

ISIS

GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Strokovna revija ISIS / Leto XVI. / številka 7 / 1. julij 2007

števila 7 / 1. julij 2007



Delo skupščine – revizija statuta in aktov ZZS



Diana Terlević Dabić, dr. dent. med.

18. člen

(skupščina)

Skupščina je najvišji organ Zbornice.

20. člen

(pristojnost skupščine)

Skupščina opravlja naslednje naloge:

1. sprejema:

- a. statut zbornice;
- b. kodeks medicinske deontologije;
- c. poslovnik o delu skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov zbornice.

29. člen

(sklepčnost skupščine in sprejemanje odločitev)

Z dvotretjinsko večino vseh poslancev se sprejema statut zbornice in kodeks medicinske deontologije.

Z večino glasov vseh poslancev se sprejema poslovnik o delu skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov zbornice.

Od začetka mandata poslancev te skupščine se kot eden najpomembnejših projektov obravnava projekt revizije aktov Zbornice, ki določajo postopke pri Zdravniški zbornici. To so statut kot najvišji akt, poslovnik o delu skupščine in izvršilnega odbora, pravilnik o delu komisije za volitve in pravilnik o delu nadzornega odbora, ki do sedaj ni obstajal.

Projektna skupina za revizijo aktov je po obdelavi številnih predlogov ugotovila, da je potrebno akte napisati na novo. Delo komisije za volitve in imenovanja je bilo zelo oteženo zaradi nejasnih določil še veljavnega statuta, še posebej pri izvedbi volitev, kar bo naslednje leto zelo aktualno.

Nadzorni odbor sedaj deluje brez pravilnika in ga je bilo treba napisati.

Seveda, tudi želja po samostojnosti zobozdravnikov je bila prisotna že dlje časa. Enotno mnenje je bilo, da je bolje, da zdravništvo ostane enotno, da pa se poizkuša s spremembo nekaterih aktov doseči večjo samostojnost. Zobozdravniški poklic je specifičen poklic in je tudi v okviru vključitve v Evropsko unijo potrebno s spremembo aktov zagotoviti neodvisno delovanje odbora za zobozdravstvo v okvirih Zdravniške zbornice.

Projektna skupina za akte je delovala v dveh strnjenih sklopih. Prvi sklop je potekal od marca 2005 do konca novembra 2005, zelo produktivno. Na osmih sestankih so predelali vse ključne zadeve v zvezi s statutom, poslovnikom in volilnim pravilnikom in se opredelili do njih.

Skupščinski svet je na 11. seji, 31. maja 2006, s sklepom št. 19 zadolžil delovno skupino za pripravo aktov, da do oktobra 2006 pripravi osnutke aktov, tako da bi bila lahko podana prva informacija na jesenski skupščini.

Skupina za spremembo aktov se je razširila s člani odbora za zobozdravstvo, ker v odboru za zobozdravstvo nismo bili zadovoljni z realizacijo sprememb zborničnih aktov, do katere ni prišlo in za katero je odbor že dlje časa prosil. Skupina ni bila sklicana, niti ni bilo pripravljeno gradivo.

Spomladi, konec marca 2007, smo dobili osnutek novega statuta. Skupina se je ponovno začela zelo intenzivno sestajati, do konca maja osemkrat. Delali smo resno, člani skupine smo se o problemih večinsko dokaj hitro uskladili:

- najvišji organ Zbornice je skupščina,
- tudi na sklepe izvršilnega odbora so možne pritožbe, pritožbeni organ naj bo skupščinski svet,
- volitve – oba kroga neposredno,
- komisija za mednarodne odnose – ni potrebna, vsak odbor naj deluje mednarodno,
- naziv generalni sekretar ali izvršni direktor – bližje nam je naziv generalni sekretar,
- trajni mandat generalnega sekretarja – ne, ker s tem omejujemo bodoče predsednike, ki si ne bi mogli izbirati svojih najožjih sodelavcev,

Gre za pravico predsednika pred pravico generalnega sekretarja, ki lahko v vsakem primeru obdrži službo na Zbornici.

