosti, Zalka
Drglin
- 11.50 Znanje je pot tudi za odgovorno in
varno spolnost, Fani Čeh
- 12.00 Zdrava prehrana in gibanje v srednjih
šolah, Vida Turk, Matej Gregorič
- 12.10 Skupna razprava
- 12.30 Odmor za prigrizek

Pristopi v promociji zdravja II

- 13.20 Življenje je lepo – skrbim za svoje
zdravje, Maja Primic Žakelj
- 13.30 To sem jaz, Damjana Podkrajšek
- 13.40 Starejši prebivalci v cestnem prometu

- in promocija zdravja, Marjan Bilban
- 13.50 Quit and win (CINDI), Dominika Novak Mlakar
- 14.00 Proste roke – čista pljuča, Tatjana Banič
- 14.10 Promocija zdravja v lokalni skupnosti v zvezi z zmanjševanjem izpostavljenosti svincu, Neda Mandl
- 14.20 Živimo zdravo, Branislava Belović
- 14.30 Veselje do življenja in zdravje – model promocije duševnega zdravja v lokalni skupnosti, Marina Sučić
- 14.40 LAS, Nuša Konec Juričič
- 14.50 Promocija zdravja v zaporih, Evita Leskovšek
- 15.00 Promocija zdravja pri injicirajočih uporabnikih prepovedanih drog - izkušnje s terenskim delom, Dušan Noliml
- 15.10 Skupna razprava
- 15.30 Odmor za kavo

Pristopi v promociji zdravja III

- 16.00 Programi, ki jih izvajajo študentje medicine (Virus, Srce moja skrb), Nina Glavnik
- 16.10 Aktivnosti Zveze slovenskih društev za boj proti raku, Maja Primic Žakelj
- 16.20 Aktivnosti Društva za promocijo zdravja, Viktorija Rehar
- 16.30 Aktivnosti društva »Za srce«, Danica Rotar Pavlič
- 16.40 Skupna razprava

Zaključki srečanja

- 17.15 Konec srečanja

Ciljna skupina: specialisti in specializanti javnega zdravja oziroma socialne medicine, higijene, epidemiologije ter drugi strokovnjaki, ki se pri svojem delu srečujejo s problemi javnega zdravja (specialisti in specializanti medicine dela, prometa in športa, družinske medicine, profesorji zdravstvene vzgoje, sindikalni delavci, delavci javne uprave, vodilni in vodstveni delavci zdravstvenih in ostalih ustanov, ministrstev, zdravstveno-vzgojnih inštitucij...)

Organizacijski odbor: Marjan Bilban, Ljana Zaletel Kragelj, Ivan Eržen, Katedra za javno zdravje MF UL

Število udeležencev: do 120

Kotizacija: 15.000,00 SIT (vključuje: zbornik, prigrizek, napitke)

Informacije:

ga. Nina Dolenc, Katedra za javno zdravje MF UL, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, T: 01 543 75 40

STROKOVNI DELAVEC NA PODROČJU MEDICINE ŠPORTA V ŠPORTU

organizatorji • Olimpijski komite Slovenije, Združenje športnih zvez, Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, Nacionalna antidoping komisija v sodelovanju s SZD, Združenjem medicine dela, prometa in športa Slovenije, ZZS, Zbornico farmacevtov Slovenije, Zbornico fizioterapevtov Slovenije in Sekcijo medicinskih sester in medicinskih tehnikov medicine dela, prometa in športa

LJUBLJANA,

Grand hotel Union, Miklošičeva 1

9.–10. junij 2006

CELJE

1.–2. december 2006

PROGRAM:

Petek, 9. junija 2006

DOPING V ŠPORTU

- 8.00 Prijava udeležencev
- 8.45 Odprtje

Osnove v dopingu

- 9.00 Doping, definicija, lista prepovedanih snovi in postopkov, J. Osredkar
- 9.30 Kontrole, posledice kršitev, sankcije ter potencialne pasti, M. Lainščak
- 9.50 Pravice in odgovornosti športnikov, I. Čop
- 10.10 Terapevtske izjeme, M. Lainščak
- 10.30 Pravni vidiki dopinga v športu, K. Urbanija
- 10.50 Odmor

Prepovedane snovi in postopki

- 11.10 Lista prepovedanih snovi: poživila, D. Kikelj
- 11.30 Lista prepovedanih snovi: narkotiki, M. Anderluh
- 11.50 Lista prepovedanih snovi: anaboliki, M. Sollner Dolenc
- 12.10 Lista prepovedanih snovi: diuretiki in ostali maskirni agensi, L. Peterlin Mašič
- 12.30 Lista prepovedanih snovi: beta-2 agonisti, glukokortikosteroidi, A. Žega
- 12.50 Lista prepovedanih snovi: kanabinoidi, J. Cesar
- 13.10 Lista prepovedanih snovi: polipeptidni hormoni, L. Korošec
- 13.30 Odmor

Farmakokinetika

- 14.30 Farmakokinetične osnove, A. Mrhar
- 14.50 Farmakokinetična analiza, I. Grabnar
- 15.10 Farmakokinetika prepovedanih substanc, A. Mrhar

Sobota, 10. junija 2006

Posebna področja dopinga

- 9.00 Pulmološka obravnava športnika in atest za terapijo, B. Mežnar
- 9.20 Kontaminacija preparatov in nevarnost za pozitiven rezultat, J. Osredkar
- 9.40 Rastni hormon (STH), fiziološki učinki in zloraba v doping, M. Pfeifer
- 10.00 Eritropoetin, fiziološki učinki in zloraba, M. Možina
- 10.20 Odmor
- 11.00 Zastrupitve in druge nevarnosti kemičnih snovi, ki se uporabljajo kot doping, J. Balazic
- 11.20 Funkcionalno testiranje športnikov z astmo, M. Terčelj Zorman
- 11.40 Toksikologija in interakcije zdravil, M. Možina
- 12.00 Substance naravnega izvora kot doping, S. Kreft
- 12.20 Endokrinološko testiranje športnikov, J. Osredkar
- 12.40 Genski doping, B. Štrukelj
- 13.00 Trening na višini oziroma v komori, I. Mekjavič
- 13.20 Pretreniranost v športu, R. Milič

Petek, 1. decembra 2006

MEDICINA ŠPORTA II

- 9.30 Prijava udeležencev
- 10.00 Odprtje
- 10.30 Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, V. Pavlovčič
- 10.40 Zgodovina športa, M. Kristl
- 10.50 Medicina športa, R. Čajavec
- 11.00 Izobraževanje, M. Bilban
- 11.10 Preventivni pregledi, R. Čajavec
- 11.20 Absolutne in relativne kontraindikacije za šport, V. Vuga
- 11.30 Antropometrija, R. Malinar
- 11.40 Obremenilni testi, R. Čajavec
- 11.50 Zdravstvena vzgoja, M. Žitko Mastnak
- 12.00 Ostale storitve, R. Čajavec
- Odmor
- 15.00 Vrhunski šport, J. Dvoršak
- 15.10 Kineziologija, šport, B. Škof
- 15.20 Psihologija v športni medicini, M. Tušak
- 15.30 Zdrava prehrana, D. Pokorn
- 15.40 Prehrana športnika, N. Kozjek Rotovnik
- 15.50 Zobozdravnik v medicini športa, M. Škapin, D. Žerdoner, A. Pavlič, M. S. Fludernik

Sobota, 2. decembra 2006

- 9.00 Poškodbe pri športu – splošni pregled, V. Pavlovčič
- 9.10 Akutne poškodbe kosti, sklepov, kit in mišic, K. Stražar
- 9.20 Oskrba akutnih poškodb na terenu, B. Buhanec
- 9.30 Kronične poškodbe, preobremenitvene težave, O. Zupanc
- 9.40 Entezopatije, V. Vengust
- 9.50 Fizioterapija in rehabilitacija poškodb pri športu, P. Zupet
- 10.00 Nujna medicinska pomoč v športu, A. Marš Podbregar
- 10.10 Potovalna medicina, G. Lešničar
- 10.30 Delavnice – vaje (obremenilni testi, test Eurofit, iztegovanje in zaščitne vaje, bandaža, urgentna medicina, doping)
- 13.00 Odmor
- 14.00 Test

Izobraževanje je namenjeno medicinskemu osebju (zdravnikom, fizioterapevtom, maserjem) in sodelavcem, ki delajo s športniki v klubih ali v reprezentancah, in farmacevtom, ki svetujejo v lekarni.

Kotizacija za vse udeležence je 30.000,00 SIT za prvi del (junjski) in 30.000,00 SIT za drugi del (decembrski). DDV je vključen. Kotizacija zajema: seminar I. in II., strokovno gradivo in priročnika Medicina športa (R. Čajavec in sodelavci) ter prehrana športnikov (D. Pokorn), delavnice.

Kotizacijo je potrebno nakazati na OKS – ZŠZ, Celovška 25, na račun: 03100-1012238071 model 00 sklic 0531.

Prijave: OKS – ZŠZ – Komisija za zdravstveno varstvo športnikov, Celovška 25, 1000 Ljubljana, F: 01 230 60 26, E: zalka.malgaj@olympic.si

Možna nastanitve v GH Union Ljubljana, Miklošičeva 1/3, T: 01 308 12 70.

POLETJE V STARI LJUBLJANI ZDRAVNIŠKI KOMORNI KONCERT PRO MEDICO

organizatorja •
Društvo za oživljanje kulturne podobe starega
mestnega jedra in KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher

LJUBLJANA,
cerkev sv. Jakoba, Levstikov trg



SPORED:

Torek, 27. junija 2006 ob 19.30

J. K. Dolar: Psalm Miserere mei Deus

Zdravniški godalni orkester PRO MEDICO
Vokalna skupina KC Vox medicorum
Dirigent *Tomaž Faganel*

A. Dvořák: Sonatina v G-duru op. 100
Allegro risoluto
Larghetto
Scherzo – Finale

Marko Zupan, violina
Pavle Kornhauser, klavir

Odmor s kavo

M. Glinka: Veliki Sekstet
Allegro
Andante
Allegro con spirito (Finale)

Pavle Kornhauser, klavir
Marko Zupan, 1. violina
Miha Benedik, 2. violina
Vilim Demšar, viola
Tanja Babnik Šoštarčič, violončelo
Filip Križnarič, kontrabas

A. Boubil in C. M. Schönberg: Nesrečniki
A. L. Webber: Fantom iz opere
Odlomki iz muzikala

Vlasta Rožman, sopran
Janko Potočnik, tenor
Zdravniški komorni orkester PRO MEDICO
Dirigent *Vilim Demšar*

Po koncertu Zdravniška zbornica Slovenije in Klinični center Ljubljana vabita na sprejem ob siju bakel na kamnitih stopnicah cerkve sv. Jakoba.

KLINIČNA PREHRANA – DEBELOST 2. strokovno srečanje Slovenskega združenja za klinično prehrano

organizator •
Slovensko združenje za klinično prehrano

LJUBLJANA,
hotel Domina
8. september 2006

PROGRAM:

Petek, 8. septembra 2006

- 8.00 Prijava
9.00 Odprtje srečanja

Debelost: vzroki in velikost problema

- 9.00 Splošni pregled debelosti (Marija Pfeifer)
- 9.30 Patofiziologija maščobnega tkiva (Zoran Grubič)
- 10.00 Prekomerna prehranjenost in debelost v odrasli dobi (Zlatko Fras)
- 10.20 Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih (Magdalena Avbelj)
- 10.40 Razprava in odmor

Klinični problemi zaradi debelosti 1.

- 11.00 Debel bolnik v ambulantni splošnega zdravnika (Nena Kopčavar Guček)
- 11.20 Debel otrok v ambulantni pediatri (Tadej Battelino)
- 11.40 Metabolni sindrom (Marko Medvešček)
- 12.00 Ali je kahektičen bolnik lahko debel? (Nada Rotovnik Kozjek)
- 12.20 Debel sladkorni bolnik (Matjaž Vrhovec)
- 12.40 Razprava in kosilo

Klinični problemi zaradi debelosti 2.

- 14.00 Debel bolnik v enoti za intenzivno terapijo (Lidija Kompan)
- 14.20 Debel pljučni bolnik (Jurij Šorli ml.)
- 14.40 Debel kardiološki bolnik (Matjaž Bunc)
- 15.00 Debel kirurški bolnik (Neva Požar Lukanovič)
- 15.20 Debel ledvični bolnik (Bojan Knap)
- 15.50 Razprava in odmor

Obravnavanje debelosti

- 16.10 Preventiva in terapija debelosti, možnosti v okviru preventivnih zdravstvenih dejavnosti (CINDI) (Jožica Zakotnik)
- 16.30 Smernice mednarodnih združenj za obvladovanje debelosti (Tina)

- Sentočnik)
- 16.50 Regulacija telesne teže pri aktivni populaciji in športnikih (Miloš Milošević)
- 17.10 Diete za uravnavo telesne teže (Maruša Pavčič)
- 17.30 Farmakološke možnosti terapije debelosti (Rada Franko)
- 17.50 Bariatrična kirurgija (Alojz Pleskovič)
- 18.10 Koža tekom debelosti in zmanjševanja telesna teže (Mirjam Rogl Butina)
- 18.30 Estetska kirurgija debelosti (Franci Planinšec)
- 18.50 Razprava

Organizacijski odbor: Nada Rotovnik Kozjek, Živa Mrevlje, Rada Franko, Miloš Milošević

Strokovni odbor: Marija Pfeifer, Lidija Kompan, Neva Požar Lukanovič, Maruša Pavčič, Jože Lavrinec

Kotizacija: 20.000,00 SIT (DDV ni vključen), upokojeni zdravniki in študentje brezplačno.

Informacije:

ga. Stanka Vukšinič, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, mag. Nada Rotovnik Kozjek, E: nkozjek@onko-i.si, Živa Mrevlje, dr. med., E: ziva@mrevlje.org

SREČANJE MLADIH ZDRAVNIKOV

organizator •
Sekcija mladih zdravnikov SZD

LJUBLJANA,
predavalnica Krka, d. d., Dunajska 65
7. oktober 2006

Stroške srečanja in kotizacije krije Krka, d. d., Novo mesto.

Prijave sprejemamo do zasedbe mest (predvidoma 120) na naslov:

Alenka Seliškar, Krka, d. d.,
Novo mesto, Dunajska cesta 65,
1000 Ljubljana, T: 01 475 12 28,
E: alenka.seliskar@krka.biz

DELAVNICA O PISANJU MEDICINSKIH PRISPEVKOV

organizator • Sekcija mladih zdravnikov SZD v sodelovanju z uredništvoma revij *Zdravniški vestnik* in *Zdravstveno varstvo*

LJUBLJANA,
Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10
28. oktober 2006

PROGRAM:

Sobota, 28. oktobra 2006

Teoretični del

- 8.00 Prihod in registracija udeležencev
- 9.00 Nagovor urednika Zdravniškega vestnika, Jože Drinovec
- 9.05 Nagovor urednika Zdravstvenega varstva, Igor Švab
- 9.10 Zakaj v medicini pišemo? Jože Drinovec
- 9.30 Oblike in nameni različnih prispevkov, Igor Švab
- 10.00 Odmor
- 10.15 Iskanje virov, Aleš Fidler
- 10.35 Struktura izvečka in ključne besede, Nikola Bešič
- 10.50 Struktura raziskovalnega članka, Matej Podbregar
- 11.10 Odmor
- 11.30 Predstavitev rezultatov, Janez Stare
- 11.55 Slovenščina v medicinskih prispevkih, Jože Faganel
- 12.15 Odmor
- 12.30 Uredniški postopek, Andrej Pernat – avtor, Matija Cevc – urednik, Uroš Ahčan – recenzent
- 13.15 Odmor za kosilo

Praktični del

- 14.30 Delavnica v skupinah (pregled in obravnava lastnih prispevkov z moderatorji v skupinah po pet udeležencev), Matija Cevc, Uroš Ahčan, Igor Švab, Andrej Marušič
- 16.30 Povzetek dela v skupinah, Igor Švab

Organizacijski odbor: asist. dr. Mitja Lainščak, dr. med., asist. mag. Matej Drobnič, dr. med., asist. mag. Aleš Fidler, dr. dent. med., prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., prof. dr. Igor Švab, dr. med.

Delavnica s teoretičnim in praktičnim delom o pisanju medicinskih prispevkov; praktični del vključuje delo v skupinah z moderatorji in obravnavo lastnih prispevkov.

Število udeležencev:

zaradi dela v manjših skupinah omejeno na 20.

Kotizacije ni.

Pogoj za udeležbo: poslan lasten prispevek v elektronski obliki z medicinskega področja v slovenščini do **14. 10. 2006**; prispevek je nujen za praktični del delavnice – prednost bodo imeli kandidati z neobjavljenim gradivom v obliki članka.

Prijave in vaše prispevke pošljite najkasneje do 14. 10. 2006 na naslov: Sekcija mladih zdravnikov SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, E: delavnica.smz@szd.si

NA STIČIŠČIH NEONATOLOGIJE IV. simpozij in učna delavnica z mednarodno udeležbo, Tuberkuloza pri nosečnici, novorojenčku in otroku Krči pri novorojenčku in dojenčku

organizatorja • Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje, Neonatalna sekcija Združenja za pediatrijo SZD

LAŠKO,
Kulturni center Laško
17.–18. november 2006

CELJE, Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje
18. november 2006

PROGRAM:

Petek, 17. novembra 2006

- 8.00 Prijava udeležencev
- 8.45 Odprtje in pozdravni govori

Tuberkuloza (TB) pri nosečnici in novorojenčku

Moderatorja: J. Šorli, V. Weber

9.00 J. Šorli: TB v Sloveniji

- 9.20 D. Eržen: Epidemiologija TB otrok v Sloveniji in izvajanje pregledovanja kontaktov pri otrocih
- 9.40 M. Žolnir Dovč: Laboratorijska diagnostika TB pri otrocih
- 10.00 V. Weber in sod.: TB v nosečnosti in puerperiju
- 10.15 Z. Felc, B. Bratanič: Kongenitalna in neonatalna TB
- 10.30 Razprava
- 11.00 Odmor s kavo

Tuberkuloza (TB) v otroškem obdobju

Moderatorja: V. Maček, A. Temlin Obermayer

- 11.30 V. Maček: Klinična slika TB pri otrocih
- 12.00 A. Temlin Obermayer: Algoritem obravnave otrok, ki so bili v stiku z aktivno TB
- 12.20 B. Mežnar: Epidemiološki in terapevtski vidik obravnave odraslih, ki so bili v stiku z aktivno TB
- 12.40 A. Kraigher, L. Bregant: BCG in nova cepiva proti TB
- 13.30 Odmor za kosilo

Krči pri novorojenčku in dojenčku

Moderatorja: J. Babnik, Z. Felc

- 15.00 D. Paro Panjan: Krči pri novorojenčku
- 15.30 D. Neubauer: EEG je lahko diagnostičen in prognostičen pri določenih paroksizmalnih stanjih v zgodnjem razvojnem obdobju
- 16.00 J. Babnik, T. Križnar: Krči pri nedonošenčku
- 16.30 Odmor s kavo

Krči pri novorojenčku in dojenčku

Moderatorja: D. Paro Panjan, D. Neubauer

- 16.50 D. Paro Panjan: Benigni mioklonus v spanju
- 17.10 A. Ilijaš Trofenik, K. Bovha, Z. Felc: Novorojenčki s krči v porodnišnici Celje
- 17.20 M. Planinšek Bojovič: Sledenje novorojenčkov, ki so imeli krče, v razvojni ambulanti ZD Celje
- 17.30 Razprava in zaključki
- 19.00 Skupna večerja v hotelu Hum

Sobota, 18. novembra 2006

Kulturni center Laško

- 9.00 M. Riccabona (Gradec): The Role of Imaging in Neonates with Convulsiones
- 11.00 M. Riccabona (Gradec): Discussion
- 11.30 Odmor za kosilo

Učna delavnica

Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko-

porodniški oddelek, Odsek za neonatalno pediatrijo

- 13.00 M. Riccabona (Gradec): Workshop: Neonatal Sonography, with Specific Regard to Ultrasound in Neonatal Convulsiones
- 17.00 Discussion, Conclusions and Conference Closure

Simpozij z učno delavnico je namenjen specializantom in specialistom pediatrom, ginekologom in porodničarjem ter družinskim in ostalim zdravnikom, ki želijo poglobiti znanje o prepoznavanju in zdravljenju tuberkuloze pri nosečnici, novorojenčku in otroku ter krčev pri novorojenčku in dojenčku.

Organizacijski odbor: K. Bovha, Z. Felc (predsednica), A. Ilijaš Trofenik, V. Weber

Kotizacija: 30.000,00 SIT (simpozij in učna delavnica), 25.000,00 SIT (simpozij). DDV je vključen. Kotizacijo nakažite na podračun Splošne bolnišnice Celje št. 01100-6030276827, sklic na št. 760100-282704, po 10. novembru 2006. Kotizacija vključuje udeležbo na predavanjih, zbornik predavanj, plačilo potrdila Zdravniške zbornice, kavo med odmori in skupno večerjo. Študenti, sekundariji in upokojeni zdravniki so oproščeni plačila kotizacije. Po končanem sestanku bo izstavljen račun. Prijave so obvezne.

Informacije: ga. Petra Nataša Vodišek, Pisarna, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, T: 03 423 33 36, F: 03 423 37 58, E: mojca.gobec@guest.arnes.si

Hotelske rezervacije sprejema hotel Hum Laško: T 03 573 13 21, F: 03 573 17 36, E: askerc@siol.net, W: www.askerc-sp.si

1. SIMPOZIJ FUNDACIJE DOC. DR. J. CHOLEWA "PRESEJANJE IN ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA"

organizatorji •

Fundacija doc. dr. J. Cholewa, KC Ljubljana, MF Univerze v Ljubljani, Onkološki inštitut Ljubljana

LJUBLJANA,

hotel Mons

23. november 2006

PROGRAM:

Četrtek, 23. novembra 2006

9.00

- Vloga histopatologa pri diagnostiki predstopenj in raka ustne votline, žrela in grla, prof. dr. Nina Gale, dr. med.
- Zgodnje odkrivanje in zdravljenje predstopenj in raka ustne votline in ustnega dela žrela, asist. David Dovšak, dr. med.
- Zgodnje odkrivanje in zdravljenje predstopenj in raka spodnjega žrela in grla, doc. dr. Janez Fischinger, dr. med., dr. dent. med.
- Organiziranost zdravljenja raka dojke v Sloveniji – kje smo danes, doc. dr. Janez Žgajnar, dr. med.
- Presejanje za raka dojke, prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.
- Presejanje v Sloveniji – kje smo danes, Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.
- Slikovna diagnostika pri zgodnjem odkrivanju pljučnega raka, Tanja Bavčar Vodovnik, dr. med., Marija Dolensek, dr. med.
- Odkrivanje zgodnejših oblik pljučnega raka pri rizičnih skupinah, asist. dr. Marjeta Terčelj, dr. med.
- Citopatološke značilnosti pljučnega raka, prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., asist. dr. Maja Jerše, dr. dent. med.
- Preprečevanje raka debelega črevesa in danke, doc. dr. Pavel Skok, dr. med.
- Presejanje za raka debelega črevesa in danke, Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.
- Zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa in danke, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.
- Vloga patologa pri diagnostiki karcinoma prostate, doc. dr. Zdenka Ovčak, dr. med.
- Novosti v diagnostiki raka prostate, prof. dr. Gregor Mikuz, dr. med.
- Zgodnje odkrivanje, zdravljenje in

spremljanje bolnikov z rakom prostate, doc. dr. Ciril Oblak, dr. med.

- Pomen humanih virusov papiloma pri odkrivanju in preprečevanju raka materničnega vratu - novosti, prof. dr. Marjetka Uršič Vrščaj, dr. med.
- Presejanje za raka materničnega vratu in DP ZORA, prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.
- Pomen kakovosti citoloških laboratorijev za učinkovito presejanje, dr. Ana Pogačnik, dr. med.
- Kožni rak – epidemiologija in najpogostejše klinične slike, doc. dr. Igor Bartenjev, dr. med.
- Zgodnje odkrivanje melanoma kože – dermatoskopija, doc. dr. Igor Bartenjev, dr. med., doc. dr. Boštjan Luzar, dr. med.
- Vloga histopatologa pri diagnostiki malignih tumorjev kože, doc. dr. Boštjan Luzar, dr. med.

19.30 Kulturni program

Kotizacije ni.

Informacije: ga. Mira Klemenčič, Društvo radiologije in onkologije, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 93 69, E: mklemencic@onko-i.si

Plačilo kotizacije zagotavlja udeležbo na predavanjih, zbornik, prigrizek v odmoru in kosilo. Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Slovenskega društva za reproduktivno medicino, Šlajmerjeva ulica 3, 1000 Ljubljana, št. TRR: 02012-0050420080.

Prijava z enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih, objavljeno v Izidi, na naslov: Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 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.

Strokovni vodja:

doc. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med., SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 522 60 60, E: eda.bokal@guest.arnes.si

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

OE Zdravstveni dom Radovljica objavlja prosto delovno mesto

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

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom in sekundariatom ali zdravnik s končano specializacijo iz družinske/splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- vozniški izpit kategorije B,
- poskusno delo šest mesecev,
- znanje slovenskega jezika.

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

Rok prijave: 30 dni.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Radovljica, Kopališka ulica 7, 4240 Radovljica.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

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 zbiranja prijav.

III. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS "Spolno prenosljive okužbe"

organizatorji •

Slovensko društvo za reproduktivno medicino, SPS Ginekološka klinika – KC Ljubljana, Katedra za ginekologijo in porodništvo – MF Ljubljana, Združenje ambulantnih ginekologov SZD

LJUBLJANA,
hotel Mons

24. november 2006

Strokovni sestanek je namenjen ginekologom, infektologom, dermatologom, mikrobiologom, družinskim in splošnim zdravnikom, pediatrom in šolskim zdravnikom ter drugim zdravnikom in zdravstvenim delavcem.

Kotizacija znaša 22.000,00 SIT (brez DDV), 12.000,00 SIT (brez DDV) za specializante.

DELOVNA MESTA

Občina Hrastnik

sporoča, da je v Uradnem listu Republike Slovenije z dne 5. 5. 2006 objavljen



javni razpis

za podelitev koncesije za izvajanje javne zdravstvene službe na področju splošne medicine na območju Občine Hrastnik v prostorih ambulante na Dolu pri Hrastniku, Trg borcev NOB 13.

Rok za prijavo je 30 dni in začne teči z dnem objave v Uradnem listu RS.

To besedilo ne velja kot uradna objava. Za vse dodatne informacije smo vam na voljo na T: 03 56 54 390, razpisno dokumentacijo pa lahko dobite tudi na spletni strani Občine Hrastnik.

Občina Hrastnik

Zdravstveni dom Bohinj

objavlja prosto delovno mesto
zdravnika specialista pediatrije (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 kategorije B,
- 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 zbiranja prijav.

Klinični center Ljubljana,

Pediatrična klinika, KO za nevrologijo objavlja eno delovno mesto

zdravnika sekundarija (m/ž)

za določen čas (12 mesecev), za nadomeščanje.

Pogoji:

- zdravnik sekundarij z opravljenim licenčnim izpitom ali zdravnik sekundarij po opravljenem obveznem sekundarijatu in z opravljenim strokovnim izpitom,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave na naslov: KC Ljubljana, SPS Pediatrična klinika, KO za nevrologijo, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana.

Zobozdravniška ordinacija v Ljubljani,

s koncesijo in mentorstvom za stažiranje, honorarno zaposli

zobozdravnika (m/ž)

z diplomo Medicinske fakultete v Ljubljani ali

stažista.

Obseg dela po dogovoru.

Prijave na telefon: 041 678 947.

VID, d.o.o.,

zdravstvena dejavnost objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista oftalmologa (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit in sekundarijat,
- opravljen specialistični izpit iz oftalmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s šestmesečnim poskusnim delom.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov:

VID d.o.o., zdravstvena dejavnost, Ulica Vinka Vodopivca 21, Kromberk, 5000 Nova Gorica.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja dve prosti delovni mesti
zdravnika specialista pediatra
oziroma **specialista šolske medicine**
oziroma **zdravnika s podiplomskim tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine ali zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)**

Eno delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (nadomeščanje delavke v času porodniškega dopusta) s polnim delovnim časom, drugo pa za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

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 ali delovno dovoljenje,
- 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 Gornja Radgona

objavlja prosto delovno mesto
zdravnika specialista družinske medicine ali zdravnika specialista splošne medicine ali zdravnika specializanta družinske medicine ali zdravnika po končanem sekundarijatu z možnostjo specializacije družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom, sekundarijatom in preizkusom usposobljenosti ob zaključku sekundarijata ali zdravnik 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, 530 22 73.

Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

v Zdravstveni postaji Loški Potok za nedoločen čas.

Pogoji:

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

Poskusno delo traja štiri mesece.

Kandidati 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.

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje delovni mesti

1. zdravnika specialista s področja interne medicine (m/ž)**2. zdravnika specialista s področja otorinolaringologije (m/ž)**

Pogoji k točki 1:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Pogoji k točki 2:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz otorinolaringologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje se sklepa za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj pošljite v 8 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.

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 kategorije B,
- usposobljenost za delo v urgentni medicini.

Delo bo v ambulantni družinske medicine za nedoločen čas, poizkusno delo od štiri do šest mesecev.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Zasebni zdravstveni zavod Prebold, Grašćinska c. 11, 3312 Prebold. Informacije na T: 03 705 35 70.

ZD Logatec

razpisuje prosto delovno mesto:

zdravnika splošne medicine (m/ž)

za delo v splošni ambulantni in urgentni službi.

Pogoji:

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

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas, s polnim delovnim časom.

Pričetek dela 1. 6. 2006.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev v 30 dneh na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec. Dodatne informacije na T: 01 745 12 17 (Katarina Turk, direktorica).

Zdravstveni dom Ptuj

zaposli

1. zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista splošne medicine oziroma družinske medicine (m/ž)**2. zdravnika specialista interne medicine (pulmologa) (m/ž)****3. zobozdravnika specialista čeljustne in zobne ortopedije (m/ž)****4. zobozdravnika specialista protetike (m/ž)**

Pogoji k točki 1:

- končana medicinska fakulteta – oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat oziroma opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v R Sloveniji.

Pogoji 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 R Sloveniji.

Pogoji k točki 3:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v R Sloveniji.

Pogoji k točki 4:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v R Sloveniji.

Ponujamo sklenitev pogodbe za nedoločen čas, dobre delovne pogoju 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.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

je javna služba, ki zagotavlja zavarovancem v državi obvezno zdravstveno zavarovanje. Z usposobljenimi in motiviranimi zaposlenimi, s sodobno tehnologijo in organizacijo želi zavarovancem, partnerjem in drugim strankam ponuditi odlične storitve.

K sodelovanju vabimo komunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu kot:

- 1. nadzorni zdravnik I. ali nadzorni zdravnik (m/ž) v Območni enoti Ljubljana (1 delovno mesto)**
- 2. nadzorni zdravnik I. (m/ž) v Območni enoti Novo mesto (1 delovno mesto)**

K točki 1:

Nadzorni zdravnik I. v OE – glavna področja dela:

- določanje pravic zavarovancem in izvajanje nadzora izvajalcev ter
- opravljanje izvedenskega dela.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine specialist (po možnosti specialist medicine dela, prometa in športa)
- 3 leta delovnih izkušenj
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (izbrani kandidat, ki ob razpisu tega izpita ne bi imel opravljenega, ga je dolžan opraviti najkasneje v roku 6 mesecev od dneva zaposlitve)
- 1. stopnja jezikovnih znanj
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) ter e-pošte.

K točki 2:

Nadzorni zdravnik v OE - glavna področja dela:

- izvajanje medicinskega nadzora in predlaganje ukrepov

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine,
- 2 leti delovnih izkušenj,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (izbrani kandidat, ki ob razpisu tega izpita ne bi imel opravljenega, ga je dolžan opraviti najkasneje v roku 6 mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) ter e-pošte.

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

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnosti skupinskega dela, sposobnosti hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja.

Novim sodelavcem ponujamo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela in izkušenj ter dokazila o izpolnjevanju pogojev pošljite v osmih dneh od objave na naslov: ZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva 24, Ljubljana ali E: zaposlitev@zzzs.si za delovno mesto v Območni enoti Ljubljana in ZZS, Območna enota Novo mesto, Prešernov trg 7, Novo mesto ali E: zaposlitev@zzzs.si za delovno mesto v Območni enoti Novo mesto.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v zakonskem roku.

OGLASI

Na dobri lokaciji Ljubljana-Vič

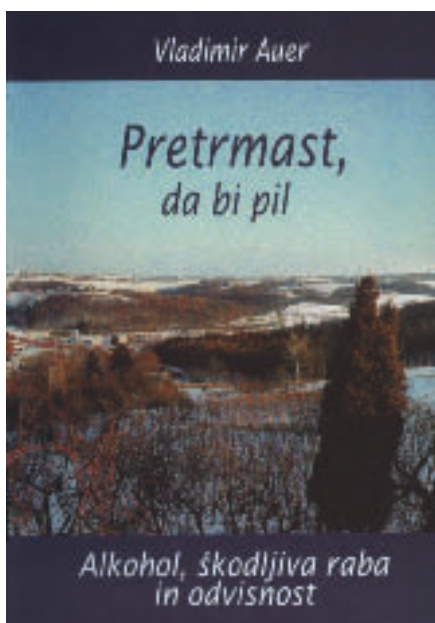
oddam lokal

v novem stanovanjsko-poslovnem naselju, primeren za zdravniško ordinacijo.

Velikost 54 m², samostojen vhod, dva ločena prostora z možnostjo ureditve čakalnice, dvojne sanitarije, urejeno parkirišče.

tel.: 041 726 028

Obveščamo vas, da knjigi avtorja mag. Vladimira Auerja, dr. med., z naslovom "Pretrmast, da bi pil" in "Palmovo vino na ramenu" lahko naročite na T: 041 787 296.



Mednarodna klasifikacija bolezni, 2. izdaja

Spoštovani!

Druga slovenska knjižna izdaja desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, 1. knjiga Pregledni seznam in 2. knjiga Navodila, IVZ 2005) ima za osnovo slovensko besedilo prve izdaje MKB-10 (IVZ 1995), ki je bilo prevod izvirnika Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), izdanega leta 1992. Dodatno vsebuje vse posodobitve, ki jih je SZO sprejela v letih od 1996 do 2003, in tudi novosti iz uvodnih in spremnih besedil druge knjižne izdaje izvirnika.

Druga slovenska izdaja MKB-10 tako vsebinsko ustreza drugi izdaji izvirnika ICD-10 (SZO 2004), dodatno pa so vključene tudi posodobitve iz leta 2003, ki sicer še niso vključene v drugo izdajo originala in so namenjene za uporabo od leta 2006 dalje.

SZO sproti posodablja deseto revizijo klasifikacije. Zato lahko najdemo manjše razlike med verzijami originalne klasifikacije, dostopnimi na različnih medijih (knjiga, elektronski medij, verzija na spletnem naslovu). Vabimo Vas, da čim prej naročite svoj izvod MKB-10.

Naročilnica

Naročam(o) _____ izv. MKB-10, 2. izd., po ceni 15.000,00 SIT (cena vključuje DDV)

Ime in priimek / delovna organizacija _____

Ulica, kraj, poštna številka _____

Davčna številka: _____ Davčni zavezanec: _____ da _____ ne _____

Ime in priimek kontaktne osebe: _____

Datum: _____ Podpis in žig ustanove: _____

Naročilnico pošljite na naslov: Inštitut za varovanje zdravja RS, Služba za založništvo, dokumentacijska in arhivska gradiva, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana ali F: 01 244 15 17.

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

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



N A R O Č I L N I C A

FIZIČNA OSEBA

Ime in priimek _____

Naslov _____

Poštna številka in pošta _____

Zavezanec za DDV (obkroži) _____ DA _____ NE _____ Davčna številka _____

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

• za vse ostale kupce pa 3900 SIT

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

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

PRAVNA OSEBA

Podjetje, ustanova ali podobno _____

Naslov _____

Poštna številka in pošta _____

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

Žig _____ Podpis _____

Evropsko delovanje zdravniških organizacij

Tomaž Čakš

Letošnji Evropski forum zdravniških združenj in Svetovne zdravstvene organizacije (European Forum of Medical Associations – EFMA/SZO) se je sestel 21. in 22. aprila na Madžarskem v Budimpešti v prijazni organizaciji Madžarskega zdravniškega združenja MOTESZ.

Posvečen je bil vrsti aktualnih tem, kot so problematika zapisovanja in shranjevanja zdravstvenih podatkov bolnikov, sodelovanje med zdravniki in farmacevtsko industrijo, aktivnosti skupine za tobak, vloga zdravniških združenj pri zgodnjem opozarjanju in reagiranju ob velikih nevarnostih za zdravje prebivalstva (pandemije, teroristični napadi ipd.), varnost pacientov, zdravstvene reforme v Evropi. Zelo pomembna tema je bila prihodnost EFMA/SZO, čemur je bil posvečen tudi sestanek upravnega odbora EFMA dan pred začetkom foruma, 20. aprila. Na sestanku UO, ki ga je vodil generalni tajnik EFMA/SZO dr. Rene Salzberg, je prišlo do zelo intenzivne razprave, ki je na koncu obrodila dokaj optimistično perspektivo. Razprava je potekala predvsem med posameznimi člani UO in predstavnikom SZO. Dr. Gerard Schmetz je kot predstavnik dr. Danzona, generalnega direktorja SZO za Evropo, poudaril, da je SZO absolutno zainteresirana za nadaljnje sodelovanje, vendar si želi to sodelovanje postaviti na nove temelje. Menil je, da je EFMA lahko izvrsten vektor za zbiranje podatkov, ob tem pa povratno dobi od SZO zbrane podatke in jih razpošlje nacionalnim zdravniškim združenjem. SZO si ne želi in ne more finančno podpirati posameznih zdravniških združenj, lahko pa podpira posamezne projekte, ki bi jih predstavila EFMA. Posamezni predstavniki UO so se s tem strinjali, vendar so poudarili, da mora biti sodelovanje enakopravno. Tako ena kot druga stran naj bi predstavili svoje predloge in se potem pogajali o možnih projektih. Pomembno je, kako vključiti nacionalna zdravniška združenja v takšno delo. Tako je bil sprejet sklep, da se junija letos v Københavnu v prostorih Evropskega urada SZO srečajo predstavniki SZO ter skupina članov UO EFMA in pripravijo konkretne predloge za možne skupne projekte v prihodnje.

Že na prejšnjem sestanku UO je dosedanji generalni sekretar EFMA dr. Rene Salzberg nakazal, da bo opustil to funkcijo. Izraelsko zdravniško združenje je na tokratnem sestanku

izrazilo pripravljenost prevzeti vodenje EFMA in za generalno sekretarko predlagalo pravnico Leo Wapner, s čimer so se člani UO strinjali, tako da je bil sprejet sklep, da se ta predlog predstavi naslednji dan na forumu, dokončna odločitev in potrditev novega vodstva pa se prepusti forumu leta 2007.

Forum je na začetku najprej pozdravil predstavnik madžarske vlade ter predstavnik organizatorja - Madžarskega združenja zdravniških društev MOTESZ. Sledile so prve predstavitve.

Človeški viri v zdravstvu ♦

Uvodno predstavitev je imela dr. Nata Menabde, pomočnica direktorja regionalnega urada SZO za Evropo dr. Danzona, ki se zaradi zdravstvenih težav srečanja ni mogel udeležiti. Dr. Menabde je spregovorila predvsem o človeških virih v zdravstvu v Evropski regiji SZO. Poudarila je, da je vrh SZO leta 2005 ocenil, da naj bi bila v letu 2006 osrednja tema prav človeški viri v zdravstvu. Tema z naslovom "Delajmo skupaj za zdravje" poudarja izredno pomembne dolžnosti, ki jih imajo zdravstveni delavci. Ocenjuje tudi izzive, s katerimi se srečujejo nacionalni zdravstveni sistemi, kot so staranje prebivalstva, povečani deleži tako kroničnih kot infekcijskih bolezni ter razlike v dostopnosti do zdravstvene pomoči. Človeški viri v zdravstvu predstavljajo ljudi, vključene v dejavnosti, katerih osnovni namen je izboljšanje zdravja. Predstavlja kompleksen sistem z mnogimi zdravstveno specifičnimi profesionalnimi skupinami, ki imajo vsaka svojo vlogo in svoje izobraževalne in urejevalne strukture. Med prvimi skupinami so ljudje, ki nudijo zdravstvene storitve (zdravniki, zdravniki dentalne medicine, medicinski tehniki, farmacevti, laboratorijski tehniki). Drugo skupino predstavljajo ljudje, ki niso neposredno vključeni v nudenje zdravstvenih storitev, vendar zagotavljajo pravilno delovanje zdravstvenega sistema (menedžerji, načrtovalci, ekonomisti v zdravstvu itd.). Učinkovitost zdravstvenih sistemov in njihova kakovost se nanašata na dobro delovanje človeških virov v zdravstvu in

sta odvisna od njihovega znanja, sposobnosti in motivacije. Zdravstveni sistemi so zelo intenzivni pri zaposlovanju in predstavljajo 10 odstotkov evropske delovne sile. Človeški viri v zdravstvu predstavljajo največji posamezni stroškovni element v vsakem zdravstvenem sistemu, in to od 60 do 80 odstotkov celotne porabe. Za oblikovalce zdravstvenih politik je zelo pomembno, da zagotovijo dovolj zdravstvenega osebja, ki bo dobro izobraženo, izurjeno in motivirano, da bo nudilo kakovostne zdravstvene storitve. Države v evropski regiji se soočajo z novimi zdravstvenimi problemi, povezanimi s spremenjeno strukturo prebivalstva, novimi tehnologijami, bolj izobraženim in obveščenim prebivalstvom itd., kar so vse novi izzivi za vse zaposlene v zdravstvu.

Zdravstveni sistem na Madžarskem ♦

V nadaljevanju je predstavnik madžarskega ministrstva za zdravje, dr. Kökény, spregovoril o politiki nadzora tobaka na Madžarskem ter izpostavil težave, s katerimi se srečujejo. Poudaril je, da je protitobačna politika med prednostnimi, saj naj bi vsak peti Madžar umrl zaradi tobaka. Vodilni cilji so usmerjeni predvsem v preventivne dejavnosti v vrtcih in šolah, zaščito delovnih mest, bolnišnic, javnih institucij in restavracij. Predstavil je njihove pobude, med katerimi je pomembna ustanavljanje klinik za pomoč pri odvajanju od kajenja, ki naj bi jo vodili predvsem pulmologi, v osnovnem zdravstvu pa naj bi potekale "kratke intervencije", za katere bi bil zagotovljen poseben fond za preventivne dejavnosti. Poudaril je, da bi se zdravniška združenja morala bolj vključiti v nadzor tobaka.

O zdravstvenem sistemu na Madžarskem in težavah, povezanih z njim, je govoril dr. Kapocs, pomočnik sekretarja na madžarskem ministrstvu za zdravje.

Prihodnost EFMA/SZO ♦

Naslednja sekcija je bila posvečena prihodnosti EFMA/SZO in na njej je generalni tajnik dr. Rene Salzberg predstavil zaključke in predloge sestanka UO. V razpravi je sodelovala

tudi dr. Menabde, ki je ponovila stališče SZO, da je zelo zainteresirana za nadaljnje sodelovanje, ki naj bi bilo čimbolj učinkovito. Dogovoriti bi se morali, kaj lahko dosežemo skupaj, kakšni so najbolj učinkoviti načini sodelovanja in kako skupaj mobilizirati nacionalna zdravniška združenja ter jim pomagati pri njihovih svojstvenih problemih. Tudi mnogi predstavniki nacionalnih zdravniških združenj so poudarili pomen združenja EFMA, ker dejansko ni drugega foruma, ki bi povezoval Evropo in nekaj držav Azije ter obravnaval teme, ki jih obravnavamo v okviru EFMA. Dr. Nunes je kot predstavnik portugalskega zdravniškega združenja povedal, da bo naslednje srečanje EFMA na Portugalskem in da mu poseben pomen daje to, da naj bi ga odprl predsednik Evropske komisije g. Barroso.

Elektronsko zapisovanje zdravstvenih podatkov pacientov ♦

V nadaljevanju je bila predstavljena pomembna tema: elektronsko beleženje zdravstvenih podatkov pacientov. Dr. Mila Garcia Barbero, predstavnica SZO, je govorila o evropskih perspektivah elektronskih pacientovih zapisov. Predstavila je nekaj vprašanj v zvezi s tem, npr.: kaj sploh razumemo pod elektronskim zapisom pacientovih podatkov; čemu naj bi jih sploh imeli; kako naj bi bili zapisani; kaj naj bi vsebovali. Namen naj bi bil podpirati zdravstveni sistem v smislu izboljšanja zdravja državljanov. Govorila je o shranjevanju podatkov predvsem v bolnišnicah in se spraševala, ali so evropske bolnišnice na to pripravljene. Ga. Lea Wapner iz izraelskega zdravniškega združenja je predstavila vrsto vprašanj, ki se pojavljajo v zvezi s tem. Nacionalna podatkovna zbirka pacientov naj bi pomenila zbiranje vseh medicinskih informacij o pacientu iz različnih zdravstvenih lokacij (bolnišnice, zdravstveni domovi, laboratoriji) in možnost predavitve trenutno lečečemu v času zdravljenja.

Vprašanja, ki se ob tem postavljajo, so pravna, etična, logistična in tehnološka. Med pravne in etične nevarnosti sodijo: poseg v zasebnost; uhajanje podatkov o posameznikih; nevarnost za pacientovo avtonomijo – kaj in koliko informacij ima pacient možnost sam izbrati in jih zdravnik zapiše; izraba informacij s strani drugih, kot so delodajalci, zavarovalnice ali kakšne druge nepooblaščen osebe (mnogi bi plačali za takšne informacije). Nadaljnje pravne in etične nevarnosti so v povezavi z odnosom med zdravnikom in pacientom: možnost manjšega zaupanja pacienta do zdravnika in s tem odvrčanja pacienta, da bi poiskal zdravniško pomoč (primer pacientke, ki je bila izpostavljena oseba in je šla na drugo stran

države k psihiatru po pomoč, dobila zdravila, na katera je bila že alergična. Če bi bilo neke zapisano, da je že alergična, ne bi prišlo do predpisa tega preparata, vendar je vprašanje, če bi ta gospa v tem primeru sploh šla k psihiatru, ker bi se potem tudi njeno zdravljenje pri psihiatru zapisalo na ta dokument). Tehnološke in logistične nevarnosti: povečana obremenitev zdravnikov – razkorak med tehnološkimi sposobnostmi in uvajanjem v danih okoliščinah; lahko upočasni zdravnikovo delo, namesto da bi bil le-ta pri svojem delu bolj učinkovit; napačno vnesen medicinski zapis bo lahko trajno zabeležen. Nujna je zaščita informacij pred nezakonitimi dostopi.

Možnosti in prednosti elektronskega zapisa za zdravstveni sistem: povečana kakovost, izboljšana oskrba pacientov, povečana zmožnost zbiranja informacij za namen raziskav in longitudinalnih študij. Možne prednosti za zdravnika: dostop do vseh potrebnih informacij hitro, obširno, ažurno in natančno; dostop do informacij za raziskovalne namene, ustvarjanje pomembnih povezav z drugimi zdravniki. Možne prednosti za pacienta: razbremenitev pacienta, da bi si na dolgi rok moral zapomniti vsako pomembno podrobnost o svojih dosedanjih boleznih; rešuje težave v zvezi z informacijami, povezanimi z nezvestnimi ali nekompetentnimi pacienti.

Vprašanja, ki se ob tem pojavljajo: ali prednosti tega sistema odtehtajo slabosti; bi lahko slabosti zmanjšali na najmanjšo možno mero; bodo nacionalne podatkovne baze zmanjšale ali povečale čas, stroške in napake; obstaja nevarnost, da se bodo pacienti izogibali javno-zdravstvenemu sistemu v celoti in se usmerili

v zasebne prakse; bo obstajala možnost, da bi pacienti zadržali določene podatke zase oziroma ali zdravniki mogoče določenih podatkov ne bodo zapisali?

Načini, s katerimi se lahko povečajo možnosti uporabe in zmanjšajo strahovi: pridobitev pacientovega privoljenja – da popolnoma sodeluje ali samo glede občutljivih informacij; omejevanje podatkovnih baz za posebne situacije, informacije, urgentne posege; omogočati samo določenim zdravstvenim delavcem dostop do informacij.

Predlogi: obvezna je pilotska študija; popoln pregled pravnih, etičnih in praktičnih vprašanj, preden se sistem vzpostavi; preverjanja, da se ugotovi uspeh oziroma težave v sistemu; nacionalno soglasje in primeri iz drugih držav.

Zagotoviti je potrebno zaščito za zdravnike: kritično ovrednotiti projekt, da bi ocenili, ali gre v resnici za prihranek pri denarju in učinkovitosti; sprejeti pravne in drugi korake, da bi zagotovili, da sistem ni zlorabljen v škodo zdravnikov; možne bi bile alternative, kot je recimo neka neodvisna agencija.

Zaključki: trenutno ni jasnih podatkov iz nobene države, ki bi zagovarjali ta sistem in ki bi dokazovali, da obstajajo prednosti za oskrbo pacientov in/ali za delo zdravnika. Zdravniki se morajo zavedati prednosti in nevarnosti. Mnogo zaprek bo treba premagati, preden se bo sistem uvedel. Zagotoviti je treba zaščito pacientov, potrebno je aktivirati javnost in ustvariti široko javno razpravo.

Zaradi vseh teh vprašanj je Forum v zvezi s to temo sprejel **izjavo**, ki se glasi:

Evropski forum zdravniških organizacij in



Svetovne zdravstvene organizacije na svojem letnem srečanju v Budimpešti 21. in 22. aprila 2006

ugotavlja nenehne dejavnosti za uvajanje sistemov za elektronski zapis in baze podatkov na področju zdravstvenega varstva v povezavi s sistemom bolniške dokumentacije in njihovo povezovanje na nacionalni ravni ter tudi preko meja;

kljub zavedanju o potencialnih prednostih takšnih pobud

izraža svojo zaskrbljenost, da taki predlogi lahko povzročijo velika etična, pravna in druga vprašanja, tako za zdravnike kot tudi za posamezne državljane (njihove paciente), in da je vodenje teh pobud v veliki meri prepuščeno tehničnim strokovnjakom, navdušencem in drugim zainteresiranim s pomanjkanjem posvetovanja z večino tistih, ki nudijo zdravstvene storitve ali jih sprejemajo;

poziva vsa nacionalna zdravniška združenja, da izrazijo svoje zavedanje o pomembnosti teh predlogov in da naredijo vse, kar je v njihovi moči, da v razpravah o uvajanju novih tehnologij za dokumentacijo bolnikov in ustvarjanje podatkovnih baz zaščitijo načela posebnega odnosa zdravnik - pacient.

Sodelovanje med zdravniki in farmacevtsko industrijo ♦

V nadaljevanju sta dr. Lemye iz Belgije in ga. Malke Borow iz Izraela govorila o sodelovanju med zdravniki in farmacevtsko industrijo. Dr. Lemye je povedal, da je bil podpisan dogovor med CPME (Comité Permanent de Médecins Européens) in farmacevtsko industrijo (EFPIA), ki naj bi postavil temelje za prihodnje sodelovanje. Zdravniki pričakujejo vedno nova zdravila za zdravljenje bolezni. Gotovo je, da farmacevtska industrija želi delovati dobičkonosno, vendar ob tem pomaga zdraviti bolezni; za razliko od tobačne industrije, ki dosega dobiček s tem, da povzroča bolezni. Vlade vsekakor želijo zmanjšati stroške za zdravila s tem, da delujejo proti farmacevtski industriji, omejujejo predpisovanje in povečujejo odgovornost zdravnikov, ki zdravila predpisujejo. Kakšne so lahko posledice za pacienta: pacienti kasneje pridejo do novih zdravil; nova zdravila niso dosegljiva vsem; izvajajo se pritiski na zdravnike, da bi predpisovali poceni zdravila in generike (klinična avtonomija zdravnikov je kompromitirana; nastaja konflikt interesov med zdravniki in njihovimi pacienti; zaradi racionalizacije je zdravljenje podaljšano, kar povzroča nove stroške in slabše rezultate). Ob skupni deklaraciji o etičnem odnosu med zdravniško stroko in farmacevtsko industrijo so bile sprejete smernice o sodelovanju med zdravniki in farmacevtskimi podjetji, ki je pomembno in potrebno v vseh stopnjah razvoja in uporabe zdravil: za izmenjevanje znanja; za zagotovitev varnosti pacientov; za podporo učinkovitosti zdravljenja. Sodelovanje mora sloneti na visokih etičnih standardih, da se spoštujejo profesionalna etika obeh strani, da se zagotovijo pravice pacientov in da se spoštujejo pričakovanja družbe. Sodelovanje mora biti absolutno pregledno, ker se le na ta način lahko zagotovi kredibilnost, izloči konflikt interesov in zagotovi varnost pacientov. Farmacevtska industrija mora podajati resnične in natančne podatke o zdravilih skupaj z najnovejšimi informacijami. Industrija ne sme ponujati neupravičenega gostoljubja ali dragih daril oziroma koristi zdravnikom, ti pa takšnih daril oziroma koristi ne smejo sprejemati in morajo redno poročati o stranskih učinkih zdravil. Posebna določila so tudi o organiziranju in sponzoriranju srečanj s strani farmacevtske industrije ter o kliničnih raziskavah. Ta skupna deklaracija zagotavlja, da se bosta obe strani trudili uveljavljati njeno vsebino, in lahko služi kot okvir in smernice tako na evropski ravni kot tudi na posamezni nacionalni ravni. V razpravi je dr. Otmar Kloiber, generalni tajnik Svetovnega zdravniškega združenja (WMA),

poudaril, da vlade pritiskajo na zdravnike, da bi predpisovali poceni zdravila, in da se to mora enkrat nehati, ker se že postavlja vprašanje, ali bomo zdravniki še obdržali svojo avtonomijo in ali bomo lahko še delovali v korist pacienta.

Samomor in depresija na Madžarskem ♦

Popoldanski sklop predavanj prvega dne sta zaključila s svojima predstavitevma prof. Rihmer ter dr. Frecska, psihiatra iz Budimpešte. Govorila sta o velikem problemu na Madžarskem, in sicer o visokem deležu samomorov. Predstavila sta analize tega problema ter načine, s katerimi ga poskušajo omejiti. Opozorila sta na to, da je samomor v veliki meri povezan z visokim deležem depresij ter da je za preprečevanje samomorov potrebno bolj aktivno zdravljenje depresij.

Akcijska skupina za tobak (TAG) ♦

Drugi dan sem kot predsednik Akcijske skupine za tobak (TAG) podal poročilo o njenem delovanju. Zaradi prenehanja delovanja Tobacco Control Resource Centra, ki je deloval v okviru BMA, je nastal tudi zastoj v delovanju te skupine. Nacionalnim zdravniškim združenjem (NMA) sem postavil nekaj vprašanj, kot prvo, ali takšno skupino EFMA še potrebuje. Poudaril sem, da je tobak še vedno izredno velik zdravstveni problem v Evropi, saj je vodilni dejavnik tveganja za prezgodnjo umrljivost v evropski regiji in povzroči v tej regiji okoli 1,6 milijona smrti na leto. Kljub vsem ukrepom še vedno kadi tretjina prebivalcev Evrope. Zdravniki in njihove zdravstvene organizacije se velikokrat ne zavedajo dovolj vseh teh nevarnosti, nanje pa poskuša vplivati tobačna industrija z zavajajočimi informacijami in sporočili. V razpravi, ki je sledila, se je pokazalo, da je interes NMA in EFMA kot celote za nadaljnje delo skupine še vedno zelo velik. Zaradi tega sem sklical sestanek TAG, na katerem smo se dogovorili, da vsaka NMA predlaga nekoga iz svojih vrst, ki bi se ukvarjal s področjem tobaka, in da se organizira okvirna mreža kolegov, povezanih preko interneta. TAG lahko na ta način širi informacije in podpira aktivnosti v posameznih NMA. V smislu okvirnega sodelovanja med EFMA in SZO, ki naj bi bilo v prihodnje zastavljeno na skupnih projektih, je eden pomembnih projektov lahko prav področje tobaka.