- pooblastila – trajen prenos vseh ali večine pooblastil predsednika na pooblaščenca, za katerega ni nujno, da je zdravnik, oziroma ni znano, kdo bi naj bil, ni sprejemljivo,
- pravne osnove za delo uredništva glasila Isis,
- pravne osnove za podelitev priznanj Zbornice.

Tako smo uspeli na spomladanski skupščini 2007 poslancem skupščine Zbornice posredovati osnutek statuta v javno razpravo.

Delo članov skupine ocenjujem kot izjemno korektno, vloženo je ogromno dela in energije z namenom, da se izboljša delovanje Zbornice v korist njenega članstva. Osnutek statuta, ki smo ga dobili, je dober in primeren za nadaljnjo razpravo, zato je pomembno, da se razprava čim prej začne.

Želela bi opozoriti, da nimamo preveč časa, če želimo ta projekt uresničiti do decembra 2007, ko bo treba razpisati nove volitve in olajšati delo komisiji za volitve.

Dobro bi bilo, da predsedniki regijskih odborov zberejo konstruktivne predloge in pripombe svojih poslancev ter jih posredujejo skupini za spremembe aktov. Ta jih bo upoštevala in pripravila statut za prvo branje, upam, da čim prej.

Pozvala bi tudi poslance, da vestno opravijo svojo poslansko dolžnost in se udeležijo jesenskih skupščin, ki bodo posvečene obravnavi statuta in poslovnika. Kot sem poudarila na začetku uvodnika, **se statut sprejema z dvotretjinsko večino vseh poslancev** ter seveda v korist vsega članstva in z namenom boljšega delovanja Zbornice.

Sem optimistka in verjamem, da bomo skupaj zmogli pustiti naslednjim skupščinam dobro dediščino za njihovo delo v Zbornici.

Čas dopustov je, zato bi zaželela vsem kolegicam in kolegom prečudovit dopust, ki nam bo povrnil moči za vsakdanjik, poln obveznosti. ■

Diana Terlević Dabić

Univerzitetni klinični center Maribor

Drugi klinični center v državi – Splošna bolnišnica Maribor je 28. maja 2007 s slavnostno akademijo obeležila svoje preimenovanje v Univerzitetni klinični center Maribor.

Udeležila sta se je tudi minister za zdravje Andrej Bručan in minister za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo Jure Zupan. Oba sta skupaj z direktorjem mariborskega kliničnega centra Gregorjem Pivcem pred tem odkrila monolitno ploščo z novim imenom ustanove.

Po besedah ministra Bručana je preoblikovanje mariborske bolnišnice v klinični center pomembna pridobitev za slovensko zdravstvo, še posebej za Maribor in severovzhodno Slovenijo. »Drugi klinični center v državi je pomemben tudi zaradi tega, ker bo omogočil hitrejši razvoj zdravstva in pouka na tem področju ter pripomogle k večji konkurenci in s tem k večji kakovosti v slovenskem zdravstvu,« je dodal.

Bručan je poudaril, da bo klinični center spodbudil razvoj mariborske Medicinske fakultete in Fakultete za zdravstvene vede. Po njegovih besedah bo tudi omogočil, da bo štajerska prestolnica v prihodnje dobila »onkologijo na najvišji ravni«. Ob tem je Zupan opozoril, da bo mariborski klinični center presegel dosednji način dela, saj bo enakovredno združil raziskovalno, pedagoško in bolnišnično dejavnost.

Sklep o preoblikovanju mariborske bolnišnice v klinični center je vlada sprejela 17. aprila. Po besedah Gregorja Pivca vladni odlok predstavlja pravno formalizacijo kakovostnega strokovnega in organizacijskega razvoja bolnišnice v zadnjem desetletju. Vrednost projekta je ocenjena na 51 milijonov evrov, od tega bo 31 milijonov evrov evropskih sredstev, končan

pa bo predvidoma do leta 2013.