Pandemije in pripravljenost zdravniških združenj ♦

Izjemno pomembna sekcija je nosila naslov "Nevarnosti za zdravje: sistem zgodnjega

opozarjanja in odgovora v Evropi – vloga zdravniških združenj". Glavna predavateljica sta bila dr. Zsuzsanna Jakab, direktorica Evropskega centra za preventivo in kontrolo nalezljivih bolezni (ECDC), ter dr. Guenael Rodier, posebni svetovalec za nalezljive bolezni pri SZO. Predstavila sta nevarnosti, povezane z zadnjimi epidemijami, posebej glede ptičje gripe, možen nastanek pandemij ter priprave nanje. Med 15. in 17. majem letos bo potekala Evropska konferenca o pripravah na pandemijo v organizaciji ECDC, EU in SZO. Predstavnik EFMA je bil uradno povabljen, da prisostvuje konferenci. Obe predavanji je komentiral dr. Otmar Kloiber, generalni tajnik WMA, ki je menil, da zdravniki in zdravniške organizacije nismo pripravljeni na pandemijo. Če bo do nje prišlo, bodo zbolevali tudi zdravniki in člani njihovih družin, zato so potrebne kontinuirane priprave v zdravniških združenjih. Pojavi se lahko kaos v javnosti in zdravniških vrstah. Če ne bomo pripravljeni, nas bodo zaradi tega krivili. Pomembna je vloga vlad, ki ne morejo samo odrediti, kaj naj se naredi, ampak tudi finančno podpreti priprave. Kadar se razpravlja o boleznih živali, ki se lahko prenesejo na ljudi in lahko vplivajo na človekovo zdravje, se tudi v EU razpravlja velikokrat zgolj na kmetijski in veterinarski ravni, v ustanovah in uradih, ne vključuje in ne upošteva pa se dovolj zdravnikov, ki so odgovorni za javno zdravje. Ti morajo kot medicinski strokovnjaki voditi skrb za zdravje ljudi.

Varnost pacientov ♦

Naslednja pomembna tema, ki smo jo obravnavali že na lanskem forumu, je bila varnost pacientov. Svoje predavanje sta imeli ga. Lisette Tiddens, generalna tajnica CPME, ter dr. Beth Lilja Pedersen, direktorica Danskega združenja za varnost pacientov. Prva je poudarila, da je varnost pacientov ena od prednosti v okviru ciljev CPME za doseganje visokih standardov medicinskega izobraževanja, da bi se dosegla visoka kakovost zdravstvenega varstva ljudi v Evropi. Omenila je tudi "nekrivdni" kompenzacijski sistem in njegovo vlogo pri varnosti pacientov ter predstavila Luksemburško deklaracijo o varnosti pacientov, ki je bila sprejeta aprila lanskega leta. Predstavnica danskega združenja je govorila o izgradnji sistema za varnost pacienta na Danskem ter prikazala nekaj konkretnih primerov.

Predstavitev dogajanj v posameznih državah ♦

Zaključno popoldne foruma je bilo namenjeno predstavitvam zdravstvenih reform ali določenih sprememb v posameznih državah. Predstavili so se Albanija, Nemčija, Kazahstan,

Hrvaška in Velika Britanija. Izjemno zanimiv je bil prispevek dr. F. Montgomeryja iz Nemčije, ki je kot glavni organizator letošnje zdravniške stavke imel kar neke vrste "učno delavnico", kako organizirati zdravniško stavko. Navedel je razloge, zakaj je prišlo do stavke. V medijih so namreč predvsem poudarjali, da zahtevajo zdravniki zase več denarja, resnica pa je bila, da so želeli predvsem boljše delovne pogoje, in kot je poudaril, "da si nemški zdravniki želijo, da

lahko delajo in da delajo z veseljem in užitkom". Povedal je, na kaj vse je treba biti pozoren in kako pomembno je pravilno obveščanje javnosti ter korektna komunikacija z mediji. Tako jim je uspelo pridobiti 80-odstotno podporo javnosti. Pomembno je jasno opredeliti cilje, organizirati urgentno službo in imeti za sabo javnost, medije in svoje kolege.

Forum je zaključil s svojim delom v poznih popoldanskih urah s sprejetjem izjave v zvezi

z elektronskim zapisovanjem zdravstvenih podatkov pacientov ter predstavitev organizatorja foruma EFMA 2007. Dr. Nunes je kot predstavnik organizatorja podal nekaj novosti: kot že zapisano, naj bi srečanje odprl predsednik Evropske komisije g. Barroso; število delegatov naj bi bilo neomejeno in ne bi bilo več omejeno na dva predstavnika iz vsakega nacionalnega zdravniškega združenja, povabili pa bi tudi predstavnike iz neevropskih držav. ■

Delovno šesto spominsko srečanje

Helena Turk

Kranjska Gora je od 6. do 8. aprila 2006 gostila šesto spominsko srečanje dr. Janija Kokalja.

Srečanje nosi ime po zdravniku, ki je pred slabim desetletjem tragično preminil v helikopterski reševalni vaji. Letošnje Kokaljeve dneve je organiziralo Združenje zdravnikov družinske medicine v sodelovanju z Osnovnim zdravstvom Gorenjske - ZD Jesenice, Katedro za družinsko medicino MF v Mariboru, Katedro za družinsko medicino MF v Ljubljani in Zavodom za razvoj družinske medicine.

V zasneženi Kranjski Gori, v hotelu Larix, se je letos zbralo več kot 200 zdravnikov in zdravstvenih delavcev. Zanje so organizatorji pripravili sedem tematskih sklopov, možnost praktičnega dela v skupinah in poskrbeli za družabne dogodke.

V prvem sklopu smo se seznanili s poškodbami rame in bolečo ramo. Asist. mag. Janez Podobnik, dr. med., je v uvodu prikazal funkcionalno anatomijo rame in opozoril na mesta, kjer se najpogosteje srečamo s patologijo v tem predelu. Nadaljevala je Marjeta Zupančič, dr. med., s pregledom možnih poškodb rame, njihovo diagnostiko in vlogo zdravnika družinske medicine pri njihovi obravnavi. Janko Čakš, dr. med., nam je prikazal nekaj primerov boleče rame. V zaključku sklopa nas je prim. mag. Aleš Demšar, dr. med., seznanil z



Vaje postopkov oživljanja (foto: Janko Kersnik)

rehabilitacijo bolnikov z bolečo ramo, ponudil protokol rehabilitacije bolnikov in poudaril potrebo po boljšem sodelovanju med zdravniki in fizioterapevti.

Drugi sklop je odprl mag. Drago Brilej, dr. med., s prispevkom o poškodbah mehkih tkiv ramenskega obroča. Izpostavil je izpah nadlahtnice, poškodbo akromioklavikularnega

sklepa in rotatorne manšete. V nadaljevanju je prim. Miodrag Vlaović, dr. med., predstavil prispevka o zlomu proksimalnega humerusa in ključnice ter nas seznanil z novo metodo zdravljenja kompresijskih zlomov vretenc – balonsko kifoplastiko. Asist. Lidija Plaskan, dr. med., je predstavila načela rehabilitacije pri bolnikih po poškodbi rame.

V tretjem sklopu nam je Alenka Nadler Žagar, dr. med., prikazala utesnitvene sindrome in tendinopatije, ki jih najpogosteje srečuje v svoji ambulanti. Mihael Kovač, dr. med., je opozoril na številne možne tendinitise roke in podlakti ter izpostavil najpogostejše, kot sta npr. de Quervainova bolezen in tendinitis tetiv upogibalk prstov (trigger finger). Janez Pšenica, dr. med., je predstavil utesnitvene sindrome perifernih živcev roke, med katerimi je daleč najpogostejši sindrom zapestnega prehoda. Asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., nam je nazorno predstavil nevropatsko bolečino, s katero se družinski zdravniki pogosto srečajo (bolniki s sladkorno boleznijo), in predstavil možnosti zdravljenja. S sodobnim pristopom k diagnosticiranju in zdravljenju nevropatske bolečine nas je seznanil doc. dr. Marjan Zaletel, dr. med.

Četrty sklop je obravnaval poškodbe na terenu. Doc. dr. Štefek Grmec, dr. med., nam je predstavil uporabo vazopresina in njegove potencialne prednosti pri srčnem zastoju. V prispevku o pasteh pri pregledu in ocenjevanju meritev pri hudi poškodbi na terenu je opozoril na veliko število spregledanih poškodb na terenu, katerih incidenca znaša med 2 in 50



Udeleženci med spremljanjem programa
(foto: Janko Kersnik)

odstotki. Sklop je sklenil Štefan Mally, dr. med., s prispevkom o poškodbah sečil in spolovil.

V nadaljevanju srečanja so potekale vaje po skupinah. Udeleženci so vadili temeljne in dodatne postopke oživljanja odraslih in otrok, se seznanili s periferno vensko potjo, uporabo PEDIPAC-a, zajemalnih nosil, KED in vakuumskih opornic.

V šestem sklopu nam je Vojislav Ivetić, dr. med., pripravil nazoren pregled medicinsko nepojasnjenih stanj in anksiozno-depresivnih

motenj ter opozoril na pogosto sočasno pojavljanje obeh stanj. Prof. dr. Marga Kocmur, dr. med., je nadaljevala s prispevkom o povezavi med depresijo, anksioznostjo in bolečino. O splošnih načelih zdravljenja z antidepresivi je govoril prim. Andrej Žmitek, dr. med., in poudaril pomembnost nadaljevalnega oziroma vzdrževalnega zdravljenja depresije, da bi se izognili prehitremu ponovnemu pojavu depresivne simptomatike. V zaključku sklopa je Katja Lah, dr. med., predstavila posebnosti obravnave bolnikov z anksiozno-depresivno motnjo v urgentni ambulanti.

V zadnjem sklopu je Marko Drešček, dr. med., prikazal dva zanimiva primera bolnikov z boleznijo ščitnice iz ambulate družinskega zdravnika. Nadaljevala je dr. Katja Zaletel, dr. med., ki je nazorno predstavila bazedovko in opozorila na povezavo med izbranim zdravnikom, tirologom in oftalmologom pri obravnavi bolnikov s to boleznijo. O epilepsiji je spregovoril prim. mag. Boštjan Čebular, dr. med., in poudaril pomen ustreznega zdravljenja epilepsije pri ženskah v rodni dobi. Srečanje je sklenila doc. dr. Mojca Z. Dernovšek, dr. med., s prispevkom o protiepileptičnih zdravilih in njihovem učinku na stabilizacijo razpoloženja.

Sodeč po odzivih udeležencev, so bili s srečanjem zelo zadovoljni, za kar gre zahvala njim samim, predavateljem in organizatorjem, z doc. dr. Jankom Kersnikom, dr. med., na čelu in ostalimi: Vojislavom Ivetićem, Majo Pelcl, Markom Dreščkom, Jožetom Prestorjem in Heleno Turk. ■



Ali Evropi grozi epidemija kazalcev kakovosti?

Janko Kersnik

Od 27. do 29. aprila 2006 sem se udeležil srečanja Delovne skupine za kakovost v družinski medicini na obrobju 10-milijonskega Carigrada v Turčiji, natančneje v izobraževalnem centru ene izmed 38 medicinskih fakultet blizu mesteca Sile ob Črnem morju.

Delegati 21 držav smo predstavili svoja poročila o polletnem dogajanju na področju kakovosti v družinski medicini v svojih okoljih. Skupni imenovalec vseh poročil so bili kazalci kakovosti. Poučeni na področju kakovosti veste, da so kazalci kakovosti eden izmed elementov druge stopnje kroga kakovosti, tj. pri izbiri ciljev (1). Kazalec kakovosti je merljivi del (prvina) zdravstvene oskrbe, za katerega je dokazano (znanstveno – z raziskavami) ali zanj velja splošno soglasje, da odraža kakovost pogojev in postopka oskrbe ter ga zato lahko uporabimo za oceno kakovosti in s tem oceno nastalih sprememb v kakovosti. Biti mora pomemben za izid oskrbe (npr. prijaznost zdravnika, izvajanje postopkov oskrbe) ali pa je to zaželeni izid oskrbe sam po sebi (npr. zadovoljstvo bolnika z delom zdravnika, zdravstveno stanje itn.). Biti mora opredeljen ali merljiv (npr. odstotek bolnikov, ki so zadovoljni z delom zdravnika, odstotek bolnikov z urejenim krvnim tlakom itn.). Z izboljševanjem kakovosti dela ga je

možno spreminjati.

Kakor pa kaže razvoj dogodkov, so politiki kot tolikokrat doslej pot spremenili v cilj, metodo za izboljševanje kakovosti v orodje za nadzor oziroma rangiranje in nagrajevanje ali kaznovanje izvajalcev. V Izraelu zbirajo kazalce na področju sladkorne bolezni, srčno-žilnih bolezni, srčnega popuščanja, duševnih motenj in kajenja ter v ta namen prilagajajo elektronski zdravstveni karton, da bi bilo delo čim bolj avtomatizirano. Švedski inštitut za družinsko medicino za vlado vodi zbirko podatkov okoli 50 kazalcev kakovosti. Na Danskem nova pogodba vključuje kazalce kakovosti vodenja kroničnih bolnikov na modelu sladkorne bolezni. Na Irskem zaenkrat zbirajo kazalce na področju sekundarne preventive po srčno-žilnih dogodkih. V Romuniji je zaenkrat poudarek na kazalcih vodenja hipertonicov. V Belgiji zbirajo kazalce na področju sladkorne bolezni. V Španiji bo 10 odstotkov plače zdravnika odvisne od doseganja ciljev kazalcev kakovosti. Uspelo jim je vzpostaviti nacionalni elektronski zdravstveni karton bolnika, do katerega imajo

dostop vsi, ki so v mreži zdravstvenega varstva. Svojevrstni fenomen predstavlja Velika Britanija, kjer je pogodba vezana na izpolnjevanje kar 137 kazalcev kakovosti, ki so ocenjeni s 1000 točkami. Doseganje zastavljenih ciljev prinaša večji prihodek. Ker so v preteklem letu zdravniki družinske medicine po oceni britanskega ministrstva za zdravstvo cilje preveč zlahka dosegli, so v letošnji pogodbi precej pogojev zaostri. Znižali so ciljne vrednosti nekaterih parametrov in dodali tudi devet novih področij: srčno popuščanje, paliativno oskrbo, demenco, depresijo, ledvično odpoved, atrijsko fibrilacijo, debelost, motnje učenja in kajenje. Zanimiva je predvsem odločitev, da je spirometrija z letošnjim letom neizogibna preiskava v vsaki angleški splošni ambulanti, za kar si ob podpori uglednih slovenskih pulmologov prizadevamo tudi v Sloveniji. Za vse bolezni pod nadzorom morajo vsi zdravniki družinske medicine voditi registre bolnikov. V večini drugih držav si zaenkrat kazalce še bolj ogledujejo ali pa zbirajo na prostovoljni ravni. Zanimive so slovenske reakcije na pogodbeno obveznost posredovati ščepec podatkov za 50 hipertonicov. Vsi skupaj lahko s strahom pričakujemo, kaj nam bo v prihodnje prinesla poplava kazalcev kakovosti.

Pojavljajo se tudi vedno večji pritiski na zdravnike na drugih področjih. V številnih državah prihaja do nesoglasij med zdravniki družinske medicine in oblastjo, zato zdravniki družinske medicine v Švici, na Portugalskem, v Nemčiji in v Španiji demonstrirajo oziroma stavkajo. V Švici se spopadajo s problemom razdrobljenega zasebnstva, prevlado kliničnih specialistov in z dolgoletnim arogantnim odnosom oblasti do družinske medicine, ki ji niso omogočili ustreznega akademskega in strokovnega razvoja, kar se kaže v pomanjkanju zanimanja zdravnikov za delo na tem strokovnem področju. Številni zdravniki družinske medicine so ob upokojitvi preprosto prisiljeni zapreti in prodati svoje ordinacije, ker ni naslednikov. Posebno kritično je v odročnih krajih na podeželju. Pomemben



Turška delegata v EQuipu in predsednica turškega Združenja zdravnikov družinske medicine

vzrok demonstracij je tudi zniževanja nadomestil za laboratorijske storitve, ki jih priznajo švicarske zavarovalnice. Na Portugalskem so izvedli tridnevno stavko, ker vlada načrtuje razpustitev velikih zdravstvenih domov v skupinske prakse, zadolžene za 4000 do 14.000 prebivalcev. Zmanjšali bodo tudi delovne skupine na enega zdravnika, eno medicinsko sestro in 2/3 administrativnega delavca. Osnova proračuna bo glavarina in doseganje kazalcev dostopnosti, števila opravljenih storitev in dodatno plačilo za dodatne storitve, kot je npr. oskrba ran, mala kirurgija ipd. V



Možganska vihra – rezultati zbiranja idej

Nemčiji stavkajo enkrat na četrtoletje zaradi nižjih prihodkov, ki so posledica zadnjih sprememb v pogodbah z zavarovalnicami. Španski zdravniki družinske medicine stavkajo zaradi preobremenjenosti ob naraščanju prebivalstva in enakih sredstvih za zdravstveno varstvo. Avstriji si svojega nezadovoljstva zaenkrat še ne upajo pokazati javno.

Na Finskem se soočajo z vedno manjšim številom zdravnikov, ki bi želeli delati v družinski medicini, zato so za svoje zdravstvene domove uvedli telefonsko triažo, ki jo izvajajo usposobljene medicinske sestre. Tudi na Češkem se napoveduje kriza, saj številni starajoči se zdravniki družinske medicine nimajo naslednikov, ker je zanimanje za družinsko medicino skromno. Na Nizozemskem je po reformi s 1. 1. 2006 kar 30 odstotkov zavarovancev zamenjalo svojo zdravstveno zavarovalnico, zato le-te že četrte mesec zamujajo s poravnavanjem obveznosti do zdravnikov. Tržni sistem prinaša negotovost in nezaupanje. Norveška na hitro spominja na Slovenijo, kjer stanovska organizacija zdravnikov v nasprotju z združenjem zdravnikov družinske medicine nasprotuje spremljanju kakovosti, saj jo predvsem zanima zaslužek njenih članov. Na Irskem in v Španiji se soočajo s spreminjanjem zdravstvenih oblasti, ki se vedno bolj centralizirajo.

Pozitivne informacije prihajajo iz Romunije, kjer so podobno kot v Španiji vzpostavili nacionalno zdravstveno omrežje, ki upošteva

sodobne protokole varne izmenjave podatkov (2). Zaradi mlačnosti slovenske zdravstvene politike in privilegiranosti sekundarne in terciarne ravni že 15 let čakamo na slovensko zdravstveno omrežje, kar je s pridom izkoristil ZZZS in za javna sredstva vzpostavil svoj paralelni sistem, ki razvojno predstavlja slepo črevo in zaradi nedomišljenosti predstavlja vedno večjo dodatno obremenitev za vse zdravstvene delavce, namesto da bi nam olajšal delo in skrajšal postopke. V Latviji, na Poljskem in na Češkem zaenkrat glavno pozornost posvečajo še vedno predvsem izobraževanju in motivaciji za kakovostno delo. Tudi ocenjevanje splošnih ambulant, pri nas znano pod kratico EPOKSA (3, 4), postaja del akreditacije splošnih ambulant v Avstriji, Nemčiji in na Nizozemskem. Skupnim kazalcem so dodali še nekaj specifičnih, kar nameravamo storiti tudi v Sloveniji, če bomo naleteli na posluh sedanjih nosilcev strokovnega nadzora s svetovanjem.

V Turčiji, državi gostiteljici, se je v zadnjih 80 letih prebivalstvo z 12 povzpelo na 68 milijonov. Družine imajo v povprečju po 2,5 otroka, zato tudi starostna piramida odgovarja mlademu prebivalstvu. Srčno-žilne bolezni tako k skupni umrljivosti prispevajo "le" 48 odstotkov, rakave bolezni 13 odstotkov, z 9 odstotki predstavljajo pomemben delež infekcijske bolezni in s kar 6 odstotki vzroki zaradi nosečnosti in poroda. Leta 1827 je bila ustanovljena prva sodobna medicinska fakulteta, danes jih imajo 48. Leta 1871 so bili v Turškem cesarstvu uvedeni regionalni zdravniki, ki so svoje delo nadaljevali še bolj organizirano tudi po letu 1923, ko je bila ustanovljena moderna sekularna Republika Turčija. Ustanovili so centre za tuberkulozo, sifilis, trahom in malarijo s posebej usmerjenimi zdravniki. Zanimiv anahronizem je, da kljub temu, da malarije v Turčiji kot endemične bolezni ne poznajo več, še vedno obstajajo zdravniki za malarijo. Gre za tipičen problem številnih držav, vključno s Slovenijo, ki se ne znajo posloviti od nepotrebnih ali preživelih oblik organiziranosti in specialnosti. Že leta 1947 so uvedli specializacijo in zdravnike za splošno medicino, ki pa je iz ne povsem jasnih razlogov leta 1955 usahnila in specialisti splošne medicine so se prespecializirali v druge stroke. Desetletje med 1950 in 1960 je bilo obdobje velikega razmaha bolnišnične dejavnosti. Pomemben je Zakon št. 224 iz leta 1961, ki je 17 let pred Alma-Ata predpisal ustanovitev osnovnozdravstvenih delovnih skupin v sestavi zdravnik, medicinska sestra in patronažna medicinska sestra. V 8.000 centrih po vsej državi je tako delalo 15.000 zdravnikov. Z letom 1983 je bila ponovno spreminjena zakonodaja. Z letom 1985 so začeli izvajati specializacijo iz družinske medicine,

1990 je bilo ustanovljeno Turško združenje zdravnikov družinske medicine, od 1993. so začeli ustanavljati katedre družinske medicine. Trenutno ima katedro za družinsko medicino 38 medicinskih fakultet od 48. Razmerje med zdravniki in zdravnicami je 50 : 50, med študenti pa je 52 odstotkov žensk in 48 odstotkov moških. Letno konča študij 5000 diplomantov. Zdravniki na podeželju zaslužijo nekaj več kot v večjih središčih. Za okoli 25.000 zdravnikov, ki so začeli delati v vmesnem obdobju, ko ni bilo obvezne specializacije, izvajajo širok regionalni program specializacije iz dela.

Na srečanju smo obravnavali pomen Evropske definicije zdravnika družinske medicine (5) za izbiro prednosti na področju kakovosti našega dela. Aktivneje bomo sodelovali pri njenih nadaljnjih revizijah in pripravili kazalce, ki bodo merili kakovost posameznih dimenzij dela zdravnika družinske medicine. Precej časa smo namenili zrelosti oceni delovanja delovne skupine v osnovnem zdravstvu (4, 6). Elwyn Glyn iz Cardiffa iz Walesa nas je vodil skozi postopek nastajanja novega mednarodnega instrumenta, ki omogoča notranjo oceno in omogoča skupinsko obravnavo in izboljševanje kakovosti. Po možganski vihri bo sledilo delo s pomočjo nominalnih skupin v posameznih državah, ki bo pripeljalo do osnutka instrumenta.

Izobraževalni center je skrbno negovana imitacija številnih kulturnih in naravnih znamenitosti Male Azije ter je nudil prijetno okolje za bivanje in delo. Relativna oddaljenost centra Carigrada, izjemna prometna obremenjenost cest in pomanjkanje časa niso dopuščali ogleda tega velikanskega mesta, ki je skozi zgodovino pomembno vplivalo tudi na slovensko ozemlje. Med drugim sem ugotovil, da beseda nakit izhaja iz turške besede za gotovino. ■

Literatura:

1. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998.
2. <http://www.eurorec.org/>
3. <http://www.ru.nl/topas-europe/index.php?idcat=1>
4. Engels Y, Dautzenberg M, Campbell S, Broge B, Boffin N, Marshall M, Elwyn G, Vodopivec-Jamsek V, Gerlach FM, Samuelson M, Grol R. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):137-47.
5. ALLEN, Justin. *Evropska definicija družinske medicine : [bistvene lastnosti družinske medicine, vloga zdravnika družinske medicine in opis temeljnih znanj in veščin zdravnika družinske medicine : pripravljeno za Evropsko združenje zdravnikov družinske medicine, 2002]*. (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2004.
6. Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, Grol R. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care*. 2004 Aug;13(4):287-94.

1. posvet o kronični koronarni bolezni

Iztok Gradecki

Dne 8. aprila 2006 je potekal v veliki predavalnici Visoke šole za upravljanje in poslovanje v Novem mestu 1. posvet o kronični koronarni bolezni.

V slovenskem prostoru imamo redno letno srečanje na Bledu, posvečeno akutnim zapletom koronarne bolezni, ki je uveljavilo nova spoznanja, pristope in načine zdravljenja ter tako izboljšalo zdravljenje teh bolnikov v Sloveniji. Številna udeležba na teh srečanjih nam je bila v spodbudo, da organiziramo posvet o kronični koronarni bolezni. Bolnikov s kronično koronarno boleznijo je zelo veliko in le nekateri od njih bodo doživeli akutni koronarni zaplet, zato morajo zdravniki, ki se srečujejo s temi bolniki, tudi pri njihovi obravnavi upoštevati nova spoznanja, pristope in načine zdravljenja. To je pomembno tako za razvoj kardiologije kot za učinkovito porabo sredstev zdravstvene blagajne.

Med boleznimi srca in ožilja, ki ostajajo pri nas in v svetu vodilni vzrok umrljivosti, je najpogostejša stabilna angina pectoris (AP), zato je bil prvi posvet o kronični koronarni bolezni posvečen prav njej. Pomen posveta je določil minister mag. Andrej Bručan s svojim govorom ob odprtju posveta, v katerem je združil znanje izkušenega kardiologa z obzorji, ki mu jih omogoča položaj ministra za zdravje.

Po odprtju so sledila jutranja predavanja, ki jih je vodil prof. dr. Peter Rakovec. Najprej nam je izr. prof. dr. Dean Ravnik v svojem predavanju orisal anatomijo koronarnega žilja in zelo nazorno prikazal razlike pri prevladi posamezne koronarne arterije. Sledilo je predavanje doc. dr. Matjaža Bunca o fiziologiji in patofiziologiji koronarnega žilja, ki je smiselno dopolnilo predhodno predavanje. Za duhovit uvod v klinično obravnavo bolnika je poskrbel Janez Resman, dr. med., s predavanjem o klinični sliki in telesnem pregledu bolnika s stabilno AP. Laboratorijske preiskave pri takem bolniku je razložil Stojan Kariž, dr. med., nadaljeval je asist. mag. Martin Tretjak s predavanjem o elektrokardiogramu in dinamični elektrokardiografiji. Podrobno predavanje o obremenitvenem testiranju bolnika s stabilno AP sta pripravila prim. Mirko Bombek in Tanja Gulič, dr. med. Jutranja predavanja je z izostrenim kliničnim občutkom dopolnil prim. asist.



Govor ministra mag. Andreja Bručana ob odprtju posveta

Ludvik Puklavec s predavanjem o nuklearnih preiskavah pri bolniku s stabilno AP.

Dopoldanska predavanja, ki jih je namesto poškodovanega prof. dr. Igorja Kranjca vodil prof. dr. Peter Rakovec, smo začeli s predavanjem Iztoka Gradeckija, dr. med., o ehokardiografskih preiskavah pri bolniku s stabilno AP. Zadnje predavanje o slikovnih preiskavah pri bolniku s stabilno AP je imel asist. mag. Pavle Berden, ki je govoril o uporabi preiskav RT in MRI. Koronarografsko preiskavo pri bolniku s stabilno AP je predstavil asist. Vojko Kanič, preventivne ukrepe in nemedikamentozno zdravljenje pa asist. mag. Danica Rotar Pavlič. Zdravljenje bolnika s stabilno AP z zaviralci receptorjev beta je predstavila mag. Nanika Škrabl, z inhibitorji angiotenzinske konvertaze in zaviralci receptorjev angiotenzina pa prim. dr. Matjaž Klemenc. Zanimivo predavanje o zdravljenju z nitrati, timetazidom in ivabradinom je imel doc. dr. Bojan Vrtovec, o statinih in drugih antilipemičnih zdravilih pa izr. prof. dr. Mišo Šabovič.

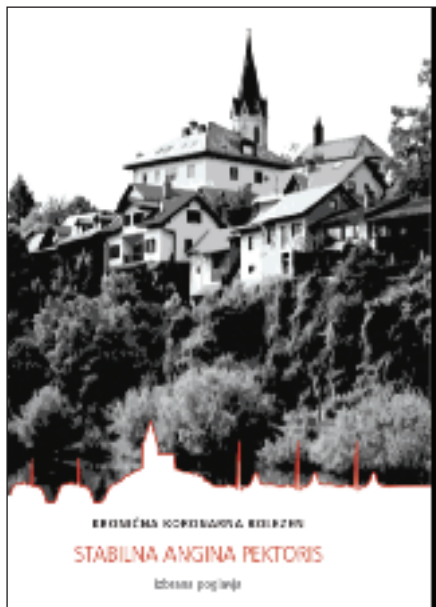
Popoldanska predavanja je začel doc. dr. Igor Zupan s predavanjem o malignih arit-

mijah pri bolniku s stabilno AP, nadaljeval pa asist. Vojko Kanič o antiagregacijskih zdravilih. Vse udeležence sta pritegnili naslednji daljši predavanja: najprej prim. Darka Zorman o zdravljenju s perkutanimi koronarnimi posegi in nato še predavanje o kirurškem zdravljenju bolnika s stabilno AP asist. Ivana Kneževiča. Z rehabilitacijo bolnika s stabilno AP nas je seznanila Sonja Vidovič Rauter, dr. med.