Projekt je sestavljen iz treh delov: Medicinske fakultete, Fakultet za zdravstvene vede in tretjega dela, ki združuje pet podprojektov s področja klinične medicine. Za Medicinsko fakulteto je predvidenih 23 milijonov evrov in za medicinsko-raziskovalni del 26 milijonov evrov. Pivec je opozoril tudi na 30 milijonov vreden projekt novega urgentnega centra.

Na leto se v drugi največji zdravstveni ustanovi v državi zdravi od 45.000 do 50.000 bolnikov. Ob tem mariborski zdravniki opravijo še od 320.000 do 340.000 ambulantnih pregledov. ■

Vir: STA, 28. 5. 2007

Stotič darovala kri

V torek, 5. junija 2007, so bili na Oddelku za transfuziologijo in imunohematologijo Splošne bolnišnice Maribor ponovno priča stotemu darovanju krvi. Kri sta namreč že stotič darovala Viktor Donko, ki je 100. stokratnik, in Drago Cimerman, ki je 101. stokratnik.

Natanko en dan po dnevu krvodajalcev je Viktor Donko iz Maribora, rojen 11. avgusta 1952 v Mariboru, že stotič daroval svojo kri. Prvič jo je daroval na tukajšnjem oddelku 17. novembra 1975. Vse njegove odvzeme beležijo na Oddelku za transfuziologijo in imunohematologijo Maribor. Viktor Donko se je pogosto odzval tudi klicu.

Drago Cimerman je rojen leta 1955 in prav tako prihaja iz Maribora, kjer je tudi prvič daroval kri leta 1975. Vse ostale odvzeme beležijo na tukajšnjem oddelku. Večkrat je prišel darovat kri tudi na klic.

Predstavniki bolnišnice, oddelka za transfuziologijo in imunohematologijo in Območne enote Rdečega križa so se jubilentoma zahvalili s plaketo in spominskim darilom. ■

Splošna bolnišnica Maribor

Impressum

LETO XVI, ŠT. 7, 1. julij 2007
natisnjeno 8300 izvodov,
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12)(060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9
IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK
PUBLISHED BY
Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zzs-mcs.si/>
T: 01/30 72 100, F: 01/30 72 109
E: isis@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNIK
prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.
UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zzs-mcs.si/>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
E: isis@zss-mcs.si
ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK
EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE
EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E: eldar.gadzijev@sb-mb.si
T: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR
Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.
E: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR
EDITORIAL BOARD
prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
dr. 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. dr. 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.

TAJNICI UREDNIŠTVA • SECRETARY
Marija Cimperman
Slavka Sterle

LEKTORICA • REVISION
Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

OBLIKOVANJE • DESIGN
za ATELIER IM • Katja Žljapah, u. d. i. a.
RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV
IN PRIPRAVA ZA TISK • DTP
Camera d. o. o.
Knezov štrardon 94, Ljubljana
T: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING
Atelier IM d. o. o.,
Breg 22, Ljubljana
T: 01/24 11 930
F: 01/24 11 939
E: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY
Tiskarna Povše, Povšetova 36 a,
Ljubljana, T: 01/230 15 42

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Članke oddajate v elektronski obliki (zgoščenka, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije.

Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 x 1200 točk (pixels), to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi.

Ker izbrane prispevek honoriramo, priložite svoj polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpoved, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Prispevki v rubriki »strokovna srečanja«

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vštevja 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). Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je treba v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Navodila o navajanju pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, društev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevala k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljala v notni obliki.

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR, za naročnike v tujini 98,40 EUR, posamezna številka za nečlane stane 4,10 EUR. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE
Strokovna revija ISIS / Leto XVI. / številka 7 / 1. julij 2007