Z vodenjem zdravljenja bolnika in njegovo prognozo nas je v svojem predavanju, prepletenem z lastnimi izkušnjami, seznanil Marko Gričar, dr. med. Gabrijela Dšuban, dr. med., je imela odmevno predavanje, v katerem nas je podrobno seznanila z načinom in postopki ocene delovne zmožnosti in telesne okvare pri bolnikih s stabilno AP.

Plenarno zasedanje smo začeli z odgovori na vprašanja udeležencem in ob tem se je razvila zanimiva razprava. Sledil je še sprejem priporočil za obravnavo bolnika s stabilno AP, ki bodo kasneje izšla v priročni žepni obliki za vsakdanjo rabo.

V zadnjih letih smo priče novih spoznanj o patogenezi aterosklerotične bolezni, o



Naslovna stran zbornika

diagnostičnih metodah, zdravljenju z novimi zdravili, načinih revaskularizacije miokarda. V predavanjih so bila zajeta nova spoznanja, ki so se uveljavila v sodobni klinični praksi pri obravnavi bolnikov s stabilno AP. Zbornik, ki ga je prejel vsak udeleženelec, povzema vsebino vseh predavanj. Udeleženci so izbrali temo naslednjega posveta, ki bo obravnavala zelo pomembno obdobje koronarne bolezni oziroma bolnika s koronarno boleznijo. Naslov teme je Od miokardnega infarkta do srčnega popuščanja.

Posvet je bil klinično usmerjen, da bi zdravniki lažje osvojili nova spoznanja in pridobili znanje za vsakodnevno delo z bolniki.

Pravilnost te odločitve potrjuje udeležba na posvetu, 200 udeležencev, izrazi zadovoljstva in njihove pohvale. Zanimanje za posvet je preseglo vsa, tudi najbolj optimistična pričakovanja in se zato vsem, ki so se hoteli posveta udeležiti, a smo jih morali zavrniti, iskreno opravičujemo.

Cilj posveta je izboljšanje in poenotenje obravnave bolnikov s stabilno AP v skladu z načeli

dobre klinične prakse v Sloveniji. Prvi posvet je gotovo prvi korak na dolgi poti do tega cilja, ki ga lahko dosežemo le zdravniki, združeni v naporih na poti do cilja. Z dodeljenimi šestimi kreditnimi točkami udeležencem, veljavnimi za podaljšanje licence, je naša prizadevanja potrdila Zdravniška zbornica Slovenije.

Zahvaljujemo se vsem avtorjem za pripravo prispevkov in sodelovanje na posvetu, profesorjema Petru Rakovcu in Miranu F. Kendi za vodenje posveta, recenzentoma doc. dr. Bojanu Vrtovcu in Marku Gričarju, dr. med., Visoki šoli za upravljanje in poslovanje Novo mesto za gostoljubnost v njihovih sodobno opremljenih predavalnicah in spremljajočih prostorih.

Srečanje je podprlo mednarodno podjetje Novartis. Omejena količina zbornika posveta je na voljo pri njihovih strokovnih sodelavcih, objavljen pa bo tudi na spletnih straneh Splošne bolnišnice Novo mesto, prav tako tudi priporočila za obravnavo bolnika s stabilno AP.

Varna uporaba nesteroidnih protivnetnih zdravil in antiagregacijskih zdravil

Gordana Jurkovič

V organizaciji Kliničnega oddelka za gastroenterologijo Kliničnega centra v Ljubljani in farmacevtske družbe Krka, d. d., je v prostorih Krke na Dunajski cesti v Ljubljani 30. marca 2006 potekal interaktivni simpozij o uporabi nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAR) in antiagregacijskih zdravil. Zaradi možnih neželenih učinkov je ta tematika zlasti za zdravnike družinske medicine izjemno pomembna.

V tradicionalno prijetnem vzdušju sta imela uvodni nagovor prof. dr. Borut Štabuc iz KC Ljubljana in gospa Mojca Prah Klemenčič, mag. farm., iz Krke.

Strokovni del interaktivnega simpozija je odprl Matjaž Koželj, dr. med., s predavanjem Neželeni učinki nesteroidnih protivnetnih zdravil (NSAR) in aspirina. NSAR in aspirin, kot najpogostejše uporabljena zdravila, imajo poleg želenih tudi neželene učinke. Raziskave kažejo, da se slednji pojavijo pri kar 20 do 24 odstotkih bolnikov. Najbolj izpostavljen je

gastrointestinalni trakt (GIT), posledice pa so lahko tudi usodne (krvavitve). Želodčna kislina je ključni dejavnik v patofiziologiji gastrointestinalnih neželenih učinkov teh zdravil. Zato je pomembno, kdaj, koliko in za kako dolgo bomo zavrli izločanje želodčne kisline z zaviralci protonске črpalke in s tem bistveno zmanjšali zaplete GIT (krvavitve, predrtje, stenoza).

Seveda je uporaba NSAR in aspirina marsikdaj potrebna in torej upravičena.

Z rednim jemanjem 100 mg aspirina je 20 odstotkov manj možganskožilnih dogodkov (CVI) in 30 odstotkov manj miokardnih infarktov (MI) pri bolnikih s povečanim tveganjem za te dogodke.

Pred dolgotrajnejšim jemanjem aspirina in NSAR je zato potrebna ocena tveganja za pojav neželenih učinkov na GIT. Primerjati moramo koristi in tveganja. Povečano tveganje za pojav neželenih učinkov na GIT imajo bolniki z ulkusno boleznijo v preteklosti, tisti, ki sočasno jemljejo kortikosteroide ali antikoagulantna

zdravila, ter starejši od 65 let. Bolniki z velikim tveganjem so tisti, ki so v preteklosti že imeli krvavitve iz prebavil.

Zaplet ulkusne bolezni doživi od 1 do 4 odstotke bolnikov, ki se trajno zdravijo z NSAR in aspirinom.

Prof. dr. Borut Štabuc je predstavil mednarodne raziskave neželenih učinkov nesteroidnih protivnetnih zdravil in aspirina na prebavila.

Na lestvici vzrokov smrti se na 15. mestu nahajajo zapleti zaradi jemanja NSAR. Najbolj toksična NSAR sta piroksikam in ketoprofen. Varnejši NSAR so ibuprofen, diklofenak in etodolak. Povečanje dnevnega odmerka znatno poveča neželene učinke, le malo pa njihovo učinkovitost. Zaviralci COX-2 so za GIT manj škodljivi, mednarodne raziskave dolgotrajnega jemanja pa kažejo na povečano tveganje za srčno-žilne bolezni. Študiji Omnium in Astronaut sta pokazali, da je zdravljenje z zaviralci protonске črpalke bistveno učinkovitejše od zdravljenja z zaviralci H₂-receptorjev.

Bolniki, ki jemljejo klopido-grel, imajo manj krvavitev GIT kot tisti, ki jemljejo aspirin.

Ob uvedbi NSAR ali aspirina je smiselno uvesti zaščito z zaviralcem protonske črpalke pri vseh bolnikih s povečanim tveganjem za razvoj neželenih učinkov na GIT.

Smiselna je tudi eradikacija *Helicobacter pylori* (HP) pred uvedbo NSAR ali ob dolgotrajnem jemanju aspirina, saj se zmanjša nevarnost nastanka razjede oziroma krvavitve.

Staranje prebivalstva, komorbidnost in sočasno jemanje več zdravil večajo nevarnost zapletov GIT, zato so zaviralci protonske črpalke pomembni tako v preprečevanju kot v zdravljenju zapletov med zdravljenjem z NSAR.



Prim. asist. dr. Borut Kocijančič je v svojem predavanju Krvavitve iz zgornjih prebavil predstavil klinično problematiko najpogostejšega hudega zapleta med zdravljenjem z NSAR ali aspirinom.

Krvavitve zgornjih prebavil je resen zaplet, ki pa ga običajno učinkovito pozdravimo z urgentno endoskopijo, ob kateri po potrebi zaustavimo akutno krvavitev. Le redko so potrebni operativni posegi.

Možnosti, ki jih daje urgentna endoskopija, so:

- ugotovitev aktualne krvavitve,
- izvedba hemostatskih posegov,
- ugotovitev prisotnosti *H. pylori*,
- histološka opredelitev lezije.

V letu 2005 je bilo na Klinični oddelek za gastroenterologijo sprejetih 552 bolnikov s krvavitvijo. Od tega jih je bilo le:

- 12 premeščenih na kirurgijo,
- 5 operiranih.
- zaradi krvavečega ulkusa noben bolnik ni umrl.

Prof. dr. Mišo Šabovič, je s predavanjem Preventiva srčno-žilnih zapletov odprl izjemno pereč problem učinkovitosti in varnosti preventive pri bolnikih s srčno-žilnimi boleznimi.

Zaradi znanih lastnosti aspirina pri preprečevanju srčno-žilnih bolezni (SZB) je vedno potrebno pretehtati med koristnostjo in tveganjem. Korist je največja pri najbolj ogroženih pacientih (nestabilna angina pectoris). Znotraj evropskih priporočil tako

najdemo dve kategoriji ogroženih, pri katerih je priporočeno zdravljenje z aspirinom v primarni preventivi. V framinghamskem modelu gre za vsaj 20-odstotno 10-letno tveganje za srčno-žilni dogodek, predvsem srčni infarkt. Systemic Coronary Risk Evolution (SCORE) pa govori o vsaj 5-odstotnem 10-letnem tveganju za srčno-žilno smrt.

V sklopu sekundarne preventive zdravimo vse bolnike, ki imajo koronarno, karotidno ali periferno arterijsko okluzivno bolezen.

Pokazalo se je, da se je pri bolnikih, ki so bili zdravljeni z aspirinom in zaviralcem protonske črpalke, pogostost krvavitev v primerjavi z bolniki, zdravljenimi s klopido-grelom, pomembno zmanjšala. Praksa je pokazala, da bolniki z majhnim tveganjem za krvavitve GIT ob jemanju aspirina ne potrebujejo zaviralca protonske črpalke, pri bolnikih s srednjim tveganjem je potrebno individualno odločanje, pri bolnikih z velikim tveganjem pa je uvedba zaviralca protonske črpalke obvezna. Bolnikom z aspirinom, ki potrebujejo analgetično terapijo, uvedemo paracetamol ali tramadol.

Asist. mag. Viktor Švigelj je načel novo področje s predavanjem Preventiva možganskožilnih zapletov.

Primarna preventiva je enaka kot pri srčno-žilnih boleznih. Sekundarna preventiva pa je odvisna od okoliščin (priporočila glede uporabe antiagregacijskih sredstev):

1. Zdravilo prve izbire je kombinacija 25 mg aspirina in 200 mg dipiridamola 2-krat na dan.
2. Pri alergiji ali kontraindikaciji za aspirin se odločimo za 75 mg klopido-grela.
3. Za klopido-grel se odločimo tudi pri bolnikih z velikim tveganjem za srčni in možganskožilni dogodek in kadar se pri njih razvije odpornost proti aspirinu.
4. Bolniki, ki začnejo zdravljenje s tienopiridinskimi derivati, naj dobijo 75 mg klopido-grela, ne pa tiklopidina. Bolnikom, ki se že zdravijo s tiklopidinom, zamenjamo le-tega s klopido-grelom.
5. Bolnike, ki niso kandidati niti za aspirin niti za klopido-grel, zdravimo s 75 mg dipiridamola 2-krat na dan.
6. Bolnike s tranzitorno ishemično atako ali ishemično možgansko kapjo in nestabilno angino pectoris ali miokardnim infarktom brez Q-zobca zdravimo s 75 mg klopido-grela in 100 mg aspirina.

Pet dni pred angioplastiko karotidne arterije z vstavitvijo žilne opornice in mesec dni po njej uvedemo kombinirano terapijo s 100 mg aspirina in 75 mg klopido-grela. Po mesecu dni preidemo pri večini na zdravljenje s 100 mg aspirina pri nesimptomatskih bolnikih in kombinacijo aspirina in dipiridamola pri

simptomatskih bolnikih.

Indikacijsko področje, na katerem predpišemo največ NSAR, je odprl doc. dr. Matija Tomšič s predavanjem Nesteroidna protivnetna zdravila v revmatologiji.

Osteoartroza (OA) je glede na prevalenco bolezni najpogostejši vzrok za zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatiki (NSAR). Ta skupina zdravil ni izbirna. OA zdravimo z nefarmakološkimi ukrepi, nato čistimi analgetiki (paracetamol ipd.), če pa to ne zadošča, uvedemo NSAR. Upravičeno je le pri artritisu ob OA. Pri bolnikih z vnetno revmatsko boleznijo pa so NSAR sestavni del zdravljenja osnovne bolezni. Ob kroničnem poteku je seveda tudi jemanje dolgotrajno. Ker varnega NSAR ne poznamo, je pomembno, katero zdravilo izberemo. Ob tem upoštevamo še ostalo pridruženo terapijo (aspirin, kortikosteroidi, antikoagulantna zdravila ...), bolnikovo starost, predhodne težave in zaplete GIT ter srčno-žilne bolezni. Zdravimo z najmanjšim še učinkovitim odmerkom NSAR, čim krajši čas, bolnikom z velikim tveganjem pa dodamo še zaviralec protonske črpalke.

Največ NSAR in aspirina predpišemo na osnovni ravni. Asist. Aleksander Stepanovič se je s predavanjem Uporaba nesteroidnih protivnetnih zdravil v ambulantni družinskega zdravnika dotaknil prav tega področja.

V splošni medicini se najpogosteje odločamo za NSAR pri boleznih skeletno-mišičnega veziva ob vnetju, ob posledicah poškodb, pri raku, raznih akutnih bolečinah (zobobol, glavobol, žolčni in ledvični kamni). Ob upoštevanju dejavnikov tveganja moramo bolnikom ob uvedbi NSAR predpisati tudi zaščito z zaviralcem protonske črpalke.

V drugem delu simpozija je potekala interaktivna obravnava kliničnega primera bolnika, ki je imel več dejavnikov tveganja za razvoj neželenih učinkov NSAR in antiagregacijskih zdravil na sluznici zgornjih prebavil. Tega bolnika smo na nek način spremljali skozi različna življenjska obdobja. V različnih starostih smo tako skupaj iskali odgovore, kako varno zdraviti posamezne bolezni in preprečevati njihove zaplete. Pri tem je bil poseben poudarek prav na varni uporabi NSAR in ustreznih profilaktični uporabi zaviralcev protonske črpalke.

Matjaž Koželj, dr. med., je zaključil simpozij s predlogom novih slovenskih smernic za zaščito bolnikov ob jemanju NSAR in antiagregacijskih zdravil. Smernice bodo predvidoma objavili jeseni v Zdravniškem vestniku. Po predlogu novih smernic ob oceni tveganja bolnike uvrstimo v skupino z majhnim, povečanim ali velikim tveganjem. Najučinkovitejša zaščita bolnikov s povečanim in velikim tveganjem so zaviralci protonske črpalke. ■

Novosti s področja koloproktologije

Pavle Košorok

Od 6. do 8. aprila je bil v Kairu kongres mediteranskega združenja za koloproktologijo skupaj s srečanjem mediteranskega združenja za problematiko medeničnega dna.

Kongres je potekal v hotelu Sheraton Cairo. Praktični del z videoprenosi je potekal v bolnišnici A. Shafika.

Prof. Shafik, ki je ena vodilnih osebnosti predvsem na področju anatomije in fiziologije medeničnega dna, je odprl kongres z govorom, v katerem je povzel dognanja svojih življenjskih raziskovanj.



V nadaljevanju je bila obsežna sekcija predavanj posvečena problematiki zaprtja, kjer so bili opaženi predavatelji J. M. Devesa iz Španije, M. Pescatori iz Italije ter Olfat El Sibai in Ali Shafik iz Egipta.

Sklop predavanj je bil posvečen tudi ambulantni kirurgiji v proktologiji, kjer je svoje izkušnje predstavil Pavle Košorok iz Slovenije.

Naslednji sklop je zajemal vprašanje malignoma v mali medenici, kjer so sodelovali predavatelji iz Italije, Grčije, Egipta in BiH.

V sekciji prostih tem je bilo obravnavano vprašanje rekonstrukcije vagine skupaj z morebitnimi poškodbami anusa, kirurško zdravljenje divertikulitisa sigme, laparaskopsko podprta rektopeksija pri rektalnem prolapsu, endorektalni pull-through, hemoroidektomija z ligasure aparatom.

Predavanja drugega dne so se pričela s predstavitvijo Nobelovih nagajencev za medicino s področja kirurgije. Med njimi je bil prvi leta 1909 švicarski kirurg Kocher, ki se je proslavil predvsem s kirurgijo ščitnice.

Predavanje je bilo zelo reprezentativno z namigom na obsežno raziskovalno delo prof. Shafika, ki je bil že predlagan za Nobelovo nagrado.

Obsežen sklop predavanj je bil namenjen

obravnavanju inkontinence, tako urinske kot fekalne. Predstavljene so bile različne možnosti rekonstrukcije sfinktrov in tudi uporaba umetnih sfinktrov.

Hvaležna tema koloproktoloških kongresov so vedno tudi izmenjave izkušenj s področja klasične proktologije: operacije hemoroidov, fistul, fisur. Z novimi tehnikami se spreminja tudi način operiranja hemoroidov. Tako smo poslušali izkušnje kirurgov, ki operirajo z mehanskim spenjalnikom, ligasure aparatom ali ultrazvočno vodenimi podvezavami hemoroidalnih arterij. Posebno področje je bilo namenjeno obravnavi bolečine v področju male medenice in presredka, kjer ima velike izkušnje predvsem prof. Shafik, ki je opisal sindrom pudendalnega kanala in že dolgo časa uporablja svoj izvirni način dekompresije pudendalnega živca.

Kljub temu, da laparaskopska kirurgija zahteva velika finančna sredstva, imajo z njo izkušnje tudi egiptovski kolegi. Predstavili so jih s prenosom operativnega posega, teoretično pa je tehnike predstavil gost iz Norveške R. Marvik.

Zaključna predavanja so zajemala preiskave pri disfunkciji medeničnega dna, kjer so bile opisane izkušnje tako iz klasične kolonoskopije kot RT-virtualna kolonoskopija. Pri predstavitvi patologije medeničnega dna je zelo pomembno slikanje z magnetno resonanco.

V sekciji videoprenosov so bile predstavljene laparaskopska rektopeksija, operacije fistule, zaprta sfinkterotomija, klasična operacija hemoroidov in PPH-operacija po Longu (mukozektomija) ter posebna tehnika plastike levatorjev, ki jo je razvil

prof. Shafik.

Sodelovanje mediteranskih dežel traja že kar nekaj časa. Pred leti so bili na tem področju bolj dejavni Francozi, ki so k sodelovanju pritegnili tudi dežele Magreba. Kasneje je ta pobuda nekoliko zamrla, bolj dejavna je postala prav na pobudo prof. Shafika in prof. Pescatorija iz Italije. Egipčani imajo zaradi svojih stikov pomemben vpliv v arabskem svetu, ki zajema severno Afriko, Libanon in Sirijo. Zelo dejavno so se vključili izraelski koloproktologi, za katere je uradno glasilo združenja – Techniques in coloproctology – postalo tudi njihovo uradno glasilo. Zelo dejavni so italijanski kirurgi, opazni pa so tudi grški in turški kolegi.

Slovinci sodelujemo v tej organizaciji že od osamosvojitve. Gotovo je priznanje, da je bil slovenski predstavnik dr. Košorok, predsednik združenja v zadnjem dveletnem obdobju, ponovno izvoljen za naslednji dve leti.

Sodelovanje na področju Sredozemlja, ki ga je nekoč pokrival močni rimski imperij in je kasneje postalo usodno razdeljeno, je prav gotovo smiselno. V zadnjem času je določen interes zaznati tudi s strani Evropske unije, ki prav s strokovnimi stiki lahko širi svoj kulturni vpliv in prispeva k večjemu razumevanju med prebivalci tega pomembnega področja sveta.



Slovenski parodontološki dnevi

Erika Cvetko

Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo prireja tradicionalna bienalna dvodnevna strokovna srečanja Slovenske parodontološke dneve.

Namen srečanja je posredovanje najnovejših spoznanj ne le specialistom, temveč tudi splošnim zobozdravnikom in ustnim higienikom, ki imajo pomembno vlogo pri preventivi in zgodnjem prepoznavanju parodontalne bolezni ter napotitvi pacientov v specialistično obravnavo. Predavatelji predstavijo dosežke na področju kliničnega in raziskovalnega dela stroke. Letošnja strokovna prireditve je bila že štirinajsta in je potekala 7. in 8. aprila v Festivalni dvorani na Bledu. Udeležilo se je okrog 350 slovenskih zobozdravnikov, zobozdravnikov specialistov in zobozdravstvenih delavcev, študentov dentalne medicine in ustne higiene. Po prijetnem glasbenem uvodu je udeležence nagovoril predsednik Združenja za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo prof. dr. Uroš Skalerič. Prireditve se je udeležil in udeležence nagovoril tudi dekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Dušan Šuput. Predavanja strokovnega srečanja so bila razdeljena v naslednje sklope: epidemiologija, etiopatogeneza, diagnostika in terapija parodontalne bolezni. Letošnjo prireditve je zaznamovala večja mednarodna udeležba, saj so organizatorji povabili poleg uglednega svetovno priznanega parodontologa prof. dr. Roberta J. Genca tudi ugledne predavatelje iz Grčije, Češke in Hrvaške.

"Deveto memorialno predavanje prof. dr. Lojzeta Brenčiča" je podal prof. dr. Robert J. Genco (Stomatološka fakulteta Univerze v Buffalu, New York, ZDA) z naslovom "Role of infectious periodontitis in systemic diseases". V dvournem izvrstno podanem preglednem predavanju je prikazal najnovejša spoznanja o pozitivni povezavi med parodontalno boleznijo in nekaterimi sistemskimi boleznimi, kot so npr. srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen in druge. Parodontalna bolezen, ki je posledica prisotnosti subgingivalnih mikroorganizmov, je povezana tudi s prezgodnjim porodom in dihalnimi boleznimi. Raziskave so pokazale, da zdravljenje parodontalne bolezni pri pacientih s sistemskimi boleznimi izboljša stanje

osnovne bolezni, npr. pri bolnikih s sladkorno boleznijo izboljša glikemično kontrolo. Mehanizem sistemskega učinka parodontalne bolezni v zadnjem času intenzivno raziskujejo. Pri pacientih s parodontalno boleznijo je dokazana prisotnost bakterij iz obzobnih žepov v aterosklerotičnih plakih žilne stene, v serumu pa kronično povečana raven proinflammatoryh citokinov. S parodontalnim zdravljenjem pacientov s sistemskimi boleznimi bi prispevali k zmanjšanju razsežnosti teh kroničnih sistemskih bolezni.



Dekan Medicinske fakultete prof. dr. Dušan Šuput med pozdravnim nagovorom

Prof. dr. Phoebus Medianos (Stomatološka fakulteta Atene, Grčija) je v predavanju "Periodontal infection and pregnancy – is the baby at risk?" predstavil najnovejše ugotovitve o vplivu zdravlja obzobnih tkiv matere na prezgodnje rojstvo otroka. Izsledki lastne raziskave so pokazali, da je parodontalna bolezen značilen in neodvisen dejavnik tveganja za prezgodnji porod in nizko porodno težo otroka. Mikrobiološke in serološke raziskave so potrdile hematogeni razšor parodontalno patogenih bakterij, zdravljenje parodontalne bolezni med nosečnostjo pa je značilno zmanjšalo število

prezgodaj rojenih otrok.

Prof. dr. Ivo Drizhal (Stomatološka fakulteta Hradec Karlove, Češka) je v predavanju "Chronic desquamative gingivitis" prikazal rezultate študije, v kateri so ugotovili, da kronični deskvamativni gingivitis spremlja nekatere bolezni, kot so oralni lihen planus, pemfigoid, pemfigus vulgaris in druge. Klinični znaki so bolečina, slab odziv na ustno higieno, prizadetost kože, oči in spolovil. Diagnozo je možno postaviti glede na klinično sliko in histološki pregled. Terapija je težavna in odvisna od diagnoze. Možno je lokalno zdravljenje z dovajanjem kortikosteroidov, pri pemfigoidu in pemfigus vulgaris je zdravljenje tudi sistemsko s kortikosteroidi, imunosupresivnimi zdravili in plazmaferezo.

Prof. dr. Ksenija Srdjak Jorgič (Stomatološka fakulteta Zagreb, Hrvaška) je v predavanju "Hormonalni aspekti parodontološke terapije u žena" predstavila sodobna spoznanja o hormonskih spremembah v različnih starostnih obdobjih žensk, ki značilno vplivajo na stanje obzobnih tkiv. V obdobju pubertete je pogostejše prisoten gingivitis povezan s porastom deleža bakterije *Prevotella intermedia* v zobnem plaku, prav tako je v tem obdobju povečan odziv na lokalne dražljaje. Prisotna parodontalna bolezen v obdobju nosečnosti je povezana s prezgodnjim porodom in nizko porodno težo otroka. V novejših raziskavah ugotavljajo, da je nadomestna hormonalna terapija v menopavznem obdobju možen zaščitni dejavnik pri napredovanju parodontalne bolezni.

Doc. dr. Marija Kovač Kavčič je predstavila škodljivi vpliv kajenja na oralno zdravje. Poleg dobro znanih škodljivih učinkov kajenja na sistemsko zdravje imajo kadilci večje tveganje za razvoj in napredovanje parodontalne bolezni in pojav sprememb na ustni sluznici. Neuspehi v implantologiji so pogostejši pri kadilcih kot pri osebah, ki ne kadijo. Pri kadilcih se pogosteje pojavlja akutni nekrotični ulcerozni gingivitis. Kajenje vpliva na slabše celjenje ran v ustni votlini, npr. po parodontalno kirurških posegih in ekstrakcijah zob. Kadilci imajo

večje tveganje za izgubo zob in razvoj zobne gnilobe. Zobozdravnik ima pomembno vlogo pri odkrivanju začetnih bolezenskih sprememb v ustni votlini in napotitvi pacienta v specialistično obravnavo.

Astrid Ražem, dr. dent. med., je predstavila preliminarne rezultate študije, v kateri so ugotovili značilno pozitivno korelacijo med parodontalno in karotidno boleznijo. Ugotovili so pozitivno korelacijo med globino obzobnih žepov in debelino aterosklerotičnega plaka v a. carotis communis. Potrebne bodo nadaljnje raziskave, ki bodo potrdile vzročno povezanost med obema boleznima. Vedno več je dokazov, da parodontalna terapija zmanjša raven vnetnih dejavnikov in s tem pripomore k zmanjšanju tveganja za aterosklerozo povzročenih bolezni.

Ana Mikuž, dr. dent. med., je osvetlila povezavo med parodontalno boleznijo in revmatoidnim artritisom. Čeprav se bolezni razlikujeta, je patobiološki mehanizem tkivne poškodbe pri obeh podoben, kot tudi vnetni mediatorji, ki sodelujejo pri bolezenskih procesih. Predstavila je raziskavo, v kateri so ugotovili, da imajo pacienti z revmatoidnim artritisom v povprečju manj zob kot naključno izbrane osebe. Analiza je pokazala statistično značilne razlike v vrednosti aktivne globoke parodontalne rane pri pacientih, pri katerih je bolezen trajala do vključno 10 let, v primerjavi s pacienti, pri katerih je bolezen trajala več kot 10 let.

Prof. dr. Zlatko Pavlica, dr. vet. med., je predstavil rezultate študije, katere namen je bil ugotoviti lokalni in sistemski odziv pri pljučnici, povzročeni s *Porphyrromonas gingivalis* pri miših. Okužba z omenjeno bakterijo je povzročila lokalno in sistemsko zvečanje koncentracije IL-6, infiltracijo vnetnih celic v pljučih in povečano nalaganje citoskeletne beljakovine gladkomišičnega aktina alfa v bazalni membrani glomerulov. Pri osebah z vnetjem obzobnih tkiv je večja verjetnost, da zaradi aspiriranja slin zbolijo za pljučnico.

Prof. dr. Milan Petelin je predstavil vpliv higienske faze zdravljenja parodontalne bolezni na raven antioksidantnih encimov v gingivalni tekočini. Pri kronični parodontalni bolezni aktivirani polimorfonuklearni levkociti in dlesnini fibroblasti proizvajajo povečano količino reaktivnih kisikovih spojin. Te molekule povzročijo povečano razgradnjo vezivnega tkiva dlesni in čeljustne kosti. Antioksidanti, ki se izločajo na mestu vnetja, zagotavljajo zaščito celic pred reaktivnimi kisikovimi spojinami. Zaradi vnetja obzobnih tkiv se v gingivalni tekočini značilno zmanjša raven encimov, ki imajo ključno vlogo pri lokalni antioksidativni zaščiti.

Prof. dr. Erika Cvetko je prikazala značilnosti pregrajevanja čeljustne kosti s starostjo.