Sodelovali

Mag. Branka Alčin, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo • Dragan Arrigler, Klick, Ljubljana • Asist. mag. Saba Battelino, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo • Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru., Zdravniška zbornica Slovenije • Gordan Čok, dr. dent. med., Dr. Čok Dental d.o.o., Portorož • Cvetka Dragoš Jančar, dr. med., BARSOS-MC d.o.o. • Aleš Fischehinger, dr. med., sekundarij • Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Klinični center, SPS Interna klinika • Doc. dr. Anton Gros, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo • Akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med., višji svetnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. Rade Iljaž, dr. med., ZD Brežice • Prof. dr. Berta Jereb, dr. med., upokojena zdravnica • Izr. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., ZD Jesenica, ZP Kranjska Gora • Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik • Dr. Matjaž Kopač, dr. med., Klinični center, SPS Pediatrična klinika, KO za nefrologijo • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik • Prim. Boštjan Lavrenčak, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo • Matej Leskošek, dr. dent. med., ZD Vrhnik, Šolska zobna ambulanta • Sabina Markoli, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Katja Martinc, Zdravniška zbornica Slovenije • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru • Znanst. svet. dr. Duška Meh, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino in Inštitut RS za rehabilitacijo • Ministrstvo za zdravje • Brin Najžer, Ljubljana • Mag. Dušan Nolimal, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja • Franc Novak, dr. med.,

ZD Zagorje • Asist. mag. Irena Oblak, dr. med., Onkološki inštitut • Prof. dr. Mario Poljak, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo • Prof. dr. Euro Ponte, dr. med., Tržaška medicinska fakulteta • Tatjana Primožič, dr. med., spec. spl. med., OZGOE ZD Kranj • Asist. dr. Saša Rainer, dr. med., SBS Slovenj Gradec • Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Klemen Rojnik, mag. farm., Roche farmacevtska družba d.d. • Prof. dr. Rajko Sedej, dr. dent. med., Ljubljana • Prof. dr. Dušan Sket, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za patološko fiziologijo • Splošna bolnišnica Maribor • Milan Stefanović, dr. med., Diagnostični center Vila Bogatin d.o.o. • Prim. mag. Marjana Šalehar, dr. med., ZD Ljubljana • Barba Štemberger Zupan, KUD Kliničnega centra in Medicinske fakultete • Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Izr. prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., Klinični center, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja • Tinkara Trkaj, dr. med., sekundarij • Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko • Asist. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med., Klinični center, SPS Ginekološka klinika • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Prof. dr. Marjetka Uršič Vrščaj, dr. med., Onkološki inštitut • Prim. doc. dr. Jagoda Vatovec, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo • Irena Vodopivec, dr. med., sekundarij • Vanja Vozelj, Medis, d.o.o. • Izr. prof. dr. Jože Vračko, dr. med., urednik Endoskopske revije • Tina Zbašnik, dr. med., sekundarij • Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Onkološki inštitut • Prof. dr. Miha Žargi, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo



Fotografije: Dragan Arrigler
Logotip: Radovan Jenko

uvodnik		•	3
novice		•	6
fotoreportaža	Marjana Šalehar	• Podelitev diplom upokojenim zdravnikom	21
aktualno	Jože Trontelj	• Zdravnikovo odločanje ob terminalni bolezni	24
	Klemen Rojnik	• Ekonomsko vrednotenje posegov v zdravstvu	30
	Matjaž Rode	• Prepoved uporabe dentalnih amalgamov v državah EU!?	33
	Rade Iljaž	• 1B - Abraham med Schengenom in mega termami	34
	Dušan Nolimal	• Razmišljanja o trpinčenju na delovnem mestu v zdravstvu in drugod: če nisi del rešitve, potem si del problema	36
forum	Matija Horvat	• Nekaj misli o biomedicinskem raziskovanju na ljudeh	41
	Marjan Fortuna	• Kakovost dela slovenskih bolnišnic	44
	Tatjana Primožič	• Supermani ali hlapci	46
	Marjana Šalehar	• Refleksija stvarnosti – take jih vidim	48
zanimivo	M. Žargi, J. Vatovec, A. Gros, B. Lavrenčak, S. Battelino, B. Alčin	• Kohlearni implantati (1996 do 2007)	50
	Euro Ponte	• Usoda slovenske zdravnice Nade Slavik (1895–1924) v Trstu	51
	Tina Zbašnik, Tinkara Trkaj, Irena Vodopivec	• Afrika daleč od safarija	54
	Aleš Fischinger	• Zgodovina zdravja in bolezni	57
delo Zbornice	Franc Novak	• Problemi ostajajo nerešeni	58
		• Dobrodošli na novo oblikovanem spletnem mestu Zdravniške zbornice Slovenije	59
	Elizabeta Bobnar Najžer	• Veliko zanimanje za dvojezično identifikacijsko kartico	60
		• Zapisnik IO ZZS	60
		• Pravilnik o podelitvi odličij Zdravniške zbornice Slovenije	62
	Sabina Markoli	• Odbor za zobozdravstvo – novice	66
status artis medicae	Duška Meh	• Občutljivost ali mens sana in corpore sano	67
	Mario Poljak, Marjetka Uršič Vrščaj	• Štirivalentno cepivo proti okužbi s HPV – kaj se je zgodilo v zadnjih šestih mesecih?	70