Prof. dr. Robert J. Genco (ZDA) v družbi tajnice Združenja za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo prof. dr. Erike Cvetko in predsednika združenja prof. dr. Uroša Skalariča

Kvalitativne spremembe se izražajo kot zmanjšanje kostne mase, mineralne gostote kosti in vsebnosti mineralov, kvantitativne spremembe so vidne kot izguba čeljustne kosti, na katero vplivajo lokalni in sistemski dejavniki.

Klinični pregled bolnika s parodontalno boleznijo dopolnjuje analiza rentgenskih posnetkov, iz katerih odčitamo spremembe v mineraliziranih tkivih. Asist. mag. Rok Schara je v prispevku prikazal indikacije za rentgensko slikanje pri pacientih s parodontalno boleznijo. Glede na klinično stanje obzobnih tkiv in starost pacienta se odločimo za primerno tehniko slikanja in število posnetkov.

Prof. dr. Uroš Skalarič je orisal agresivni parodontitis, ki povzroči propad obzobnih tkiv v zelo kratkem času. Pojavi se v katerikoli starosti, zaradi hitrega napredovanja pa imajo bolniki lahko znake napredovale razgradnje že v mladosti. Bolezen prizadene manj kot en odstotek ljudi. Primarni kriteriji za diagnozo so: izguba prirastišča in resorpcija čeljustne kosti v zelo kratkem času, odsotnost sistemskih bolezni in družinsko pojavljanje. Sekundarni diagnostični kriteriji so majhna količina bakterijskih oblog, ki ni v sorazmerju s stopnjo razgradnje obzobnih tkiv, povečana količina bakterije *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in *Porphyrromonas gingivalis*, nepravilnosti funkcije nevtrofilnih granulocitov, hiperodzivni tip makrofagov in spontana omejitev razgradnje obzobnih tkiv. Zdravljenje je zahtevno in zajema odstranjevanje trdih in mehkih zobnih oblog, dezinfekcijo celotne ustne votline, sistemsko zdravljenje z

antibiotiki in kirurško zdravljenje.

Asist. mag. Boris Gašpirc je prikazal petletne rezultate uporabe Er:Yag laserja v parodontalni kirurgiji. Izsledki raziskave kažejo, da uporaba erbijvega laserja med korektivno fazo kirurškega zdravljenja parodontalne bolezni dolgoročno izboljša klinično uspešnost zdravljenja.

Asist. mag. Rok Gašpirc je predstavil kirurške postopke za podaljšanje klinične krone zoba. S postopkom pred izdelavo fiksno protetičnega sidra odstranimo del obzobnih tkiv, ki pokrivajo subgingivalni karies, lomno pokro ali subgingivalno potekajočo gingivalno stopnico obrušenega zoba. Namen postopka je izpostavitve zdrave zobovine v obsegu, ki omogoča zaključek preparacije zoba nad ravno dlesni.

Prof. dr. Matjaž Rode je opozoril, da kronični parodontitis vodi v izgubo obzobnih tkiv in do izgube zoba. Ena od možnosti rehabilitacije brez zobosti je nadomestitev zoba z zobnim vsadkom ali implantatom. Sodobne možnosti parodontalnega zdravljenja omogočajo tudi regeneracijo izgubljenih obzobnih tkiv in pri motiviranih pacientih omogočajo dolgotrajno ohranjanje lastnih zob v ustni votlini.

S svojim sodelovanjem so k uspešni organizaciji prireditve pripomogli številni razstavljalci opreme, materialov, farmacevtskih in drugih izdelkov v predddverju Festivalne dvorane. Druženje med prireditvijo in na skupni večerji je omogočilo udeležencem poleg izmenjave strokovnih znanj in izkušenj tudi prijateljsko druženje, ki ga ob vsakdanjiku, polnem obveznosti, pogrešamo. ■

Pediatrična gastroenterologija

Marjeta Sedmak, Zdravko Plečnik

Za uvod naj povemo, da je znanost o prehrani še v 20. stoletju poudarjala predvsem pomen prehrabnih potreb otroka in preprečevanje deficitarnih stanj. Današnji pogled se je radikalno spremenil. Najnovejši trendi gredo v smer bioloških učinkov, ki jih ima prehrana na zdravje, tako v zgodnjem obdobju kot tudi v kasnejšem starostnem obdobju oziroma skozi vse življenje. To je bila tudi tema mednarodnega simpozija z naslovom: Prehransko programiranje: koncept, vrednosti in izzivi, ki je potekal v Barceloni novembra 2005.

Torej, prehrana v zgodnjem obdobju (obdobju dojenčka) ima lahko posledice skozi vse nadaljnje življenje. To je bila tudi tema mednarodnega srečanja v Barceloni novembra 2005.

Uvodno predavanje je imel prof. Alan Lucas iz Institute of Child Health iz Londona, ki je uvedel idejo o pomenu prehrane z dolgoročnimi posledicami pri otroku. Podal je zgodovinska dejstva in obrazložil prve začetke raziskav na tem področju. Dokazi, da ima

zgodnja prehrana učinek na razvoj bolezni pri živalih, so znani že od leta 1960. Leta 1981 so bile objavljene prve intervencije pri ljudeh. Zdaj pospešene raziskave kažejo, da imajo zgodnja prehrana in specifične prehrabne sestavine dolgoročni učinek na: krvni tlak, inzulinsko rezistenco, metabolizem holesterola, nagnjenost k debelosti, stanje ožilja, kosti, atopije ter strukture možganov in kognitivne funkcije. Poseben izziv v prihodnosti predstavlja prenos znanstvenih spoznanj o pomenu prehrane v prakso z namenom zmanjševanja števila bolezni pri človeku.

Danes so že uveljavljene mlečne formule za dojenčke, obogatene z različnimi dodatki, ki imajo lahko dolgoročen vpliv, npr. dolgoročne večkrat nenasičene maščobne kisline, železo, nukleotidi, prebiotiki, probiotiki in druge pomembne sestavine. Pomembna pri mlečnih formulah je ne le prilagoditev materinemu mleku po sestavi, temveč tudi po biološkem učinku (npr. obrambna funkcija, bifidogeni učinek...)

Posebej je bila omenjena tudi Barkerjeva teorija o ustreznosti prehrani mlade žene, nosečnice

in doječe matere, ki vpliva na zdravje otroka in tudi dolgoročno zdravje človeka.

Prof. Kim Fleisher Michaelsen, pediatrični nutricionist iz Københavna, je imel zanimivo predavanje o vlogi dojenja kot preventivnem dejavniku pred debelostjo. Potencialni mehanizmi vpliva dojenja so različni: manjša vsebnost beljakovin v materinem mleku, boljši nadzor sitosti, ustrezen energijski vnos in vnos bioaktivnih faktorjev, ki vplivajo na inzulinsko sekrecijo ter replikacijo adipocitov. Zadnje študije so pokazale višje vrednosti grelina in faktorja IGF-1 ter nižje vrednosti leptina pri otrocih, hranjenih z mlečno formulo, v primerjavi z dojenimi otroki. Študije zaenkrat še ne obrazložijo vzroka epidemije debelosti pri otrocih, pomagajo pa k boljšemu razumevanju vzrokov za debelost.

Zanimivo je bilo predavanje prof. Lawrencea Weaverja iz Glasgowa o dilemah pri hitrem pridobivanju telesne teže (catch-up growth) pri otrocih z nizko porodno težo (LBW). Do nedavnega je prevladovalo prepričanje, da naj otrok z nizko porodno težo dobi čim bolj "intenzivno hranjenje", da bo čim hitreje pridobil telesno težo, saj je prevladovalo prepričanje, da je slabše prehrabno stanje razlog za večjo zboleznost in umrljivost v otroštvu. Zadnje študije pa kažejo, da prehitro pridobivanje telesne teže po rojstvu lahko povzroči razvoj debelosti, hipertenzije in pridruženih kroničnih bolezni v kasnejši dobi. Obstaja torej možnost, da hitra rast v zgodnjem otroštvu terja "plačilo" kasneje. Zato mora biti pridobivanje telesne teže uravnoteženo.

Prof. Yvan Vandenplas iz Bruslja je predaval o pomanjkanju železa in posledični poškodbi kognitivnih funkcij pri otroku. V svetovnem merilu je prisotno pomanjkanje železa pri 40 do 50 odstotkih otrok. Ker je potrebno dolgotrajno zdravljenje, je preventiva bolj priporočljiva. Dodatek prebiotikov v mlečne formule, obogatene z železom, popravi nekatere negativne učinke, ki jih ima presežek železa na razvoj mikroflore prebavil.

Prof. Arthur Ouwehand iz Finske je predstavljal predavanje o učinkih zgodnje mikroflore prebavil na razvoj imunske funkcije pri otroku. Mikroflora dojenega otroka predstavlja "zlati standard". Z dodatkom pre- in probiotikov v mlečne formule je možno vplivati na razvoj



Udeleženci simpozija v Barceloni

imunske funkcije pri otroku.

O problemu prehrambene preventive alergije pri otroku je predaval prof. Hugo S. A. Heymans iz Nizozemske. V zadnjem desetletju so v zahodnem svetu drastično porasle alergične bolezni, ki vključujejo atopični dermatitis, astmo in alergični rino-konjunktivitis. V obdobju dojenčka je najpogostejša alergija na kravje mleko, ki je običajno prehodna in preneha do 3. leta starosti. Pri velikem odstotku bolnikov s prehodno alergijo na mleko ali jajca lahko v kasnejšem življenju nastopi drugačna oblika alergije, npr. astma ali atopični dermatitis. Zato je bistveno preprečevanje zgodnje senzitivizacije. Znale so številne študije pri visoko rizičnih skupinah, pri katerih sta preventivna dejavnika izključno dojenje in izogibanje zgodnjega uvajanja mešane prehrane. Pri visoko rizičnih skupinah so priporočene mlečne formule s hidrolizati beljakovin za preprečevanje alergije, druge formule s popolnimi hidrolizati pa se uporabljajo za zdravljenje alergij. Mlečne formule na osnovi soje niso priporočljive za preventivo. Potrebne so nadaljnje študije za ugotavljanje preventivnega učinka pre- in probiotikov ter omega-3 maščobnih kislin v mlečnih formulah.

Prijetno in zanimivo predavanje je imela prof. Julie A. Mennella iz ZDA. Govorila je o vplivu zgodnjih prehrambenih izkušenj pri dojenčku na kasnejši okus pri otroku. V zadnjih

dveh desetletjih je naše znanje o dojenčkovem senzoričnem svetu obsežnejše. Danes vemo, da so prve izkušnje z različnimi okusi prisotne že pred rojstvom otroka, saj preko amnijske tekočine otrok pride v stik z izbranimi dietnimi okusi matere, prav tako pa tudi kasneje preko materinega mleka. Že iz prvih okusov, s katerimi se srečuje otrok, lahko določimo kulturno okolje, v katerem je otrok rojen. Zato so izkušnje dojenega otroka večje kot pri zalivančku. Verjetno se dolgoročne posledice zgodnjih izkušenj otroka z določeno mlečno prehrano kažejo v tem, da otrok kasneje daje prednost določenim okusom in prehrani.

Aktualno predavanje prof. Rudigerja von Kriesa iz Münchna v Nemčiji je obravnavalo pojav hipertenzije kot posledico prehrane v zgodnjem otrokovem obdobju. Zadnja metaanaliza je potrdila manjši, a pomemben vpliv dojenja na zmanjšano pojavljanje kasnejše hipertenzije. Možen mehanizem je višja koncentracija dolgoveržnih večkrat nenasičenih maščobnih kislin (LCPUFA) v materinem mleku. Randomizirana, kontrolirana študija z dodatkom LCPUFA v mlečno formulo je pokazala tudi manjši, a pomemben vpliv na diastolični tlak pri šestletnih otrocih. Potrebne so dolgotrajnejše študije.

Prof. Hania Szajewska iz Varšave je predstavila metaanalizo, v kateri ni potrdila vpliva dodatkov LCPUFA v prehrani nosečnic in

doječih mater na rast in razvoj otroka v prvem letu starosti.

V Sloveniji se pediatri seznanjamo s sodobnimi trendi v nutricionistiki iz literature in s pomočjo kliničnih simpozijev. Poudariti je potrebno trend sodobnih mlečnih formul, ki naj bodo podobne materinemu mleku ne le po sestavinah, temveč tudi po funkciji. Sodobne mlečne formule, ki spadajo v t. i. "funkcionalno hrano", so pri nas že na tržišču. Med take vrste mlečnih formul spadajo formule z dodatkom prebiotikov, probiotikov, dolgoveržnih večkrat nenasičenih maščobnih kislin, železa in mlečne formule za otroke s funkcionalnimi prebavnimi motnjami. V fazi predkliničnega preizkušanja (ne v Sloveniji) pa so že mlečne formule z dodatki različnih drugih sestavin, kot so rekombinantni proteini (npr. laktoferin), encimi (npr. z žolčnimi solmi stimulirane lipaze), hormoni (npr. inzulin), rastni faktorji, poliamini itd. Ob tem je seveda nujno potrebno poudariti previdnost pri uporabi formul, saj mora biti zagotovljena absolutna varnost in pozitiven vpliv na zdravje otroka.

Pripravljenost zdravstvenih zavodov na velike nesreče

Mirjana Stantič Pavlinič

Seminar katastrofne medicine z naslovom Pripravljenost zdravstvenih zavodov na velike nesreče - pandemija gripe in kemijske nesreče, je potekal 15. in 16. februarja 2006 v Ljubljani. Seminar je organiziralo Ministrstvo za zdravje RS. Na srečanje so bili povabljeni tisti, ki se v zavodih ukvarjajo z načrtovanjem in izvajanjem aktivnosti na področju katastrofne

medicine ter izvajalci nujne medicinske pomoči. Povabljeni so bili vsi zdravstveni zavodi in zasebniki.

Obravnavali smo pripravljenost zdravstvenih zavodov na velike nesreče. Srečanje se je začelo z informacijo o vaji EU, ki se je nanašala na pandemijo gripe, pregledali smo vzorčni primer načrtov posameznih zdravstvenih za-

vodov in se dogovorili za nadaljnje aktivnosti v zvezi z organizacijo in ukrepanjem na področju zdravstva.

V sodelovanju z Uradom za kemikalije, Kliničnim centrom - Centrom za zastrupitve in v okviru programa PHARE - Chemical safety II je bil pripravljen uvodni del usposabljanja za področje kemijskih nesreč, predstavljene so

bile tudi izkušnje kolegov iz Avstrije. Na podlagi seznama potencialno nevarnih kemikalij in njihove porazdelitve po Sloveniji so kolegi iz Kliničnega centra Ljubljana - Center za zastrupitve predstavili toksindrome in ukrepe za zmanjšanje škode.

Gripa ◆

Usklajevanje načrtov posameznih zdravstvenih zavodov za skupno delovanje v primeru pandemije gripe na regionalni ravni ponekod že poteka. Zdravstveni dom Ljubljana sodeluje v delovni skupini Kliničnega centra Ljubljana za pripravo načrta (operativnega plana) za delovanje v izrednih razmerah – epidemija ptičje gripe. Usklajujemo skupno delovanje osnovnega in bolnišničnega zdravstvenega varstva ob morebitnem izbruhu pandemije. Podobna prizadevanja potekajo na Ptuj, v Mariboru in nekaterih drugih krajih po Sloveniji. Do konca leta 2006 pričakujemo v Sloveniji dokončno izdelavo in sprejem Nacionalnega programa za primer pandemije gripe. Načrtujemo nadaljnja usposabljanja zdravstvenih delavcev, vaje, ustanavljanje regijskih koordinacijskih skupin, določitev odgovornih oseb za sodelovanje v koordinacijski skupini. V načrtih bo vključeno tudi delovanje zasebnikov ter lekarn. Dopolnjevanje načrtov je povsod nujno.

Pričakujejo nezadostne kadrovske zmogljivosti zaradi bolniških odsotnosti v zdravstvu in velikih potreb prebivalstva. Finančne potrebe za delovanje zdravstva v kriznih razmerah po Sloveniji praviloma niso vrednotene, kar daje vtis pomanjkljivosti oziroma nepopolnosti načrtov in otežuje opremljanje z zaščitnimi sredstvi.

Ministrstvo za zdravje ocenjuje, da pojav ptičje gripe med divjimi pticami v Sloveniji ne pomeni dodatne ogroženosti zdravja našega prebivalstva – ni znan prenos z divje ptice na človeka. Kemoprofilaktična zdravila so v Sloveniji indicirana za tiste, ki so bili v stiku z okuženimi pticami, in za osebe, ki dela v laboratorijih za diagnostiko ptičje gripe. Tamiflu izdaja na podlagi epidemioloških anketiranj Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Kemijska varnost ◆

V drugem delu seminarja smo poslušali referate o kemijski varnosti v Sloveniji in po

svetu. V Sloveniji deluje medresorska komisija za kemijsko varnost, v kateri so zastopani predstavniki številnih ministrstev in tudi Gospodarske zbornice Slovenije, policije, gasilstva. Deluje tudi stalni odbor za področje kemičnih nesreč. V izdelavi je Nacionalni program za kemično varnost 2006-2010. Mednarodna strategija ravnanja s kemikalijami, ki je bila sprejeta februarja 2006 v Dubaju, postavlja za cilj varno uporabo kemikalij v svetovnem merilu do leta 2020.

Načrti zaščite in reševanja ob kemičnih nesrečah se pripravljajo v Sloveniji na ravni države, občin, gospodarskih družb, zavodov in drugih organizacij. Nosilci načrtovanja določijo skrbnika načrta. Na ravni države so razvili računalniški geografski sistem, ki pokriva oziroma spremlja kemično varnost v državi. Za strokovno področje oziroma kemikalije je zadolžen Urad za kemikalije pri Ministrstvu za zdravje, za promet pa Ministrstvo za notranje zadeve in Ministrstvo za promet. Poglavitna predpisa, ki urejata prevoz nevarnih kemikalij, sta Zakon o prevozu nevarnega blaga in Evropski sporazum o mednarodnem cestnem prevozu. Predpisi, ki so pomembni za delovanje zaščite pred kemičnimi nesrečami, so tudi: Zakon o kemikalijah, Pravilnik o razvrščanju, pakiranju in označevanju nevarnih pripravkov idr. Med nevarna blaga uvrščajo strupene substance in tudi tista blaga, ki predstavljajo nevarnost za okužbo.

O zaščitni opremi in dekontaminaciji pri morebitni uporabi kemičnega orožja smo poslušali zanimivo predavanje zastopnika Ministrstva za obrambo. Predstavljene so bile lastnosti lahke zaščitne obleke in tudi zaščitnih oblek, ki imajo lastnost vsrkavanja kemičnih strupov – ne spuščajo strupa v telo. Nujna je tudi uporaba maske, rokavic in ustreznih škornjev. Pri dekontaminaciji ločijo:

- takojšnjo (osebna),
- operativno (delna),
- popolno,
- čistilno (clearence).

Predstavljena so bila dekontaminacijska sredstva za dekontaminacijo vozil in terena ter ločeno za dekontaminacijo ljudi ter tudi radiološko-kemično-biološko (RKB) zaščitni zabojnik in RKB-zaščitno zaklonišče. Na voljo je tudi razpršilec z antidotom za dražeče pline.

Številne kemične snovi iz industrije tudi vdirajo oziroma poškodujejo kožo, lahko

povzročajo tudi sistemske učinke. Pred postopkom dekontaminacije sprostimo dihalne poti. Dekontaminacija očesnih veznic traja vsaj 20 minut - izpiranje pod pipo in v času prevoza. Kontaminirana oblačila morajo biti odstranjena, pacient ne sme kaditi, uživati tekočine ali živil. Po izpiranju škodljive snovi bolnika prekrijemo s plastiko ali alufolijo in prepeljemo v Center za zastrupitve Kliničnega centra v Ljubljani, ki je nenehno dosegljiv za nasvete (mobitel: 041 635 500). Koristne nasvete ponujajo tudi na spletni strani www.zastrupitve.net. Poudarjeno je bilo, da je strupov veliko, antidotov pa malo. Tudi pospešena eliminacija strupa je učinkovita v nekaterih primerih. Pri dušljivcih je na nek način antidot 100-odstotni kisik (ni pravi antidot), enako tudi pri zastrupitvi z ogljikovim monoksidom. Pri povzročiteljih methemoglobinemije metilensko modrilo, pri cianidih amilnitrat, hidroksikobalamin, dikobalov edetat. Pri zastrupitvi s sulfidi amilnitrit/natrijev nitrit, pospešena eliminacija in hiperbarična komora. Pri zaviralcih holinesteraze je antidot atropin v odmerku od 2 do 4 mg i.v. (za otroke 0,02 mg/kg telesne teže i.v., ne manj kot 0,1 mg). Uporabljajo tudi obidoksim v odmerku 250 do 500 mg i.v. (otroci od 4 do 8 mg na kg telesne teže i.v.). Aplikacijo atropina ponavljamo na 5 do 15 minut, obidoksima pa na 2 do 4 ure.

Potrebna je skrbna higiena, da se izognemo kontaktni zastrupitvi zdravstvenih delavcev (koža-koža). Pri zastrupitvi s sarinom v terorističnem napadu v podzemni železnici v Tokiu pred nekaj leti so ob sočasnem transportu več sto bolnikov tudi nekateri zdravstveni delavci kazali znake mioze in glavobola. Prezračevanje prostorov v bolnišnici je bilo deloma učinkovito v zmanjševanju toksičnih znakov pri pacientih in zdravstvenem osebju. Kontaminirana oblačila je potrebno 24 ur prezračevati in potem ločeno oprati v pralnem stroju.

V Sloveniji je potrebna boljša opremljenost zdravstvenih ustanov in tudi reševalnih vozil z zaščitnimi sredstvi za zaščito pred biološkimi in kemičnimi dejavniki. Ugotavljajo nujnost nadaljnega razvoja komunikacijskih sistemov in potrebo po ustanavljanju centralne baze podatkov o dostopnosti posameznih antidotov po Sloveniji.

Samostojna pot

Po registru Zdravniške zbornice Slovenije (1. 3. 2006) je v Sloveniji 1593 zobozdravnikov. Od teh jih je aktivnih v splošni zobozdravstveni dejavnosti 1055 in 192 specialistov (maj 2005). Povezujejo jih organizacije, kot so: Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Fides, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije in Razširjeni strokovni kolegij za stomatologijo.

Obdobje, v katerem smo, je polno stresov in sprememb, zato bomo morali složno sodelovati v prizadevanjih za svoj status, način organiziranosti, priznanje sodobne zobozdravstvene doktrine in njeno vrednotenje.

In katera organizacija mora prevzeti krmilo v statutarjih in "cehovskih" vprašanjih?

To nalogo bi morala prevzeti Zdravniška zbornica Slovenije. Že od ustanovitve Zbornice ugotavljamo neenakopravnost v možnosti odločanja in sprejemanju partnerskih dogovorov v sistemu, ki mu je namenjen sorazmerno velik delež BDP, pa vendar majhen (približno 25 milijard) za zobozdravstvo.

Razumljivo je, da smo pri delitvi pogače odrinjeni na konec, da imamo slabe možnosti pri seznanjanju in sprejemanju odločitev v skupščini Zdravniške zbornice in smo v neenakopravnem položaju v izvršilnem odboru Zdravniške zbornice. V skupščini imamo 21 delegatov od skupno 109, v izvršilnem odboru pa le enega člana od devetih. Prav tako nimamo predstavnika v zdravstvenem svetu. Ob tem ne smemo zanemariti podatka, da je v Sloveniji 5794 zdravnikov in 1593 zobozdravnikov. Zato se je po zgledu evropskih držav v sredini prejšnjega desetletja porodila potreba po ustanovitvi samostojne zobozdravniške zbornice. Do realizacije ni prišlo, kajti menili smo, da je moč v večjem številu enakih med enakimi. Praksa je pokazala, da je možnost v nadaljnjem delu in upravljanju le v avtonomnosti. Dosegli smo večjo avtonomnost odločanja v odboru za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije, vendar končna odločitev še vedno pripada izvršilnemu odboru Zbornice.

V zadnjem obdobju je bilo slovensko zobozdravstvo deležno velikega medijskega odziva. Vsi poizkusi prikazati dejansko stanje so naleteli na negativen odziv javnosti. Imenovali so nas celo goljufe.

Kako se je na to odzvala Zdravniška zbornica Slovenije? Ali ne bi morala ščititi "ceha"?

Na vseh zdravniških asociacijah smo bili deležni kritik na račun pasivnosti institucije, kateri pripadamo.

Razširjeni strokovni kolegij (RSK) za stomatologijo je sestavljen iz devetih članov – tri je imenovala Zdravniška zbornica Slovenije, tri Slovensko zdravniško društvo in tri SPS Stomatološka klinika KC Ljubljana. Delo in odgovornost RSK je predvsem na področju spremljanja in organiziranosti strokovnega dela.

Trenutno v RSK zaključujemo projekt "Smernice razvoja zobozdravstva za leto 2006-2015", v katerem predlagamo spremembo zastarelega storitvenega sistema ("Zelena knjiga"). Prav tako smo po dogovoru z ministrom za zdravje imenovali možna kandidata za "koordinatorja za zobozdravstvo na Ministrstvu za zdravje".

Na drugi seji RSK dne 14. 2. 2006 smo sprejeli sklep in ga posredovali odboru za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije o ustanovitvi samostojne zobozdravniške zbornice. V sodelovanju z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije, kjer so vsebinsko pripravili amandma, smo gradivo posredovali poslancu državnega zbora, kajti rok je bil 30. 3. 2006. Z amandmajem smo zahtevali samostojno zobozdravniško

zbornico z obrazložitvijo, da doktorice in doktorji dentalne medicine ugotavljajo, da delovanje Zdravniške zbornice Slovenije ne izpolnjuje njihovih pričakovanj glede enakovrednega obravnavanja in reševanja vprašanj s področja zobozdravstva.

Žal se je odbor za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije negativno opredelil do amandmaja – morda zaradi ne povsem posrečene razlage predsednika Zdravniške zbornice Slovenije.

Menimo, da smo bitko izgubili, vojne pa ne. Pri tem imamo še en dokaz, da pri odločitvi niso sodelovali zobozdravniki, ki si želijo avtonomnosti in suverenosti, enakopravnega pristopa v sistemu zdravstva, politiki zdravstva in zavarovalništvu ter transparentnosti finančnih sredstev. Vemo, da smo edini od držav Evropske unije, kjer še nimamo svoje samostojne zbornice. Predlagamo izvedbo referendumu v duhu svobodnih demokratičnih načel med slovenskimi zobozdravnicami in zobozdravniki o ustanovitvi samostojne zobozdravniške zbornice. ■

*V imenu članov RSK za stomatologijo
predsednik Gorazd Sajko, dr. den*

Komentar predsednika ZZS

Odločil sem se za kratek komentar k pismu
Gorazda Sajka, dr. dent. med.

Pričel bom z navedbami v zadnjem delu prispevka.

Pisec omenja "ne povsem posrečeno razlago predsednika Zdravniške zbornice Slovenije", ki je bila podana na seji odbora za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije. Ta razlaga naj bi vplivala na negativno stališče poslancev do amandmaja, ki je v noveli Zakona o zdravniški službi predvidel ustanovitev samostojne zobozdravniške zbornice. Moj ugovor na omenjeni seji je bil argumentiran predvsem z dejstvom, da je bila pobuda prenatrjena in povsem brez jamstva, da je to tudi želja večine doktorjev dentalne medicine. Že v uvodniku v aprilski številki Izide sem napisal (citiram): "Od usmeritve novega odbora za zobozdravstvo, od odločitve poslancev zobozdravnikov in volje vsega zobozdravniškega volilnega telesa bo odvisno, ali bomo v prihodnje delovali kot enotna stanovska organizacija ali pa se bodo naše poti ločile." (konec citata) Menim, da je bilo moje razmišljanje dovolj usmerjeno v demokratičnost odločitve, in tako mislim še danes. Ob vložitvi "spornega" amandmaja pa nam volja in želja slovenskih zobozdravnikov ni bila poznana in, kot sem seznanjen s trenutnim položajem, se o pobudi za samostojno zbornico zobozdravniki oziroma njihovi zbornični predstavniki še niso izrekli.

V zadnjem odstavku je govora o "izgubljeni bitki", vojna pa se bo nadaljevala. Povsem nepotrebne militantne napovedi, saj smo vendar sposobni rešiti dilemo na civiliziran način. Vsekakor bo za odločitev o delovanju slovenskih zobozdravnikov v okviru skupne Zbornice ali v svoji zobozdravstveni zbornici merodajno predvsem mnenje odbora za zobozdravstvo, ki se bo, o tem ne dvomim, sposobno odločiti v skladu z mnenjem večine zobozdravnikov – članov Zdravniške zbornice.

Mimogrede, kar pravzaprav niti ni posebno pomembno, pa vendar, Slovenija s skupno Zbornico zdravnikov in zobozdravnikov v Evropi le ni tako osamljena, kot netočno trdi pisec prispevka. Podobno organizacijo imajo še Italija, Poljska in Luksemburg.

Očitki o zapostavljenosti zobozdravnikov v Zdravniški zbornici Slovenije so, milo rečeno, žaljivi in neresnični. V pripravi je med drugim tudi sprememba statuta Zbornice, ki bi zagotovil mnogo večjo avtonomnost zobozdravnikov oziroma njihovega odbora. Da smo priprav-

ljeni spoštovati odločitve odbora za zobozdravstvo kot tudi poslancev zobozdravnikov, smo dokazali ob predlogu za novo vodstvo odbora za zobozdravstvo. Osebo se bom tudi v bližnji prihodnosti zavzemal za spoštovanje odločitev odbora za zobozdravstvo v okviru izvršilnega odbora v vseh zadevah, ki zadevajo organiziranost in poklicno regulativo slovenskih zobozdravnikov.

V Zdravniški zbornici si želimo odkritega dialoga, ki sem ga žal do sedaj močno pogrešal, podprtega z argumenti volje večine zobozdravnikov in čim manj zakulisnih dogajanj. ■

Vladislav Pegan

Zobozdravniki, prišel je čas za spremembe

Naj bo to poziv vsem tistim, ki čutijo potrebo po ureditvi stanja v slovenskem zobozdravstvu, in prav tako tudi vsem tistim, ki še zagovarjajo obstoječi sistem. Naj bo to sprejemljiva podlaga za dogovarjanje in pogajanja. Nadvse zaželeni so drugačni, a z argumenti podprti predlogi za preureditev slovenskega zobozdravstva. Predvsem pa želimo vzpodbuditi vse k skupnemu ustvarjanju dobrega in strokovnega slovenskega zobozdravstva, ki bo v korist pacientu in ki bo omogočilo spodobno preživetje slovenskemu zdravniku dentalne medicine. Skupaj ustvarjamo vizijo in potruditi se moramo, da jo bomo čim hitreje dosegli.

Leta 1992, ko je bila uzakonjena zasebna zobozdravstvena dejavnost, je približno 15 odstotkov zobozdravnikov takoj zapustilo državne ustanove in se napotilo na negotovo pot zasebnikov. Nekateri so z ZZZS podpisali pogodbo in se tako vključili v javno zobozdravstveno varstvo, drugi so si izbrali popolno zasebno dejavnost.

Vedno več je bilo zasebnih zobozdravnikov in leta 2003 je bilo že nekaj manj kot polovica zobozdravnikov v Sloveniji zasebnikov s koncesijo.

Leta 2004 je prišlo do spremembe politične strukture v vodstvu države in z novim ministrom za zdravje se je pokazal trend, da bi, tako kot v Evropi na splošno, osnovno zdravstvo in zobozdravstvo opravljali zasebniki.

V Sloveniji so sedaj najmanj štiri različne strukture doktorjev dentalne medicine:

- doktorji dentalne medicine, zaposleni v zdravstvenih domovih,
- zasebni doktorji dentalne medicine s pogodbo z ZZZS,
- zasebni doktorji dentalne medicine brez pogodbe z ZZZS,
- doktorji dentalne medicine, zaposleni na kliniki in zaposleni v različnih učnih ustanovah.

V zdravstvenih domovih dela še vedno skoraj polovica slovenskih doktorjev dentalne medicine po pogodbi o zaposlitvi z zdravstveno ustanovo. Veliko zdravstvenih domov je že oddalo svoje prostore v najem zasebnim doktorjem dentalne medicine. Direktorji nekaterih zdravstvenih domov pa se še krčevito upirajo in iščejo vse mogoče poti, da bi privatizacijo preprečili oziroma da bi pod ceno odkupili prostore in opremo v zdravstvenih domovih ter potem le-te, kot novi lastniki, drago oddajali doktorjem dentalne medicine v najem.

Ko bosta, poleg vseh ostalih, tudi največja zdravstvena doma v Sloveniji, ljubljanski in mariborski, kjer je zaposlenih največ doktorjev dentalne medicine, dala svoje prostore v najem zasebnikom, bo na trgu

delovne sile kar naenkrat veliko brezposelnih zobozdravnikov. Sedaj imajo v zdravstvenih domovih delo organizirano v dveh izmenah, ko pa bo zasebnik najel ordinacijo, jo bo najel za cel dan in ne samo za eno izmeno, torej bo njegov kolega iz iste ordinacije, vendar iz nasprotnih izmen, ostal brez delovnega mesta. Nekaj jih bo seveda odšlo v svoje, sedaj ilegalne ordinacije, nekaj jih bo sklenilo pogodbo o delu z zasebniki, ki že imajo legalne ordinacije, nekaj pa jih bo ostalo na prostem trgu delovne sile. Nekaj jih je že sedaj prijavljenih na zavodu za zaposlovanje.

Vprašati se moramo, koliko zobozdravnikov je potrebnih za slovenske paciente in njihovo patologijo. Vedeti bi morali, koliko novih zobozdravnikov izobrazila naša učna ustanova – Medicinska fakulteta, oddelek za dentalno medicino, in koliko jih bo prenehalo z delom v tekočem letu, ker se bodo upokojili ali kako drugače odšli iz aktivnega zobozdravstvenega procesa. Preveriti moramo, kakšne so možnosti reguliranja števila aktivnih doktorjev dentalne medicine; v mislih imam zakonsko določilo o enakih možnostih zaposlovanja za vse. Nikakor ni pošteno za slovenske zobozdravnike, da vpišejo na leto 50 novih študentov. Kdo jim bo čez osem let zagotovil delovna mesta!?

Sedaj potrebuje slovenski prostor cehovsko dogovorjen in zakonsko urejen razpored zobozdravstvenih delovnih mest, kar pomeni, da pride zobna ordinacija na določeno-dogovorjeno-potrebno število pacientov. Seveda je potrebno upoštevati tudi lokalno epidemiologijo in tu mora pri dogovarjanju o delovnih mestih doktorjev dentalne medicine nujno tvorno sodelovati tudi stroka. Pomembno je, da so delovna mesta primerno oddaljena drugo od drugega in da v Sloveniji deluje dogovorjeno in potrebam državljanov primerno število zobozdravnikov. Seveda mora biti dana možnost, da doktorji dentalne medicine zaslužijo dovolj za stalno vlaganje v podjetje, za dodatni študij, za nakup sodobnih materialov in aparatur, za preživetje in da se prepreči nelojalna konkurenca. S prevelikim številom doktorjev na premajhnem prostoru in s premajhnim številom pacientov si pač ne bomo ustvarili primernih pogojev za uspešno in produktivno delo.

Razpored delovnih mest doktorjev dentalne medicine v Sloveniji mora pripraviti in ga uzakoniti Zbornica doktorjev dentalne medicine, ki mora biti edina legitimna organizacija in edino združenje, v katero so povezani vsi zobozdravniki. Zbornica doktorjev dentalne medicine bo ustanavljala ali ukinjala delovna mesta.

Seveda bosta ministrstvo za zdravje in tudi ZZZS naredila svojo, drugačno mrežo zaposlenih zobozdravnikov, ki bo temeljila na finančnem proračunu države in bo imela za osnovo denar, ki ga bo država namenila svojim državljanom za njihovo dentalno zdravje. Njim ni pomembno, kje so zobozdravstvene ordinacije, kako so pacienti strokovno oskrbljeni, če so zadovoljni in kakšno je epidemiološko stanje državljanov. Njihova enostavna matematika temelji na preprostem deljenju števila državljanov s številom doktorjev dentalne medicine in vodi jih želja po uvedbi glavarine, na kar pa mi nikakor ne moremo in ne smemo pristati. Zatorej bomo morali vzdrževati strokovno utemeljeno in s primeri podprto komunikacijo z ministrstvom za zdravje, ministrstvom za zaposlovanje...

Seveda je potrebno upoštevati tudi vse že obstoječe zavarovalnice, kot tudi vse druge, ki se bodo še pojavile na področju, ki ga bomo obvladovali. Tudi te bodo namreč plačnice naših storitev, še posebno, če bo zobozdravstvo izpadlo iz dosedanjega načina financiranja, kar je že dolgo tema pogovorov na vseh ravneh. Iluzorno je pričakovati, da bo država plačevala zobozdravstvo v takem obsegu, kot je to počela do sedaj. Vemo tudi, da je karies v Evropi v upadanju, da je tudi vedno manj pacientov z manjkajočimi zobmi in da je plačilna sposobnost državljanov iz leta v leto slabša.

Slovenski zobozdravniki so bili in smo še združeni v svoji stanovski

organizaciji pod okriljem Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS). Odbor za zobozdravstvo pri ZZS naj bi bil vodja in gibal vseh akcij slovenskih zobozdravnikov. Ima moč in vsa pooblastila, pa vendar se slovenski zobozdravniki ne počutimo suverene in dovolj samostojne. Res je, da je bila samo od predsednika odbora in od članov odbora za zobozdravstvo ter njihove spretnosti, suverenosti, sposobnosti in pronicljivosti odvisna samostojnost in neodvisnost slovenskih zobozdravnikov. Izvršilni odbor ZZS je bil vedno pripravljen prisluhniti predlogom in potrebam zobozdravnikov in jim je bil pripravljen odobriti vsa potrebna finančna sredstva za doseg razumnih in realnih ciljev. Seveda pa izvršilni odbor zbornice zdravnikov ne more vedeti, kakšne so želje zobozdravnikov.

Z vstopom v EU so se spremenile razmere in pokazale so se potrebe po spremembi organizacije slovenskega zobozdravstva. Priporočila članicam EU so jasna in narekujejo organiziranost zobozdravnikov v posebnih cehovskih združenjih. V Republiki Sloveniji obstaja zaradi zagotavljanja strokovnosti in varovanja javnega interesa na področju zobozdravstva ter varstva tretjih oseb potreba po ustanovitvi poklicne zbornice slovenskih doktorjev dentalne medicine - Zbornice slovenskih

doktorjev dentalne medicine (v nadaljevanju ZSDDM).

Slovenski zobozdravniki moramo v najkrajšem času sestaviti iniciativni odbor, ki bo pobudnik ustreznih sprememb zakonodaje, na podlagi katere bomo lahko organizirali poklicno zbornico, ki mora začeti delovati takoj!

Spremembe lahko prinesejo samo mladi!

Že dolgo se nihče od nas ni zanimal za politiko in našo cehovsko organizacijo, ker se nam je godilo predobro. Prihajajo drugi, drugačni, vsekakor pa težji in nepredvidljivi časi, ki zahtevajo samostojno, strokovno, pošteno, odgovorno, sodobno in močno organizacijo.

ZZS je bila do sedaj vedno naša dobra mati.

Čas je, da odrastemo in kot zreli samostojno odidemo novim odgovornostim naproti.

Zobozdravniki, ali po novem doktorji dentalne medicine, nastopil je čas, da samostojno in odgovorno stopimo na svojo lastno pot in poskrbimo sami za svoj vsakdan. Jutrišnji dan bo posledica današnjih odločitev. ■

Živo Bobič

Še nekaj misli o izgorevanju medicinskega osebja

Z velikim zanimanjem in pričakovanjem sem se udeležila strokovnega posveta, ki ga je pripravil Inštitut za varovanje zdravja ob svetovnem dnevu zdravja, ki je bil letos namenjen zdravstvenim delavcem.

Zdravstvena statistika kaže zaskrbljujoče stanje zdravja pri ljudeh v zdravstvenih poklicih. Medicinsko osebje je pogostejše odsotno z dela kot drugi Slovenci. Najpogostejši vzrok izostankov so bakterijske in virusne okužbe in bolezni gibal. Pogoste okužbe dihal niso tako nepomembne kot sodimo na prvi pogled, saj nadpovprečno veliko takih okužb vodi v zmanjšano odpornost, številne alergične reakcije, spremembe v imunskem sistemu in v skrajnem primeru v nastanek malignih novotvorb. Imunski sistem lahko obvlada le določeno število okužb. Tudi stres je pomemben dejavnik pri zbolevanju in okvarah imunskega sistema. Kronična bolezen prizadene vsakega tretjega zdravnika.

Še huje je na področju duševnega in čustvenega zdravja. Raziskava med slovenskimi splošnimi zdravniki in psihiatri nakazuje, da o samomoru pogosto razmišlja vsak deseti zdravnik, dva od stotih zdravnikov pa sta samomor že poskušala storiti in nekaterim je to celo uspelo. Veliko zdravnikov in medicinskih sester se zdravi samih ali pa se sploh ne zdravi. Statistični podatki so pomanjkljivi, ker "samozdravljenje" ni predmet poročanja. Prepričani smo lahko, da je v resnici stanje še hujše. Kljub temu poklica zdravnika ali medicinske sestre na najdemo na seznamu poklicev, ki posebej ogrožajo zdravje. Na tem seznamu najdemo rudarje, voznike težkih tovornjakov s prikolicami in druge.

V razvitih državah je indeks samomora med zdravniki trikrat višji kot med splošnim prebivalstvom, pri ženskah celo sedemkrat višji. V primerjavi z drugimi akademskimi poklici je pri zdravnikih in drugih zdravstvenikih pomembno več depresije ter zlorabe drog in alkohola.

Stres pri zdravnikih na osnovni ravni ima še nekaj posebnosti. Ne ščiti jih ugled inštitucije, v kateri delajo. Čisto drugače je, če si zdravnik v bolnišnici ali v zdravstvenem domu. To lahko ugotovimo že pri odzivu sogovornikov, ko na vprašanje, kje delamo, povemo, da v zdravstvenem domu. Ljudje nekoliko bolj upoštevajo zdravnike zasebnike. Njihovo materialno stanje je v primerjavi s sekundarno in terciarno ravno slabše, kar je določeno že v Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike. Bolniki njihovo mnenje manj upoštevajo. Zdravnik na osnovni ravni je tudi tarča nezadovoljstva bolnikov s sistemom zdravstva in zdravstvenega zavarovanja, čakalnimi vrstami, plačevanjem zdravil in podobno. Pri nas si bolniki upajo vprašati tudi vse tisto, česar si ne upajo ali so pozabili vprašati pri zdravniku v bolnišnici.

Malo je na voljo zaščitnih dejavnikov proti stresu, kot so pogovori in posveti med delom, srečanja kolegov na raportih in drugih strokovnih sestankih. Nimajo veliko priložnosti, da bi izmenjali svoje skrbi z bolniki. Govoriti o svojih lastnih težavah je nekako sramotno. Ujeti med bolniki, računalniki, administrativnim delom zdravniki nekako izgubljajo stik s svojo medicinsko sestro ali patronažno sestro. Samostojnost poklicev v zdravstvu razbija enotnost zdravniške delovne skupine in skupinskega dela v škodo njenih članov in tudi bolnikov.

Zdravniki na osnovni ravni tudi nimajo takšnega materialnega zadoščenja, da bi si lahko privoščili zavirljiv življenjski slog tako kot večina odvetnikov ali arhitektov. Poleg naporega dela v prostem času gospodinijo, čistijo avtomobile, pleskajo, zidajo, opravljajo hišna po-

pravila in se prepričujejo, da je to rekreacija. Garajo, da bi si zagotovili osnovne materialne pogoje za dostojno življenje. Ljudje pričakujejo, da je zdravnik dobro situiran, sicer ga imajo za nesposobnega. Vse naštetje je razlog izgorevanja tudi doma, ne samo na delovnem mestu.

Kako naj bo tak poklic privlačen za mladino, ki v glavnem ceni prosti čas in uživanje v življenju s čim manjšim trudom?

V svetu in pri nas je vedno manj zdravnikov in zdravstvenih delavcev in vedno starejši so. Nekateri po končanem študiju ne delajo v zdravstvu. Večina slovenskih zdravnikov je stara petdeset let, zelo malo je mladih, ker še končujejo sekundarijat ali specializirajo. Vpis na obeh medicinskih fakultetah je še vedno omejen, kljub temu, da večina študentov medicine in stomatologije tudi diplomira, kar ne velja za druge fakultete. V medijih smo lahko prebrali, da diplomira samo polovica vseh študentov na slovenskih fakultetah.

Iz vseh naštetih razlogov motivacija za delo na primarni ravni pada. Študij medicine se podaljšuje, za delo bo obvezna specializacija. Šele nato bo zdravnik prejel licenco za samostojno opravljanje poklica.

Priča smo pojavu, ko zdravniki že po doseganju pogojev za upokojitve še kar naprej delajo. Naša delovna zakonodaja jim to omogoča, sistem napredovanj in nagrajevanj v zdravstvu pa temu ne sledi. Tako starejši zdravniki prejemajo isto plačo po deset let in več. Še kar naprej prispevajo v bolniško in pokojninsko blagajno, tudi potem, ko so že prispevali enako število let kot ostali zaposleni prebivalci, ki že uživajo svojo pokojnino. Starejši zdravniki prispevajo veliko več, kot je z zakonom predpisana medgeneracijska solidarnost. Bolniki vendarle cenijo starost in izkušnje. Včasih nas študentje in stažisti nagradijo z izjavami, da so na praksi ugotovili, kako pestro in zanimivo je delo v ambulantni splošni zdravniški. Vse to je vir pozitivnega stresa, ki preprečuje izgorevanje.

Ob strašljivem pomanjkanju zdravnikov na osnovni ravni presenečajo njihova prizadevanja za povečanje glavarine. Ob paradoksnih vlogah zdravnika na osnovni ravni, ki je vratar za vstop v zdravstveni sistem, smo presenečeni, da Slovenci obiskujejo svojega zdravnika še enkrat pogostejše kot v razvitih državah Evropske unije. Zdravnik je tudi prometnik - napotničar, saj je za njega ceneje, da pošlje bolnika na obravnavo k specialistu, kot da bi sam pristopil k diagnostični obravnavi. Tako bi namreč samo bremenil svoje stroškovno mesto. Tako delo ne prinaša strokovnega zadovoljstva in samo pospešuje izgorevanje.

Med vzroki za izgorevanje zdravnikov je tudi njihova osebnostna struktura in samopodoba. Zdravniki imajo zelo visoka pričakovanja do sebe, ves čas mislijo, da premalo delajo in študirajo. Do sebe so neusmiljeni. Pogosto se imajo za "supermane". Za njih ne veljajo osnovna pravila za zdravo življenje: osem ur dela, osem ur spanja, osem ur prostega časa. V prosti čas so seveda všteti osebna nega, prehrana, rekreacija in telesna dejavnost. Navadno žrtvujejo spanje, družinsko življenje in prosti čas. Ker se ne znajo razbremeniti, prinašamo domov skrbi, strah, utrujenost, potrnost, nezaupanje, jezo in tudi bolezen. Vse to dan za dnem počasi tli v nas in nas razžira. Krivulja negativnega stresa doseže svoje dno, najbolj rahločutni med nami izgorijo. Vsi skupaj se moramo potruditi za pozitivno preobrat. Sodobna znanost nam nudi veliko orodij, le hoteti je treba!

Marjana Šalehar

Problematika nezavarovanih oseb

Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega varstva ZD Ljubljana Bežigrad je na Ministrstvo za zdravje, Varuha človekovih pravic, Helsinški monitor in Lekarniško zbornico naslovila spodnji dopis.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je posredovalo zastrašujoč dopis, naslovljen na bolnišnice, zdravstvene domače, lekarne, in "po pomoti" smo ga dobili tudi v naši ambulanti, ki za ministrstvo kljub uspešnemu 5-letnemu delovanju ne obstaja, saj do sedaj še nihče ni začutil potrebe, da bi vprašal, kaj počnemo in kakšne probleme rešujemo?

V dopisu opozarjajo vse naslovnike na izjavo, ki naj bi jo podpisovali vsi zdravniki in vodje lekarn, ki so nezavarovani osebi po 7. členu Zakona o zdravstvenem zavarovanju RS nudili kakršno koli pomoč.

Izjava se prične: "z vso odgovornostjo"; vsekakor je tu mišljena finančna odgovornost, saj je za strokovno odgovornost vsekakor dovolj podpis zdravnika na napotnici, s katero je odredil nujno zdravljenje nezavarovane osebe.

Nujno je poudariti, da imamo po vsej Sloveniji že sedaj obilo težav pri nudenju nujnih medicinskih storitev nezavarovanim osebam, saj jih administratorji pri vstopu v zdravstveno ustanovo odklanjajo, ker nimajo zdravstvene kartice in urejenega zdravstvenega zavarovanja.

Do takšnega ravnanja prihaja zaradi neznanja in pomanjkanja navodil,

ki bi jih poleg kopije 7. člena moralo posredovati Ministrstvo za zdravje kot plačnik storitev, pa jih, na žalost, do sedaj še ni, težave pa se kopičijo.

Z novim dopisom se bodo problemi bistveno povečali, saj nihče ne bo želel prevzeti finančne odgovornosti za storitve, opravljene nezavarovanim osebam. Težava bo nastala pri administratorjih, medicinskih sestrah in končno tudi pri zdravnikih, socialni čut do sočloveka v stiski bo ugasnil ob zahtevani "vsej odgovornosti".

V posebnem položaju se bodo znašli tudi lekarniški delavci - z vso odgovornostjo bodo sprejemali bele in zelene recepte. Zdravniki zelenih receptov za nezavarovane osebe ne bi smeli uporabljati, ker so namenjeni zavarovancem (dopis ZZZS leta 2003), beli recepti pa pomenijo, da si mora zdravilo nezavarovana oseba plačati, recept pa je prinesla nezavarovana oseba, ki zdravilo nujno potrebuje, plačnik pa je Ministrstvo za zdravje, ki zahteva vso odgovornost.

Kaj storiti z vso odgovornostjo, se sprašujejo lekarniški delavci preko svoje zbornice?

Stvar se še bolj zaplete, če upoštevamo dikcijo Ministrstva za zdravje z dne 18. 4. 2002, št. 022-44/02, ki v prilogi Obseg nujnega zdravstvenega varstva navaja:

1. Pravica do nujne medicinske pomoči – po določitvi zdravnika (morda manjka – strokovni odložitvi), zanesljivo pa je nesprejemljivo sprejeti dikcijo z vso odgovornostjo – strokovno odgovornost smo zdravniki navajeni sprejemati, finančne, ki bi bila poleg vsega odvisna od uradnika – likvidatorja na ministrstvu, pa gotovo ne. Posledice so jasne – nosili pa jih bodo nezavarovani.
2. Alinea 2 – preprečitev nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja.
3. Alinea 4 – storitve pri kroničnih boleznih in stanjih, katerih opustitev bi neposredno in v krajšem času povzročila invalidnost.
4. Alinea 8 – zdravila s pozitivne liste, ki so predpisana na recept – (kak-

šen?) za zdravljenje navedenih bolezni in stanj.

Zdravljenje kroničnih in tudi akutnih bolezni do ozdravitve je nujno, saj pride v nasprotnem primeru do poslabšanja zdravstvenega stanja in bolnik se znajde v življenjski nevarnosti.

Z zadnjim dopisom sekretar Dorjan Marušič zanika strokovnost slovenskih zdravnikov in si prilašča pravico do vse odgovornosti zdravnikov, verjetno predvsem finančne, ki pa jo mnogi ne bodo želeli sprejeti, da bi se izognili poznejšim zapletom.

V razmislek – nekdo si je zlomil nogo, namestitev mavca je nujen ukrep, ali ne? Kako je z operativno repozicijo – ali jo je potrebno vzeti kot nujen ukrep ali z vso odgovornostjo?

Kaj pa odvzem mavca? To pa res ni nujen ukrep, saj nezavarovani poškodovanec lahko hodi z njim, pa še čevlja ne bo potreboval. Vsekakor za vso odgovornost potrebujemo dodatna pojasnila in ukrepe.

Menim, da pričujočega dopisa ni narekovalo samo pomanjkanje denarja, saj bi ga na veliko bolj human način lahko pridobili z davkom na alkoholne pijače ali zdravstvenim tolarjem na cigarete – (vemo zakaj), še veliko boljša možnost pa je ureditev dela invalidskih komisij, ki zaradi nerazumno dolgih postopkov – dve do tri leta izgublamo okoli 6000 delovnih let in več vsako leto, kar pomeni izgubo 75 milijard narodnega dohodka na leto, denar pa bi želeli vzeti siromakom z znižanjem bolniških nadomestil. S skrajšanjem čakalnih dob na invalidskih komisijah bi bistveno zmanjšali tudi dolžino bolniške odsotnosti, kar bi se vsekakor ugodno odrazilo na sklade zdravstvenega zavarovanja.

Vse naslovnike prosim, da v nastali zmedbi pod nujno ukrepajo, ker je sicer pričakovati še hujši kaos, kot ga imamo sedaj s samovoljnimi odločitvami posameznikov.

Za nezavarovane še vedno nismo našli ustrezne sistemske rešitve – kako jih rešiti z obrobja družbe, kjer se v večini primerov niso znašli po lastni krivdi, ampak zaradi ukrepov države (npr. izbrisani) ali ukrepov novopečenih kapitalistov – odpuščanje zaradi povečanja dobičkov.

Sistemska rešitev je nujna, saj se bodo sicer problemi le kopičili in nerešenih problemov in težav bo vedno več.

Iz mladosti se spominjam, kako so takšne probleme reševali v "velikem rajhu". Leta 1945 se je "uspešen" način na srečo invalidnih oseb, Romov in revežev z obrobja končal. Skrb pa me, da je morda duh po takem načinu reševanja problemov še vedno prisoten.

Aleksander Doplihar, dr. med.

Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega varstva

Odgovor Ministrstva za zdravje

na dopis

Ambulante s posvetovalnico za osebe
brez zdravstvenega zavarovanja
ZD Ljubljana Bežigrad

Prejeli smo vaš dopis, v katerem ugotavljate, da prihaja zaradi neznanja in pomanjkanja navodil za izvajanje zdravstvenega varstva oseb brez urejenega zdravstvenega zavarovanja v skladu z 7. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju do težav. Prav iz teh razlogov smo se na Ministrstvu za zdravje odločili, da nadomestimo prva navodila, ki so bila posredovana leta 2002. Na podlagi številnih razgovorov z izvajalci zdravstvenih storitev (zdravstvenimi domovi, bolnišnicami, zasebniki

in lekarnami) in zaradi dolžine postopka evidentiranja in kontrole upravičenosti zahtevkov na ministrstvu, ki vam ga posredujemo v nadaljevanju, smo se na ministrstvu odločili, da izvajalcem zdravstvenih storitev posredujemo nova, dopolnjena navodila z namenom:

1. časovnega skrajšanja postopkov evidentiranja in kontrole na Ministrstvu za zdravje,
2. večje preglednosti, ažurnosti in nepretrganosti dela,
3. izvrševanja plačil v okviru zakonskih predpisov, v roku 30 dni od prejete zahtevke,
4. zmanjšanja težave pri ugotavljanju upravičenosti povračila stroškov nujenega zdravstvenega varstva osebam brez urejenega zdravstvenega zavarovanja,
5. zmanjšanja stroškov, ki so povezani z zavračanjem in dopolnitvijo zahtevkov.

Sam potek kontrole upravičenosti zahtevkov na ministrstvu poteka v treh fazah:

1. finančni, ki ga izvajajo v službi za proračun, kjer prejete zahtevke najprej evidentirajo, na koncu pa v skladu z Zakonom o javnih financah in po Zakonu o računovodstvu izvedejo izplačilo;
2. vsebinski, ki ga opravi odgovorna oseba, ki je skrbnik proračunske postavke in tega dela davkoplačevalskega denarja. Pregled vsebuje upravičenost zahtevka, ki se dokazuje s spremljajočimi dokumenti v prilogi, v skladu z navodili za izvajanje zdravstvenega varstva oseb brez urejenega zdravstvenega zavarovanja;
3. strokovni (v okviru nujenega zdravstvenega varstva), ki ga na podlagi zdravniške dokumentacije opravi na ministrstvu zaposlena oseba z pridobljeno izobrazbo doktor medicine.

V okviru omenjenega postopka je v letu 2005 Ministrstvo za zdravje prejelo 1310 zahtevkov. Od tega je bilo zavrnjenih ali poslanih v dopolnitev 187 zahtevkov, kar predstavlja 14,27 odstotka vseh prejetih zahtevkov v letu 2005. Ministrstvo za zdravje in izvajalci zdravstvenih storitev smo že v preteklosti ugotavljali, da se zahtevki plačujejo izven zakonskega roka, kar je posledica predolgi postopki evidentiranja in kontrole zahtevkov. Zato smo se v dogovoru s pravno službo odločili, da postopek skrajšamo.