RUDARSKI REVIRJI

Zasavska regija je ena manjših, kljub temu pa se sooča z enako perečimi problemi kot vse regije v Sloveniji. Več o tem piše predsednik regije Franc Novak, dr. med., v rubriki iz regij. Vizualno smo se odločili podpreti vsebinski prispevek s fotografijo bolnišnice v Trbovljah. Kljub temu, da so rudniki že nekako odšli v zgodovino, smo se odločili poudariti prav ta del nekdanjega vsakdanjika revirjev. Ne nazadnje je Zasavje znano po tem širšemu družbenemu okolju, ne preveč obetaven socialni in družbeni položaj prebivalcev pa zaznamuje tudi delo zdravništva.

Avtor fotografije in računalniške obdelave: Dragan Arrigler. Avtor logotipa: Radovan Jenko. Besedilo: Elizabeta Bobnar Najžer

koledar strokovnih srečanj	•	75
programi strokovnih srečanj	•	91
strokovna srečanja	Milan Stefanovič	• Vseevropska pobuda za preprečevanje raka debelega črevesa in danke: prihodnost zdravja v Evropi 73
	Matjaž Rode, Gordan Čok	• Letna generalna skupščina Sveta evropskih zobozdravnikov 106
	Ksenija Tušek Bunc	• Dajmo letom življenje 107
	Janko Kersnik	• Srečanje Evropskega združenja učiteljev družinske medicine v Zagrebu 109
	Nataša Tul Mandić	• Zapleti pri nosečnicah in plodovih 110
	Irena Oblak	• Rehabilitacija po zdravljenju raka 112
	Matjaž Kopač	• Ultrazvočna diagnostika v pediatriji 113
	Saša Rainer	• Vaskularna ultrazvočna diagnostika 115
tako mislimo	Boris Klun	• Negologija pa res ne 116
	Cvetka Dragoš Jančar	• Test za pediatra 117
s knjižne police	Marjan Kordaš	• Zadnje parne lokomotive na Slovenskem. The last Steam Locomotives of Slovenia 117
	Marjan Kordaš	• Zgodba mojega življenja 118
recenzije	Marjan Kordaš	• Slovenski medicinski slovar 119
	Marjana Šalehar	• Šolar na poti do sebe 119
zdravniki v prostem času	Dušan Sket	• Pesmi 121
	Berta Jereb	• Spet na plečih našega zdravstva 122
	Martin	• O babici in tovarnjaku 122
	Rajko Sedej	• Aforizmi 123
	Janez Tomažič	• Aforistična tinktura - Stari aforizmi, preoblečeni v bele halje (z geografskim poreklom) 124
personalia	•	124
Sisi	•	127
		• Resen predlog ministrstvu za zdravstvo (iz zapisnika razširjenega kolegija SISI) 127
misli in mnenja uredništva	Matjaž Zwitter	• Ne me hecat 129

Poslanica ministra za zdravje mag. Andreja Bručana ob svetovnem dnevu brez tobaka, 31. maju 2007

Spoštovane državljanke, spoštovani državljani!