Glede na to, da je vsak zahtevek opremljen z zdravniško dokumentacijo, ki jo z vso odgovornostjo podpiše lečeči zdravnik, smo bili mnenja, da bi s podpisom izjave (da je bilo osebi brez zdravstvenega zavarovanja nudeno nujno zdravstveno varstvo) nadomestili strokovni pregled na ministrstvu in s tem bistveno skrajšali postopek. Izjava zdravnika, kot si vi napačno razlagate, ne povečuje zdravnikov odgovornosti, temveč samo potrjuje njegovo strokovno mnenje, da je bila opravljena storitev nujna. Prvi rezultati pri posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev so že vidni. Sam pregled zahtevkov, ki so opremljeni z izjavo zdravnika, se je skrajšal za polovico, pri tem pa se je povečala tudi preglednost, ažurnost in kontinuiteta dela.

Glede finančne odgovornosti vam moramo odgovoriti, da vsi zahtevki, ki so bili, so in bodo posredovani v izplačilo v breme proračuna RS, bodo z vso odgovornostjo finančno breme izvajalca zdravstvene storitve, če ta ne bo dokazal upravičenosti v skladu z 7. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in navodili ministrstva.

Iz navedenega upamo, da nam boste tudi Vi vse napotnice, ki so opremljene z žigom Plačnik Ministrstvo za zdravje, v bodoče opremili z vso potrebno dokumentacijo, s katero boste dokazovali upravičenost zahtevka, ne samo Ministrstvu za zdravje, računskemu sodišču, temveč predvsem davkoplačevalcem. Žal so sredstva, tako kot so povsod, omejena in vsak upravičeno zavrnjen zahtevek pomeni možnost upravičenega nujenega zdravstvenega varstva nezavarovanim osebam po 7. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. ■

Prilpavila: Miriam Komac

*Prim. Janez Remškar, dr. med., generalni direktor
Direktorata za zdravstveno varstvo*

Semantične težave starega zdravnika

Vasilij Cerar

V svoji mladosti sem velikokrat z jezo, prezirom in užaljenostjo zavračal svoje starejše kolege in učitelje, ki so popravljali moje izraze, besede in stavčne zveze. Brž ko se je začel ukvarjati s pomenoslovjem in sintakso, sem ugotovil, da je dosegel tisto kritično starost, ko ne more več razmišljati ustvarjalno in tudi nima večjih telesnih potreb ter se zateka k svojemu izvoru, k materi in maternemu jeziku. Podobno kot direktorji, ko dosežejo vrh svoje ustvarjalnosti, začnejo ugašati luči v pisarnah in hodnikih ter jih nepopisno zanima poraba toaletnega papirja v straniščih.

Videti je, da sem tudi sam dosegel to stopnjo osebnega in strokovnega razvoja. Besede naenkrat slišim drugače in v meni se budi etimološki (korenčkoslovni) nagon. Naenkrat drugače slišim npr. besede narod, porod, izrod. Besedo "poklic" slišim kot klic k mojemu vsakdanjemu delu. Placento vidim kot pogačo in se mi zato zdi izraz trapast. Posteljico bi v jezik sosedov prevedel v krevetic, pa me sosedje ne bi razumeli, za kakšen organ gre.

Kolega Fortuna ima težave z ženskim preplavljanjem medicine in ima prav. Že nekaj časa me mučita dve besedi (samostalnika), ki sta ženskega spola: medicinska sestra in babica, še težje mi je, če k babici dodajo medicinska sestra. V poklicih, ki jih poimenujemo s temi izrazi, se že dolgo časa pojavljajo tudi moški. Kako jih torej pravilno slovnično poimenovati? Oseba moškega spola je brat in za babico dedek. Že zdavnaj smo bolj hudomušno kot zares imenovali medicinske sestre moškega spola medicinski bratje. Vodilne medicinske sestre so jim v usmerjenem enoumju našle naziv medicinski tehnik. One so še vedno ostale medicinske sestre in se niso preimenoval v medicinske tehtnice.

Na višji stopnji so diplomantke Visoke šole za zdravstveno nego poimenovali diplomirane medicinske sestre, diplomante pa zdravstveniki. Ubogi moški diplomirani zdravstveniki so ljudje, ki nekaj delajo z zdravstvom. Toporišič zdravstveniku reče zdravstveni delavec in zdravstvenici zdravstvena delavka. V SFRJ smo bili zdravstveni delavci vsi, ki smo delali v zdravstvu: zdravniki, medicinske sestre, babice, fizi-

oterapevti, rentgenski tehniki itd. Tedaj je bilo to logično, ker je bil na oblasti delavski razred. Najprej smo pripadali delavskemu razredu in šele nato svojemu poklicu. Zdaj pa nas v "novi družbi" predstavlja samo še diplomant Visoke šole za zdravstveno nego, diplomantke te šole pa so odrinjene od te družbene pozicije že s samim nazivom.

Pomenoslovje pa zahteva, da beseda čim bolje prikaže lastnost, delo, obliko, vsebino osebe, predmeta ali postopka. Logično bi bilo, da bi se diplomanti in diplomantke Visoke šole za zdravstveno nego imenovali zdravstveni negovalec in zdravstvena negovalka. Samo pozabiti ali ne vedeti bi bilo potrebno, da so bile negovalke včasih zdravstvene delavke z najnižjo izobrazbo.

Ne vem, zakaj je Valentin Vodnik pristal na izraz "babica" za osebe, ki pomagajo pri porodu in so za to delo primerno izobražene in usposobljene. V Angliji so midwife, v Franciji so sage-femme, na Hrvaškem primalje. Slovenkam že dvesto petdeset let pri porodu pomagajo babice, ki niso stare mame. Ko to postanejo, kmalu prenehajo opravljati ta poklic. V zadnjem obdobju se tega poklica učijo in ga obvladajo tudi moški. Moška oblika besede babica je dedek. Seveda težko rečemo, da se z babištvom ukvarja dedek. Nekdo je iznašel izraz babičar. Ne vem, ali babičar pomaga pri porodu ali pa se babi. Toporišič pozna glagol "babiti se", kar slabšalno pomeni družiti se z ženskami. Menim, da lahko moškemu, ki opravlja poklic babice, mirno rečemo babica. Angleži, ki so zelo občutljivi na man in woman, pač ženski in moškemu rečejo midwife, Francozi pa sage-femme.

Gledano zgodovinsko, je tudi sintagma medicinska sestra babica nemogoča. Babice so bile šolane pomočnice porodnicam. Sestra ali soror je bila nuna. Cerkevne oblasti so nunam eksplicitno prepovedale opravljanje babiškega posla. Meni je jasno, zakaj.

Na koncu predlagam, da nekdo izmed bralcev Izide, ki ima več jezikoslovnega posluha kot jaz in deluje v kakšni skupini ali komisiji za medicinsko izrazoslovje ali etimologijo, spodbudi razpravo in prispeva k razjasnitvi moje starostne deviacije.



Temelji znanstvenoraziskovalne metodologije v biomedicini

Temelji znanstvenoraziskovalne metodologije v biomedicini. Avtorji: Miroslav Kališnik, Jelka Zabavnik Piano, Anamarija Rožić, glavni urednik Miroslav Kališnik, Založba Piano, Ljubljana 2006. Priročnik, 176 strni.

Priročnik v logičnem zaporedju, po **Uvodu**, predstavlja naslednja poglavja:

Metodologija raziskovalnega dela v biomedicini, kjer prva dva avtorja ugotavljata odnos med vsakdanjim izkustvom, stroko in znanostjo, govori o kategorijah znanstvenoraziskovalnega dela in sistemu znanstveno-strokovnih informacij, etapah znanstvenoraziskovalnega dela, metodah in tehnikah, statistikah in računalništvu, zagotavljanju kakovosti ter o filozofskih definicijah epistemologije, logike in etike.

Izbira raziskovalnega problema (prvi avtor) prikazuje opredelitev in psihološke ter filozofske vidike raziskovalnega problema in možnosti ter poti za reševanje problemov raziskovalnega dela.

Iskanje znanstvenih informacij na področju biomedicine (Anamarija Rožić): eksponentna rast obsega biomedicinskih informacij, ki se podvajajo v vse krajših časovnih presledkih, zahteva pregleden in hiter dostop. Poglavje na zelo praktičen način prikaže strategijo iskanja podatkov, tako v tiskani literaturi kot tudi na spletu. Poleg opisa o značilnostih znanstvenih informacij so navedeni viri, načini indeksiranja, dostop in iskanje informacij ter dokumentov in opisi knjižnic Medicinske



fakultete, Fakultete za veterino in Fakultete za farmacijo.

Oblikovanje osnovnega dokumenta (Miroslav Kališnik in Jelka Zabavnik Piano) je stopenjski prikaz priprave dokumenta od nasveta "vsak stavek naj izraža eno misel", preko zgradbe primarnega dokumenta, tabel, grafikonov, fotografij in risb. Na koncu so navodila, kako izbrati ustrezno revijo za objavo, in alternativne možnosti.

Navodila za analizo znanstvenoraziskovalnega članka in **Navodila za izdelavo**

diplomskega ali magistrskega dela ali doktorske disertacije je seznam natančnih navodil za oblikovanje in citiranje referenc.

Naslovi metodoloških seminarskih nalog razčlenjuje in definira v dvajsetih zaporednih poglavjih posamezne pojme. Vsakemu poglavju sledi prazna črtana stran, namenjena za zabeleške.

V drugem delu je seznam magistrskih in doktorskih disertacij iz obdobja od 2000 do 2005 in seznam revij z okrajšavami, ki jih je najti v Centralni medicinski knjižnici, knjižnici Veterinarske fakultete in knjižnici Fakultete za farmacijo.

Knjigo zaključuje **Stvarno kazalo**.

Delo je namenjeno tako raziskovalcu začetniku, obiskovalcu podiplomskih tečajev, kot tudi tistim, ki se pripravljajo na magisterij ali doktorsko disertacijo iz medicine, veterine ali farmacije, marsikakšen koristen napotek pa bodo našli tudi tisti, ki se ukvarjajo z znanstvenoraziskovalnim delom na kakšnem drugem znanstvenem področju. Priročnik je že peti v seriji priročnikov, napisanih za potrebe posameznih fakultet. Izšel je tako v tiskani kot tudi elektronski obliki, ki bo omogočila posodabljanje.

Prvi avtor je dolgoletni vodja in mentor podiplomskih ter dodiplomskih tečajev in tako postaja pričujoča publikacija logično nadaljevanje tega dela. Če k temu dodamo še to, da je isti avtor glavni urednik Medicinskega slovarja, se zdi to delo nekakšen zaokrožen zaključek prispevka slovenski medicini. ■

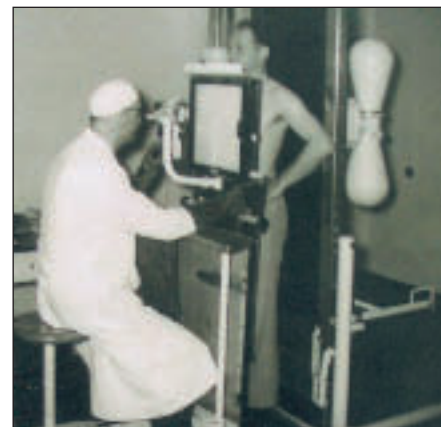
Boris Klun

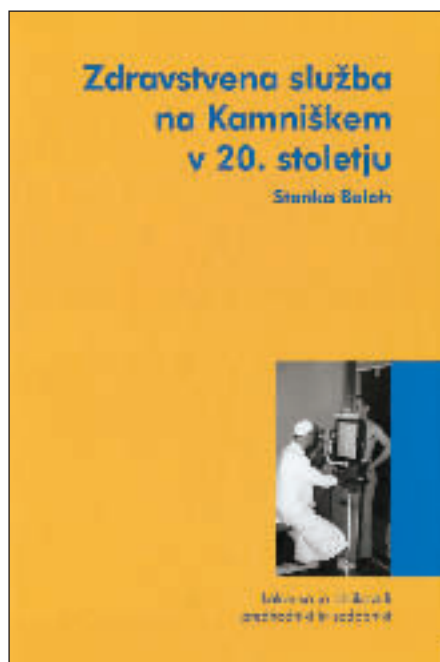
Zdravstvena služba na Kamniškem v 20. stoletju

Mario Kocijančič

Univ. dipl. psihologinja, specialistka klinične psihologije in psihoterapevka Stanka Baloh je v knjižni obliki predstavila osebe, delo in razvojno pot

javnega zdravstva na Kamniškem in okolici v času nemirnega, politično in socialno ter ekonomsko zelo razgibanega dvajsetega stoletja. Za knjigo Zdravstvena služba na Kamniškem v 20. stoletju, s podnaslovom Kakor so jo v





zadnjih sto letih oblikovali predhodniki in sodobniki (220 strani, lična naslovnica, trda vezava, format 17 x 24,5 cm, 145 fotografij in posnetkov številnih dokumentov), je avtorica zbirala materiale in ustna izročila ter pisala in korigirala tekste več kot štiri leta. Z nasveti in dokumenti so ji pomagali mnogi, ki jih je avtorica z imeni navedla v obsežnem uvodniku knjige. Založnik te obsežne in zahtevne monografije je že uveljavljeni Studio Dataprint, d.o.o., Kamnik. Tehtno spremno besedo so prispevali Aleksander Doplihar, dr. med., Igor Ivanetič, dr. med., oba specialista MDPŠ, Kamnik, ter novinarka Danica Šraj.

Že Fran Viljem Lipič je leta 1834 zapisal: »Ker so vlade medicino, zaradi njenega napredka, zdaj imenovala tudi za javno svetovalko in ji zaupale skrb za dobro splošno počutje prebivalstva, je kot veja državne uprave dobila vsebinsko primerno ime zdravstvo, ki označuje to, za kar se medicina nenehno trudi.« F.V. Lipiča ne imenujemo brez razloga za prvega strokovnjaka za javno zdravstvo na Slovenskem. Javno zdravstvo je definirano kot večšina in znanje za preprečevanje bolezni, podaljšanje življenja in promocijo telesnega in duševnega zdravja, izboljšanje zdravstvenih razmer v okolju in osebne higiene, nadzor nad okužbami in boleznimi ter organizacijo službe javnega zdravstva.

V dvajsetem stoletju je bilo kamniško zdravstvo organizirano in delalo kar v osmih različno poimenovanih deželah oz. državah: Dežela Kranjska v Avstro-Ogrski monarhiji; Kraljevina Srbov, Hrvatov in Slovencev;

Kraljevina Jugoslavija; Zasedbena območja Koroške in Kranjske; Demokratična Federativna Jugoslavija; Federativna Ljudska Republika Jugoslavija; Socialistična Federativna Republika Jugoslavija; Republika Slovenija. Pri kronološkem prikazu tako obširne snovi, kot je organizacija in delo zdravstvene službe na Kamniškem v eni knjigi, je najpreglednejša in najbolj racionalna oblika pisanje v obširnejših poglavjih, ki se pokrivajo z ustreznimi časovnimi, političnimi, ekonomskimi, socialnimi, zdravstvenimi in pravnimi obdobji. To je avtorici uspelo v dokajšnji meri in obliki.

Že pred obravnavo poglavij o osebu in delu v zdravstveni službi na Kamniškem se spodobi, da se bralca seznani z antropološko, demografsko, etnološko, geografsko in socialno-ekonomsko sliko kraja, v katerem teče zgodba o zdravju, bolezni in zdravstvenem varstvu. Taka predstavitev Kamnika kot starodavnega mesta pod Grintavci je avtorici uspela, toda le toliko, kot je dovoljeval prostor, namenjen uvodnemu delu knjige. Marsikdo bo v tem delu knjige izvedel kaj novega, domačini pa bodo znanje obnovili.

V 20. stoletje je vstopilo kamniško območje z relativno ugodnimi kazalniki zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva prebivalcev, seveda časovno primerjano s kazalniki povprečja na Gorenjskem, v Deželi Kranjski in ostalih dežel Avstro-Ogrske monarhije. Ta dobra popotnica je bila podprta z najsodobnejšo javnozdravstveno zakonodajo tega časa, sprejeto in objavljeno (tudi v slovenskem jeziku) ob koncu 19. stoletja, ki je ostala praktično v veljavi v naših krajih, z manjšimi



popravki, do konca druge svetovne vojne. V Razglasilu 1889 je bila opravljena strokovna razdelitev Dežele Kranjske v zdravstvena okrožja, izdano službeno navodilo okrožnim zdravnikom in določena pristojbinska tarifa za zdravniške opravke in poti v javni službi. 108 tedanjih gorenjskih občin je bilo razvrščeno v tri zdravstvene okraje (Kamnik, Kranj in Radovljica) in enajst zdravstvenih okrožij, od tega dva v okraju Kamnik (Kamnik in Brdo), pet v okraju Kranj (Kranj, Cerklje, Tržič, Škofja Loka in Železniki) in štiri v okraju Radovljica (Radovljica, Bled, Bohinjska Bistrica in Kranjska Gora). Taka razdelitev Gorenjske in Dežele Kranjske na zdravstvena okrožja ni bila le prva, temveč tudi edina do leta 1893 v avstrijskih deželah! Veljala je uradno do konca leta 1918, dejansko pa celo do 1941. leta.

V knjigi Zdravstvena služba na Kamniškem v 20. stoletju je avtorica opisala svoje arhivsko retrogradno videnje kamniškega okoliša, dežele in tedanjega prebivalstva ter lokalne oblasti in njenega vpliva - sodelovanja z zdravstveno službo v času Avstro-Ogrske monarhije. Poudarila je delo občinskega zdravstvenega zastopa, ki žal skoraj nikjer v deželi ni popolnoma izpolnil pričakovanja zakonodajalca. Taka situacija je bila tudi drugod v deželi in celo v svetu ter se je nadaljevala tudi v Kamniku in na Slovenskem, verjetno do današnjih dni? V tem delu knjige je število omenjenih zdravnikov sorazmerno oddaljenemu času, škoda je le, da večkrat, zaradi objektivnih vzrokov, s pomankljivimi biografskimi podatki. Iz besedila je posebej vidna tedanja skrb za zdravljenje socialno ogroženih skupin prebivalcev, kar je zakon strogo določal in vrednotil. V tem poglavju je tudi popisan nastanek zdravstvenega okrožja v občini Domžale, ki je pozneje večkrat povezan v zdravstvu na Kamniškem in omenjan v knjigi.

Zdravstvena služba na Kamniškem v obdobju med dvema vojnama (1918-1941) je zelo obsežno poglavje knjige. Kajti, to je bilo obdobje, polno novosti v medicini kot stroki, javnem zdravstvu kot doktrini, zdravstveni negi kot večščini, diagnostiki in terapiji s stalno novimi in izboljšanimi instrumenti ter s kadri, šolanimi v domačem okolju in domačem jeziku. V Avstro-Ogrski monarhiji je Dežela Kranjska, ki je kot »nerazvita« dobivala državno pomoč, z združevanjem postala najrazvitejši del Jugoslavije. Industriji in obrti se je obetalo dobro, kmetje pa so izgubili trge v Italiji in Avstriji ter prišli v razmere dejanskega nazadovanja. Družbeni položaj zdravnika je bil, tudi po za slugi predvojni in posodobljene zakonodaje, avtonomen in nesporen. Pod vplivom razvoja higiene, socialne medicine in javnega zdravstva z velikimi zdravniki, kot so bili Ivo in Bojan



Pirc (Ljubljana), Andrija Štampar (Zagreb) in Milan Jovanović-Batut (Beograd), je javno zdravstveno varstvo kot doktrina in večšina prišlo dokaj hitro, ciljano in zelo uspešno na deželo, v tovarne, bolnišnice in institute. Za vselej! Kamniški okraj je imel v letu 1935 tri zdravstvena okrožja: Kamnik (štirje zdravniki, dva dentista, lekarna); Domžale (zdravnik, dentist, lekarna) in Lukovica (zdravnik, hišna lekarna). Zdravstveni dom v Lukovici je bil prvi zdravstveni dom v Sloveniji (slavnostno odprt leta 1926) in med prvimi v Jugoslaviji. Zdravstveni dom v Kamniku pred drugo svetovno vojno je žal ostal le v načrtu.

Zdravstvena služba na Kamniškem med 1941. in 1945. letom je krajše poglavje v knjigi. Avtorica je v kratkih sekvencah popisala nemški prevzem zdravstvenih upravnih poslov za okraj Kamnik, pričetek dela nemškega zdravnika, ki je delal v splošni ambulanti in opravljal tudi zobozdravstvene storitve. Poslovanje je bilo v nemškem jeziku in na podlagi nemške zdravstvene zakonodaje ter zdravstvenega zavarovanja. Domačini so obiskovali raje domače zdravnike, dokler in kjer je bilo to možno. Z občutkom je popisano delo dr. Franca Puclja v otroškem in protituberkuloznem dispanzerju, vse do tragičnega konca. Uradna pokrajinska gorenjska splošna bolnišnica je bila v tem času v posloplju Inštituta za TBC na Golniku.

Zdravstvena služba na Kamniškem po letu 1945 je po pričakovanju najboljše del v knjigi. Avtorica je ta obsežni časovno in tematsko opredeljen del knjige razdelila v petnajst smiselnih poglavij, ki si sledijo v časovnem, strokovnem ali organizacijskem zaporedju. Naslovi in podnaslovi poglavij že

sami veliko povedo. Uvod v ta del knjige je doživeto popisano poglavje o dogajanjih na Kamniškem v prvih letih po koncu druge svetovne vojne.

V času od 1945 do 1991 je bilo obdobje sprejemanja in izvajanja celih svežnjev zakonskih predpisov s področja socialnega, zdravstvenega in delavskega zavarovanja, predpisov za organizacijo, finansiranje in upravljanje zdravstvenega varstva in zavarovanja. Avtorica nas na 40 straneh seznani (»spomni«) z zdravstveno službo, izvajalci, organizacijo enot, finansiranjem, lokacijami in »dislokacijami«, združevanji in razdruževanji, demokratizacijo vodenja v totalitarnem režimu, večnim iskanjem rentabilnosti zdravljenja v času visokih inflacij, iskanjem lokacij za neskončne adaptacije in preselitve ter opravičevanjem za zamude itd., itd. V vsej tej verigi dejavnikov, ki so razvijali, opravljali in vodili zdravstveno službo na Kamniškem tega časa, avtorica ne pozabi na zdravstvene delavce tega obdobja,

slabo plačane toda zveste stroki, tradiciji in izročilu ter kraju. Dosledno poimensko omeni vse – nekatere celo večkrat.

Na desetih straneh je avtorica popisala zdravstveno službo na Kamniškem v prvem desetletju po osamosvojitvi (1991–2000), s posebnim občutkom, da to ni zaključeno obdobje, temveč obdobje, ki traja in v katerem smo tudi mi, bralci in ocenjevalci. Omeni nove družbene odnose, novo zdravstveno in zavarovalno zakonodajo, nov način vodenja in upravljanja, organizacijo dela z računalniško podporo, svobodno izbiro zdravnikov, uveljavljanje družinskega zdravnika, uvajanje zasebne prakse v zdravstvenih dejavnostih itd. Pomen tega obdobja je v knjigi podprt z osnovnimi demografskimi podatki in podatki o zaposlenih v zdravstvu kamniškega področja in Sloveniji.

Avtorica se je odločila, da popiše razvoj in upravljanje zdravstvene službe na Kamniškem v obdobju 1900–2000 ločeno, v dveh obširnih poglavjih na koncu knjige. Pri tem se ni mogla izogniti nekaterim ponavljanjem dogodkov in oseb, kar je stalna nevarnost pri pisanju dolgih besedil, ki popisujejo eno temo v enem okolju. Kljub temu so podatki iz teh poglavij poučni, verjetno ni spregledana nobena dejavnost, služba, enota, delovna skupina ali posameznik.

Poglavje Socialno-zdravstvene ustanove na Kamniškem (ob koncu knjige) je popisano na podlagi bogatega in zanimivega fonda podatkov, s poudarkom, da so špitali, hiralnice, ubožnice, sirotišnice, domovi za najdenčke, izgnance, begunce, invalide, starostnike itd. ter kopališča, toplice in naravna zdravilišča od vselej bili sestavni in nepogrešljivi del ali dejavnost javnega zdravstva v najširšem pomenu besede. Ta del knjige je posebej dobro berljiv.

Ni bilo lahko pisati knjige o zdravstveni službi na Kamniškem za preteklo in izjemno razgibano dvajseto stoletje. Upam, da bodo bralci to knjigo Stanke Baloh z zanimanjem brali in razumeli njen pomen in namen. ■



Moja četrta kariera

*Metka Klevišar: Moja četrta kariera.
Mohorjeva družba, Celje, 2004, 105 str.*

Preden sem začel pisati, sem kar nekaj časa proučeval avtoričino sliko na zavihku knjige. Pravzaprav gre za fotografijo, ki se neverjetno dobro ujema s sliko v mojem spominu. Včasih sem jo srečal, a dlje od pozdrava nisva prišla. Proti koncu aprila 2006 pa sem na srečo njeno knjigo dobil v dar. Darovalka je bila onkologinja, pravzaprav avtoričina sodelavka. Knjigo sem prejel hkrati z njenim nasmeškom in besedami "morda ti bo všeč".

Z branjem sem začel tako kot vedno. A kmalu, nekako na med 20. in 30. stranjo, se je v meni pojavila napetost, ki je hitro rastla do stopnje, ki je nisem mogel več prenašati. Knjižico sem odložil, se oblekel in se odpravil na inštitut z izgovorom, da "moram pregledati elektronsko pošto". V ta izgovor sem potem vključil še nekaj drugih neumnosti, vendar je potem napetost popustila in ko sem se vrnil domov, sem knjižico prebral do konca v enem zamahu in si označeval - kar sicer počnem le izjemoma - značilna mesta.

"Moja četrta kariera" je precej več kot zapis o zdravnici, ki je bolnica. Arbitrarno ima dva dela. Prvi se konča na str. 74, drugi pa začne na str. 75. Morda ima - tudi arbitrarno - dva vidika: Po eni strani je to zapis o načinu življenja, po drugi strani pa zapis o zdravnici, ki je bolnica in ki zdravi (ali poskuša zdraviti) bolnike.

Metko Klevišar sem bral bolj s prvega vidika. In moram ji povedati, da se takrat, ko je zbolela, verjetno ne bi znal pogovarjati z njo (str. 19). Pa bi se znal zdaj, ko se zdi, da je medicina česen že dala na svoje mesto (str. 22)?

V prvem delu sem zaznamoval približno 20 mest. Kar zadeva razmerje med zdravim zdravnikom in bolnim zdravnikom, je zanimiv opis ter refleksija na str. 25. Ali refleksija o vrabcih (str. 29; lep spomin na sv. Frančiška) in najmanj dveh scenarijih (str. 31; moj oče je imel vse aktivno življenje samo en scenarij, drugega pa je začel iskati prepozno). Kam zares uvrstiti bolnika, ki se počuti zdravega (str. 36-37, prim. tudi str. 24)? In na str. 39 je - vsaj zame - zapisana doslej najboljša definicija čudeža. In - je mar človekovo bistvo hkrati nesmrtnost (str. 52)?

Tudi v drugem delu, kjer se začne drugačen svet, sem si naredil nekaj zaznamkov, vendar se mi zdijo preveč osebni, da bi jih komentiral. Gre za nekakšno izpoved, zakaj (čemu) avtorica veruje. Medtem ko je vera v ospredju, se religija zdi nekako v ozadju. Vsekakor pa tudi ta del prispeva k nenavadnemu vzdušju potem, ko bralec knjigo odloži in se zamisli. Jaz sem to čutil približno kot hvaležnost, ki pa ni usmerjena navzven, temveč navznoter. Zdi se mi skoraj istovetna s srečo.

Knjižica tudi pripoveduje, kaj medicina je in kaj medicina ni. Morda tudi, kaj bi medicina rada bila, a to nikoli ne more biti - razen če...



In kakšna naj bi bila popotnica knjigi?

Moja bo sledila zgledu: Kupil bom vsaj en izvod in ga podaril tistemu, ki zna poslušati, slišati in biti hvaležen - sebi.

Kaj pa popotnica zunaj mene?

Medicinska fakulteta (v Mariboru in Ljubljani) in Zdravniška zbornica Slovenije naj pri Mohorjevi družbi kupi vso naklado knjižice Moja četrta kariera in razpošlje vsem medicincem in vsem zdravnikom - pa četudi je možno, da bo mnogo izvodov pristalo v smeteh ali med starim papirjem. Verujem pa, da bo nekaj izvodov prebranih. Bralci - zdravniki ali pa tudi ne - jo bodo dojeli kot eno najboljših sporočil o človeku.

Marjan Kordaš

Dušan Sket

(prof. dr., dr. med.) – pesnik



Kako naj ga predstavim, kot pravimo, "v nekaj vrsticah"?