Pasivno kajenje še vedno ostaja velik javnozdravstveni problem, zato mu je Svetovna zdravstvena organizacija tudi letos ob svetovnem dnevu brez tobaka namenila posebno pozornost.

Znanstveni dokazi ne dopuščajo več dvomov: prostori brez tobačnega dima so edina dokazana pot za ustrezno varovanje zdravja vseh ljudi pred škodljivimi učinki pasivnega kajenja. Številne evropske in druge države so že uvedle zakonodajo, ki prepoveduje kajenje v zaprtih javnih in delovnih prostorih. Na splošno 88 odstotkov Evropejcev podpira uvedbo prepovedi kajenja v vseh zaprtih delovnih in javnih prostorih, za prepoved v restavracijah in barih pa se ogreva že 77 odstotkov državljanov Evropske unije. Poročila o uspešni uvedbi prepovedi kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih, ki prihajajo iz Irske, Italije, Nove Zelandije, Norveške in od drugod, govorijo

o obsežnih in takojšnjih koristih za zdravje, o zmanjšani porabi tobačnih izdelkov, o priljubljenosti ukrepa tako med nekadilci kot tudi med kadilci, pa tudi o tem, da tovrstni ukrepi nimajo negativnega ekonomskega učinka na gostinski sektor.

V Sloveniji se bomo kmalu lahko primerjali s tistimi evropskimi državami, ki so zakonodajo o prepovedi kajenja že sprejele, saj bo predlog sprememb Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov v obravnavi v Državnem zboru RS že v naslednjem mesecu. Na Ministrstvu za zdravje z veseljem pričakujemo sprejem zakona, ki ga podpira skoraj 80 odstotkov prebivalcev Slovenije.

Dejavnosti v zvezi s približevanjem okolju, ki ne bi bilo onesnaženo s tobačnim dimom, se pospešeno odvijajo tudi na ravni EU. Evropska komisija je januarja letos pripravila dokument - Zeleno knjigo z naslovom: »K Evropi brez tobačnega dima: politične možnosti na ravni EU«, s katero je začela odprto javno razpravo o najboljšem načinu obravnave pasivnega

kajenja v EU. V javno razpravo se je vključila tudi Slovenija.

V okviru izvajanja Okvirne konvencije Svetovne zdravstvene organizacije za nadzor nad tobakom pa so v pripravi smernice o zaščiti pred izpostavljenostjo tobačnemu dimu. Smernice bodo za nas še posebej uporabne ob sprejemu sprememb zakona, saj natančno opredeljujejo potrebne dejavnosti za dobro uveljavljanje zakonodaje in spremljanje njene izvajanja.

Ob svetovnem dnevu brez kajenja bi želel izkoristiti priložnost in se zahvaliti vsem, ki ste nas podpirali pri pripravi in promociji ukrepov za zagotovitev s tobačnim dimom neonesnaženega zraka v vseh javnih in delovnih prostorih.

Prepričan sem, da bomo s temi ukrepi vplivali tudi na drugačno dožemanje kajenja predvsem med mladimi, kadilcem pa ponudili priložnost, da v okolju brez tobačnega dima lažje opustijo to škodljivo razvado. ■

Ministrstvo za zdravje

V letošnji akciji Leciklarna zbrali več kot 17.000 kosov neuporabljenih zdravil

Društvo študentov farmacije Slovenije (DŠFS) v sodelovanju s farmacevtsko družbo Lek, članom skupine Sandoz, že nekaj let po različnih slovenskih regijah organizira akcijo zbiranja neuporabljenih zdravil iz gospodinjstev, poimenovano »Leciklarna«. V letošnji akciji, ki je potekala v aprilu, jim je pomagal tudi ŠOU v Ljubljani. Zdravila so zbirali na območju osrednje Slovenije – v Ljubljani, Kamniku, Domžalah, Grosupljem in na Vrhniki. Skupno so zbrali 17.795 kosov neuporabljenih zdravil, od tega jih je 14.494 imelo pretečen rok uporabnosti.