Lani, med vajo "Krvavitev", mi je prišlo na misel, da tokrat zadnjič skupaj delava pri tej vaji za tretji letnik medicincev. In potem je prišlo kar samo od sebe; nekje med razpravo o tropnih učinkih vegetativnega živčevja, vazodilatacijah, presoreceptorjih in ostalih dolgočasnostih sem Dušana prekinil. Študentkam in študentom sem povedal, da odhaja v pokoj in da "je bilo sodelovanje s prof. Dušanom Sketom ena sama radost."

V razponu facilitacija-inhibicija biva bolj na strani slednje. Razen v razmerah, ko zavestno dopusti premik v nasprotno smer. Običajno se to zgodi na inštitutskih slavih, ko nastopajo ustrezno vročinsko obdelani lipidi ter običajno topilo za slednje. Takrat se Dušan izkaže za nepopisno zabavnega in duhovitega človeka. Pojav poezije me je sicer presenetil, a vendar je bil pravilo. Upam, da se bodo bralci zabavali enako kot jaz.

Marjan Kordaš

Hôpital Cochin (Paris, 1973) ♦

Na urgenci ležim,
sosedo dobim,
blodi:
"Je suis un peintre."
Delirij ima,
noč kratka bo,
ha!
Il est un peintre.
Zjutraj po viziti
sobo dobim,
s starim gospodom
si jo delim.
Dremav je zelo,
noč dolga bo,
ho!
Il n'est pas un peintre.

Motoristova smrt ♦

Na okna že trka pomad, listje pripravlja se k
brstu,
ptički veselo pojo, dela na polju že kmet.
Sapa pomladna pihlja, prinaša sveže dišave,
jasno nebo se modri, sonce že greje topló.
V jarku pod cesto leži truplo mladeniča mrtvo,
v travi je mladi pustil svoje sledi nov motor.
Želel vzleteti je v zrak, kot da ga nesejo krila,
trd je pristanek ujel, v mrežo se smrti zavlil.

Alkoholik ♦

Vsak dan dopoldne panika ga zgrabi,
strah v prsih stiska in srce razbija,
nemir narašča, roka žilo tipa,
rešitev groze ena sama se ponuja.
Steklenko polno vina že odpira,
kozarec, dva ga rešita nemira,
a krog začarani se s tem začne
in steklenice prazni do večera.
Ko mu omama zadnjo moč odvzame
na postelji oblečen obleži,
ga sen težak kot mrtveca objame.
Zbudi se sred' noči močno znoječ
mehur izprazni, zleze v pižamo,
sklep trden dela, pil ne bo ga več.

Pljučni bolnik ♦

Težka sapa in otekle noge,
so v bolnico me pripeljale,
izprašajo me vse po vrsti,
kako težave te so mi nastale.
Bil človek sem navaden, neopazen,
rad sem kadil, rad zvrnil kakšno čašo,
življenje je prek meno šlo kot kazen,
in nezaznavno leta so minila.
Saj dobro vem, da pot nazaj ne more
se obrniti spet v prejšnje čase,
da mi odmerjena je skopa mera
zraka potrebnega, ki še ga vlečem vase.
Želim si le, da kdo bi stal ob meni,
ko zadnja ura končno me zateče,

da znoj obriše s čela, v roko seže
in da prijazno mi besedo reče.

Stara gospa ♦

Stara gospa
se sama sprehaja
s kužkom betežnim,
ki nič več ne laja.
Pozdravim prijazno:
"Kako ste, gospa?"
"Vse je drugače,
ko nisva več dva."

Obdukcija ♦

Na mizi truplo, zraven žaga, nož,
pinceta, škarje, igla, tehcnica,
ob njej s predpasnikom opasan mož
pripravlja se, da smrti vzrok spozna.
Telo odpira se kot stara knjiga,
bolezni sled razkriva vsaka stran,
leha v žili, strdek, zarastlina,
krvi izliv, razjeda, gnil organ.
Možgane mrtve misli zapustijo,
srce, nemirno prej, se ne odziva,
oči, ki svet so ljubkemale, se sušijo.
On pa vzrok smrti išče, narekuje,
v formol namaka koščke tkiva,
tajnica tipka, nohte opazuje.

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili specialistični izpit

Dr. **Bojana Avguštin**, dr. med.,
specialistka psihiatrije,
izpit opravila 12. 4. 2006 s pohvalo

Hristo Kirilov Grančarov, dr. med.,
specialist ortopedske kirurgije,
izpit opravil 20. 4. 2006

Asist. mag. **Katja Groleger Sršen**, dr. med.,
specialistka fizikalne in rehabilitacijske
medicine, izpit opravila 10. 4. 2006 s pohvalo

Asist. dr. **Katja Prokšelj**, dr. med.,
specialistka interne medicine,
izpit opravila 14. 4. 2006 s pohvalo

Petra Rupar, dr. med., specialistka splošne
kirurgije, izpit opravila 13. 4. 2006

Mag. **Špela Tadel Kocjančič**, dr. med.,
specialistka interne medicine,
izpit opravila 7. 4. 2006

Simon Terseglav, dr. med., specialist interne
medicine, izpit opravil 21. 4. 2006 s pohvalo

Samo Tetičkovič, dr. dent. med., specialist
oralne kirurgije, izpit opravil 12. 4. 2006

Asist. dr. **Vesna Zadnik**, dr. med.,
specialistka javnega zdravja,
izpit opravila 4. 4. 2006 s pohvalo

Mag. **Alenka Zupančič Pridgar**, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila 13. 4. 2006

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

Barbara Dekleva, dr. med.,
izpit opravila 28. 2. 2005 s pohvalo

Simon Hawlina, dr. med.,
izpit opravil 30. 6. 2005 s pohvalo

Ana Mavko, dr. med.,
izpit opravila 31. 3. 2006 s pohvalo

Nataša Jelerčič, dr. med.,
izpit opravila 30. 4. 2006 s pohvalo

Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani 3. 4. 2006 so bili v novi naziv soglasno izvoljeni spodaj naštetih sodelavci:

Izr. prof. dr. **Alojz Gregorič**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv izrednega
profesorja za področje pediatrija

Doc. dr. **Danijel Petrovič**, dr. med., izvoljen
v naziv izrednega profesorja za področje
histologija in embriologija

Doc. dr. **Marko Živin**, dr. med., izvoljen
v naziv izrednega profesorja za področje
patološka fiziologija

Asist. dr. **Miroslav Petrovec**, dr. med.,
izvoljen v naziv docenta za področje
mikrobiologija in imunologija

Asist. dr. **Martina Drevenšek**, dr. dent. med.,
izvoljena v naziv docentke za področje
čeljustna in zobna ortopedija

Asist. dr. **Maja Ovsenik**, dr. dent. med.,
izvoljena v naziv docentke za področje
čeljustna in zobna ortopedija

Doc. dr. **Dušan Andoljšek**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv docenta za
področje interna medicina

Doc. dr. **Avgust Župevc**, dr. med., ponovno
izvoljen v naziv docenta za področje

otorinolaringologija

Asist. dr. **Erika Brenčič**, dr. med., ponovno
izvoljena v naziv asistentke za področje
radiologija

Mag. **Drago Brilej**, dr. med., ponovno
izvoljen v naziv asistenta za področje
kirurgija

Asist. dr. **Klementina Fon Tacer**, dr. vet.
med., ponovno izvoljena v naziv asistentke
za področje biokemija in molekularna
biologija

Asist. mag. **Simon Herman**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta za
področje kirurgija

Asist. mag. **Marjetka Hovnik Keršmanc**, dr.
med., ponovno izvoljena v naziv asistentke
za področje javno zdravje

Asist. mag. **Gorazd Kalan**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta za
področje pediatrija

Asist. **Gordana Živčec Kalan**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke za
področje družinska medicina

Asist. mag. **Jana Makuc**, dr. med. in univ.
dipl. biol., ponovno izvoljena v naziv
asistentke za področje biologija celice

Asist. dr. **Maja Matis**, univ. dipl. mikrobiol.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke za
področje biokemija in molekularna biologija

Asist. **Tomislav Mirković**, dr. med., ponovno
izvoljen v naziv asistenta za področje
anesteziologija z reanimatologijo

Asist. mag. **Teodor Pevec**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta za
področje kirurgija

Asist. dr. **Nataša Tul Mandić**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke za
področje ginekologija in porodništvo

Igor Čuček, dr. med., izvoljen v naziv
asistenta za področje kirurgija

Amadej Lah, dr. med., izvoljen v naziv
asistenta za področje kirurgija

Tomaž Štupnik, dr. med., izvoljen v naziv
asistenta za področje kirurgija

Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

Doktorski naziv so dosegli:

Dr. Marjan Koršič, dr. med.

naslov: "Pomen spremljanja presnove poškodovanih možganov"

mentor: akad. prof. dr. Vinso V. Dolenc

področje: medicinske vede

zagovor: 22. 3. 2006

Dr. Erik Breclj, dr. med.

naslov: "Prognostični pomen klinično-patoloških značilnosti, izražanje E-kadherina, DNA ploidije in proliferacijske aktivnosti pri folikularnem karcinomu ščitnice"

mentor: doc. dr. Matej Bračko

somentor: znanst. sod. dr. Ana Pogačnik

področje: medicinske vede

zagovor: 28. 3. 2006

Dr. Manca Tekavčič Pompe, dr. med.

naslov: "Barvni vidni evocirani potenciali pri zdravih otrocih in pri otrocih z okvarami barvnega vida"

mentor: viš. znanst. sod. dr. Jelka Breclj

somentor: prof. dr. Branka Stirn Kranjc

področje: medicinske vede

zagovor: 12. 4. 2006

Dr. Hana Krečič Stres, univ. dipl. biol.

naslov: "Časovni potek izražanja genov pri odporni sorti krompirja po okužbi z virusom PVY^{NTN}"

mentor: prof. dr. Maja Kovač

področje: biokemija in molekularna biologija

zagovor: 12. 4. 2006

Asist. dr. Nataša Uršič Bratina, dr. med.

naslov: "Epidemiološko in genetsko ozadje sladkorne bolezni tip 1 pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji"

mentor: prof. dr. Tadej Battelino

področje: medicinske vede

zagovor: 13. 4. 2006

Asist. dr. Janja Pretnar Oblak, dr. med.

naslov: "Možgansko žilna odzivnost na L-arginin in endotelijsko odvisna vazodilatacija pri bolnikih z lakunarnimi infarkti"

mentor: prof. dr. Tomaž Pogačnik

somentor: prof. dr. Mišo Šabovič

področje: medicinske vede

zagovor: 14. 4. 2006

Dr. Matija Krkovič, dr. med.

naslov: "Elektrofiziološko spremljanje delovanja ulnarne živca med kirurško oskrbo znotraj sklepne zlomov spodnjega dela nadlahtnice pri odraslih"

mentor: prof. dr. Roman Bošnjak

somentor: prof. dr. Marjan Kordaš

področje: medicinske vede

zagovor: 18. 4. 2006

Dr. Marko Korošec, dr. med.

naslov: "Interakcije mežikanja in vidnega sledenja pri bolnikih s Parkinsonovo boleznijo"

mentor: doc. dr. Zvezdan Pirtošek

področje: medicinske vede

zagovor: 19. 4. 2006

Dr. Renata Okrajšek, dr. med.

naslov: "Učinki zdravljenja z atorvastatinom pri bolnikih z napredovalim srčnim popuščanjem"

mentor: doc. dr. Bojan Vrtovec

področje: medicinske vede

zagovor: 24. 4. 2006

Asist. dr. Samo K. Fokter, dr. med.

naslov: "Vpliv etidronata na periprotetično mineralno kostno gostoto po artroplastiki kolka"

mentor: doc. dr. Radko Komadina

področje: medicinske vede

zagovor: 24. 4. 2006

Dr. Karin Writzl, dr. med.

naslov: "Pomen genomskih mutacij pri izbranih genetskih multifaktorskih boleznih"

mentor: prof. dr. Borut Peterlin

področje: medicinske vede

zagovor: 25. 4. 2006

Naziv magistra so dosegli:

Mag. Martin Rakuša, dr. med.

naslov: "Informacijski procesi v motoričnem sistemu – pristop s transkranialno magnetno stimulacijo"

smer: magistrski študij "Master of Advanced Medical Science Alpe-Adria"

mentor: prof. Piero Paolo Battaglini, dr. med.

področje: medicinske vede

zagovor: 16. 9. 2005

Mag. Maja Šereg Bahar, dr. med.

naslov: "Glasovne motnje in gastroezofagealni refluks"

smer: biomedicina – medicina

mentor: prof. dr. Irena Hočevar Boltežar

področje: medicinske vede

zagovor: 18. 4. 2006

Mag. Maksimiljan Kadivec, dr. med.

naslov: "Ultrazvočna diagnostika žilnih sprememb pri kombiniranem zdravljenju karcinomov glave in vratu"

smer: klinične medicinske vede

mentor: doc. dr. Hotimir Lešničar

somentor: prof. dr. Vladimir Jevtič

področje: medicinske vede – radioterapija in onkologija

zagovor: 21. 4. 2006



Seznam izdanih habilitacijskih odločb Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

SEZNAM IZDANIH HABILITACIJSKIH ODLOČB MF UM

Zap. št. odločbe	oseba	habilitacija		datum izdaje odločbe:	trajanje do:
		akad. naziv:	habil. naziv:		
3-79/06-MOČ	MIRJANA BRVAR		asistent	radiologija	3.4.2006 2.4.2009
3-80/06-MOČ	UROŠ DOBNIKAR		asistent	kirurgija	3.4.2006 2.4.2009
3-81/06-MOČ	ANDREJA DVORŠAK ERKER		asistent	radiologija	3.4.2006 2.4.2009
3-82/06-MOČ	TATJANA GOLOB GULIČ		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-83/06-MOČ	MATJAŽ HOMŠAK	mag.	asistent	pediatrija	3.4.2006 2.4.2009
3-84/06-MOČ	JAKA KOŠAR		asistent	kirurgija	3.4.2006 2.4.2009
3-85/06-MOČ	DAMIR KOŠUTIČ		asistent	kirurgija	3.4.2006 2.4.2009
3-86/06-MOČ	MILAN KOTNIK		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-87/06-MOČ	IGOR KRUME BALEVSKI		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-88/06-MOČ	LUDVIK PUKLAVEC		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-89/06-MOČ	MITJA RUPREHT		asistent	radiologija	3.4.2006 2.4.2009
3-90/06-MOČ	FRANC SVENŠEK		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-91/06-MOČ	ANDREJ TESTEN		asistent	kirurgija	3.4.2006 2.4.2009
3-92/06-MOČ	MITJA TOPALOVIČ		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-93/06-MOČ	MARTIN TRETJAK	mag.	asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009
3-94/06-MOČ	ANDREJ ZAVRATNIK		asistent	interna medicina	3.4.2006 2.4.2009





S I S I

Zapis zdravil na KZZ

Sredi maja 2006 smo v Sloveniji uvedli zapis zdravil, izdanih na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, na kartico zdravstvenega zavarovanja (KZZ). Ker večina zdravnikov, zaposlenih v zdravstvenih zavodih, nima profesionalne kartice, obenem pa vlada v zdravstvenih zavodih v Sloveniji pomanjkanje čitalcev KZZ in osebnih računalnikov, so na ZZZS prišli na revolucionarno idejo.

Vsem zdravnikom, zaposlenim v javnih zdravstvenih zavodih, bodo v mesecu juniju v predel čelnega režnja vgradili

čitalce s predinštalirano profesionalno kartico. Tako bodo zdravnikom tudi v dežurstvu, ne glede na lokacijo delovnega mesta, vedno in povsod dostopni bolnikovi ključni podatki, se pravi zdravila, ki jih prejema. Za branje kartice ne bomo potrebovali ne osebnega računalnika, ne dlančnika in ne vira električne energije.

Poseg je relativno neboleč, opravi se v lokalni anesteziji, vgradnjo čitalcev pa bodo pooblaščenim monterji ZZZS pri slovenskih zdravnikih opravili v mesecu juniju 2006.

Zdravniki, ki tovrsten poseg od-

Vsak zdravnik bo imel svoj lastni čitalec KZZ

klanjajo, morajo do 3. junija 2006 na območne enote ZZZS vložiti notarsko overjene vloge za odklonitev vgradnje čitalca. Vgradnje čitalca so sicer oproščeni upokojeni zdravniki ter tisti z dokazano alergijo na šibki tok.

Vzdrževanje čitalca je preprosto, potrebno je le redno čistiti rezo s priloženo krtačko, nikakor pa v rezo čitalca ne smete vlagati kovancev, kreditnih kartic ali smeti.



Slika prikazuje čitalec KZZ in situ.



Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO XV, ŠT. 6, 1. junij 2006
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: zdravniska.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.gadjijev@sb-mb.si
Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR
Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.
E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR
EDITORIAL BOARD
Martin Bigec, dr. med.
Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. 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
Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

OBLIKOVANJE • DESIGN
za ATELIER IM • Katja Žlajpah, u. d. i. a.
RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV
IN PRIPRAVA ZA TISK • DTP
Camera d. o. o.

Knezov štraden 94, Ljubljana
tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING
Atelier IM d. o. o.,
Breg 22, Ljubljana
tel.: 01/24 11 930
faks: 01/24 11 939
E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY
Tiskarna Povše,
Povšetova 36 a, Ljubljana
tel.: 01/230 15 42

Isis

Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Sodelovali

Asist. mag. Miha Arnol, dr. med.,
KO za nefrologijo, SPS Interna
klinika, KC Ljubljana • Dragan
Arrigler, Klick, Ljubljana • Prim.
asist. Martin Bigec, dr. med., ZD
dr. Adolfa Drolca Maribor • Živo
Bobič, dr. dent. med., Babit d. o.
o., Ljubljana • Elizabeta Bobnar
Najžer, prof. sl., ru., Zdravniška
zbornica Slovenije • Prim. prof.
dr. Andrej F. Bren, dr. med.,
svetnik, KO za nefrologijo, SPS
Interna klinika, KC Ljubljana •
Prim. dr. Vasilij Cerar, dr. med.,
svetnik, SPS Ginekološka klinika,
KC Ljubljana • Izr. prof. dr. Erika
Cvetko, dr. dent. med., Inštitut za
anatomijo, MF Ljubljana • Asist.
mag. Tomaž Čakš, dr. med., In-
štitut za higieno, MF Ljubljana
• Aleksander Doplihar, dr. med.,
Ambulanta s posvetovalnico za
osebe brez zdravstvenega zava-
rovanja ZD Ljubljana, Enota ZD
Bežigrad • Doc. dr. Matjaž Fležar,
dr. med., Bolnišnica Golnik – KO
za pljučne bolezni in alergijo •
Mag. Zlatko Fras, dr. med., KO
za žilne bolezni, SPS Interna kli-
nika, KC Ljubljana • Iztok Gra-
decki, dr. med., SB Novo mesto
• Gordana Jurkovič, dr. med., ZD
Ljubljana, Enota ZD Center •
Prim. prof. dr. Aljoša Kandus, dr.
med., svetnik, KO za nefrologijo,
SPS Interna klinika, KC Ljublja-
na • Asist. Vojko Kanič, dr. med.,
Zdravniška zbornica Slovenije •
Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.,
OZG OE ZD Jesenice, ZP Kranj-
ska Gora • Prof. dr. Boris Klun,
dr. med., višji svetnik, upokojeni
zdravnik, Ljubljana • Prim. mag.
Mario Kocijančič, dr. med., upo-
kojeni zdravnik, Kranj • Miriam
Komac, Ministrstvo za zdravje,
Ljubljana • Akad. prof. dr. Mar-
jan Kordaš, dr. med., upokojeni
zdravnik, Ljubljana • Doc. dr.

Pavle Košorok, dr. med., Iatros
d. o. o., Ljubljana • Špela Kova-
čič, Ljubljana • Mateja Krajc, dr.
med., Onkološki inštitut Ljub-
ljana • Asist. dr. Mitja Lainščak,
dr. med., Interni oddelek, SB
Murska Sobota • Vanja Malis,
Ljubljana • Sabina Markoli, dr.
dent. med., Zdravniška zbornica
Slovenije • Katja Martinc, Zdrav-
niška zbornica Slovenije • Jožica
Maučec Zakotnik, dr. med., ZD
Ljubljana • Izr. prof. dr. Marko
Noč, dr. med., CIIM, SPS Inter-
na klinika, KC Ljubljana • Prof.
dr. Vladislav Pegan, dr. med.,
Zdravniška zbornica Slovenije •
Žarko Pinter, dr. med., Zdravni-
ška zbornica Slovenije • Zdravko
Plečnik • Asist. mag. Marko Po-
korn, dr. med., Klinika za infek-
cijske bolezni in vročinska stanja,
KC Ljubljana • Izr. prof. dr. Maja
Primic Žakelj, dr. med., Onko-
loški inštitut Ljubljana • Tatjana
Puc Kous, dr. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • Prim. Janez
Remškar, dr. med., Ministrstvo za
zdravje, Ljubljana • Gorazd Saj-
ko, dr. dent. med., ZD dr. Adolfa
Drolca Maribor • Prim. Marjeta
Sedmak, dr. med., svetnica, SPS
Pediatrska klinika, KC Ljubljana
• Prim. asist. mag. Mirjana Stan-
tič Pavlinič, dr. med., ZD Ljublja-
na • Prim. mag. Marjana Šalehar,
dr. med., svetnica, ZD Ljubljana
• Tina Šapec Mahmutović, univ.
dipl. prav., Zdravniška zbornica
Slovenije • Franc Šuta, dr. med.,
Zdravniška zbornica Slovenije •
Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr.
med., višji svetnik, Inštitut za kli-
nično nevrofiziologijo, SPS Nev-
rološka klinika, KC Ljubljana •
Helena Turk, absolventka medi-
cine, Ljubljana • Maruška Vido-
vič, dr. med., Inštitut za varova-
nje zdravja RS, Ljubljana • Sveto
Vitorovič, dr. med., Psihiatrična
klinika Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za ob-
javo v reviji Isis je do 10. v mesecu
(prejeto v uredništvu) za naslednji
mesec. Članke lahko pošljete po pošti
na naslov uredništva, po faksu ali po
elektronski pošti. Da bi se izognili
podvajanju dela, vam predlagamo, da
članke oddajate v elektronski obliki
(disketa, zgoščenka, e-pošta). Dolžina
člankov je omejena na največ 30.000
znakov – štetje brez presledkov (veli-
kosti 12 pp, oblika pisave times new
roman). Lahko priložite fotografije,
diapozitive ali digitalne fotografije
(velikost najmanj 300 dpi).
Ker izbrane prispevke honoriramo,
priložite tudi svoj polni naslov stalne-
ga bivališča, davčno številko, davčno
izpovedo, popolno številko tekočega
ali žiro računa in ime banke.

Navodila o navajanju pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navede-
na imena farmacevtskih podjetij, de-
lovnih organizacij, matičnih delovnih
organizacij, kjer ste zaposleni, društev,
združenj in ostalih pravnih ter fizičnih
oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli
prispevala k nastanku prispevka.
Uredništvo si pridržuje pravico, da bo
imena objavljalo v enotni obliki.

Navodila za objavljanje prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na naj-
več dve strani v reviji Isis, objavljena
je lahko le ena fotografija, ki se vštev-
va 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 vse-
bovati kratek zaključek, kaj pomeni
srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje
oziroma kako je mogoče izsledke prene-
sti v slovenski prostor. V primeru, da
je slovenska stroka v svetovnem vrhu,
je treba v zaključku na kratko povzeti
njeno vlogo v ustreznem merilu. Pris-
pevkov, 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, (49,20 EUR) za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, (98,40 EUR) posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT (4,10 EUR). 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. Pošt-nina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7950 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber
Prof. **Vladislav Pegan**, M. D., Ph. D.
E-mail: vladislav.pegan@zss-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. Andreja Kocijančič,
M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, S. D.
The President of the Assembly
Vojko Kanič, M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council
Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.
The president of the Professional medical committee

Prof. Andreja Kocijančič,
M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Prim. **Mateja Bulc**, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Jožef Ferk**, M. D.

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, S. D.

The president of the Legal-ethical committee

Žarko Pinter, M. D., M. Sc.

The president of the Social-economic committee

Jani DERNIČ, M. D.

The president of the Private practice committee

Tatjana Puc Kous, M. D.

The Secretary General
Brane Dobnikar, L. L. B.

Public Relations Department
Elizabeta Bobnar Najžer, B. A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe 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
Mojca Vrečar, M. B. A. B. Sc. Econ.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

Umirimo javna obtoževanja o napakah v slovenskem zdravstvu

Zaposlene v zdravstvu in vso slovensko javnost že nekaj let vznemirjajo afere zaradi domnevnih zdravniških napak, kršitev poklicnih dolžnosti in sumov podkupovanja. Razpletanje teh afer največkrat poteka od samih začetkov naprej pred očmi vse slovenske javnosti.

Javnost ima seveda pravico, da je obveščena, in mediji tej pravici učinkovito strežejo. Nerumeni tisk, radio in televizija po naši oceni to opravljajo večidel korektno in jim hujših spodrsrlajev ne moremo očitati. V nasprotju s tem pa gredo posamezni v afere vpleteni – predvsem tožniki, včasih pa tudi osumljeni – pogosto predaleč, ko skušajo na svojo stran pridobiti javnost. Medije pritegnejo že takrat, ko krivda še ni dokazana, sporočajo jim svoje prenatgljene ocene in videli smo že tudi boleče ukrepe, ki so bili prezgodnji, nepotrebni in krivični.

Vse to ima lahko vrsto hudih posledic, zlasti ko gre za neutemeljen sum napake, prestopka, kaznivega dejanja. Pogosto rajši verjamemo slabo kot dobro in sumu o nečednostih se neradi odrečemo, češ, "kjer je



Prof. Jože Trontelj

dim, mora biti tudi ogenj". Redko kdo, ki je bil v javnem linču po krivem obdolžen, lahko povsem opere svojo čast in le močni osebnosti sčasoma uspe obnoviti lastno duševno integriteto. Prizadeti so tudi njegovi svojci in sodelavci v poklicu. Afere, ki se dolgo razpletajo, hudo poslabšajo ozračje v stroki, ne glede na to, ali se utemeljenost suma naposled dokaže ali ovrže. Še bolj obžalovanja vredna je škoda zaradi omajanega za-

upanja javnosti in bolnikov v pošteno delo zdravnikov.

V omikanem svetu že več kot stoletje velja pravni sistem, katerega načela so preprosta in dobro znana. Predvsem nihče ne more veljati za krivega, dokler mu krivda ni dokazana. Breme dokazovanja je na tožniku. Obdolženi mora imeti vse legitimne možnosti, da obtožbe izpodbije. V postopku je treba skrbno zavarovati njegove pravice. Začetno preiskavo je treba izpeljati obzirno in diskretno, čim hitreje pa jo je treba tudi dokončati. Šele takrat nastopi čas za sodbo in sankcije, sorazmerne s težo dejanja ali opustitve dolžnosti. Huda etična napaka je, če javnosti razkrijemo

domnevno dejanje in domnevnega krivca, preden je sum dobro utemeljen. Še slabše pa je, če je neupravičeno zgodnje razkritje v službi kakega nelegitimnega interesa.

Ni težko ugotoviti, da spoštovanja teh načel ob zadnjih aferah ni bilo ali ga je bilo premalo. Mnogi zaposleni v zdravstvu so demoralizirani. Ugled stroke med prebivalstvom je utrpel veliko škodo,

o čemer zgovorno priča na primer rezultat nedavne ankete o podkupljivosti zdravnikov. Zdravniki opažamo, da so naši bolniki postali nezaupljivi in zbegani, da so prizadeti. A ne gre samo za moralno škodo. Trpi tudi terapevtski odnos, za katerega je potrebno spoštovanje in zaupanje.

Nekateri prepoznavajo v teh dogodkih in reakcijah nanje razvijajoč se nov, neprijazen in škodljiv vedenjski vzorec v slovenski družbi, ki ga žal redko kdo javno obsoja. Če želimo, da bo nam in našim otrokom v slovenski državi prijetno živeti, je čas, da začnemo



Prof. Marjan Kordaš

skupaj gojiti boljšo kulturo medsebojnih odnosov. Ti bodo mnogo bolj kot danes morali temeljiti na zaupanju, pa tudi na zavesti, da se zlorabe zaupanja ne izplačajo. Prevladujoče vedenje lahko odločilno spremeni šele dolgoletna vzgoja za vrednote, ki jo moramo začeti že pri otrocih. Najprej s pravimi sporočili in z dobrimi zgledi – za to pa je čas že danes.

*Prof. dr. Jože Trontelj,
za Komisijo Republike Slovenije
za medicinsko etiko*

*Prof. dr. Marjan Kordaš,
za Razred za medicinske vede Slovenske
akademije znanosti in umetnosti*

(Dokument je nastal oktobra 2003)