Študenti farmacije so zdravila zbirali vsako soboto v aprilu na posebnih stojnicah na javnih mestih ter še dodatno v Leku in na Fakulteti za farmacijo. V Ljubljani so bile stojnice postavljene na Prešernovem trgu, v Mercator centru Šiška in v BTC-ju (Aleja mladih in Hala A), skupno pa so zbrali 10.283 kosov zdravil. V Kamniku so pred Mercatorjem zbrali 2.188 kosov zdravil, v Grosupljem pred starim gasilskim domom 1.207, v Domžalah na Mestnem trgu 877 in na Vrhniki na Sodnijskem trgu 1.807 škatlic zdravil. Poleg tega so 497 škatlic zdravil prinesli še Lekovi zaposleni, 954 kosov pa so jim jih oddali na Fakulteti za farmacijo.

Podjetji Kemis, d.o.o., in Snaga, d.o.o., sta poskrbeli za odvoz zbranih zdravil in njihovo ustrezno uničenje.

Z akcijo želijo opozoriti tudi na neurejeno zakonodajo na tem področju, zaradi katere se velika večina neuporabljenih zdravil ne uniči na ustrezen način. Lekarne namreč trenutno niso pristojne za zbiranje zdravil, saj jim to onemogoča Pravilnik o ravnanju z odpadki, ki nastanejo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Zato se zdravila zbirajo le v posameznih akcijah zbiranja odpadkov iz gospodinjstev, ki jih organizirajo komunalna podjetja. ■

Brin Najžer

Ministrstvo za zdravje je predstavilo pozitivne rezultate obvladovanja izdatkov za zdravila

Skupni izdatki za zdravila nižji za 32 milijonov evrov (7,6 milijarde tolarjev)

Minister za zdravje Andrej Bručan je v petek, 25. maja 2007, na novinarski konferenci skupaj z delovno skupino, ki je pripravila novi pravilnik o cenah zdravil, predstavil pozitivne rezultate obvladovanja izdatkov za zdravila. Še posebej je izpostavil učinke novega pravilnika o cenah zdravil na znižanje izdatkov za zdravila. Z novim pravilnikom smo cene zdravil prilagodili ravni našega bruto družbenega proizvoda na prebivalca in jih uravnavamo z referenčnimi cenami Nemčije, Francije in Avstrije. Znižanje izdatkov za obstoječa zdravila bo omogočilo vstop biološkim zdravilom in izboljšalo možnosti zdravljenja.

Ministrstvo za zdravje in člani delovne skupine, ki je sodelovala pri uvajanju sprememb na področju cen zdravil, pravilnik ocenjujejo kot velik uspeh tako z vidika nemotene redne oskrbe prebivalcev z zdravili kot tudi z vidika prihrankov. Po podatkih upravnega odbora ZZZS naj bi se skupni izdatki za zdravila znižali za 32 milijonov evrov (7,6 milijarde SIT). Tudi v primeru soglasij k višjim cenam, kot jih dovoljujejo merila novega pravilnika, se bodo stroški za ta zdravila prav tako znižali za okvirno 450 tisoč evrov na letni ravni v primerjavi z letom prej. Takega znižanja stroškov, ki bi ga dosegli na podlagi katerega koli predpisa, do sedaj v Sloveniji še ni bilo.

Ministrstvo za zdravje se je v okviru koalicijske pogodbe zavezalo, da bo na področju zdravil izvajalo politiko, ki bo zagotavljala večjo dostopnost do zdravil na območju Republike Slovenije, ter predlagalo nove zakonske rešitve na področju razvrščanja zdravil na liste in sistema medsebojno zamenljivih zdravil ter s tem racionaliziralo izdatke na ravni države. Ukrepi obvladovanja cen zdravil v Sloveniji so tudi v primerjavi z drugimi razvitimi evropskimi državami zelo uspešni, hkrati pa zagotavljajo uvrščanje novih učinkovitih inovativnih zdravil v procese zdravljenja naših zavarovancev.

Ministrstvo za zdravje in ZZZS sta v sodelovanju izpeljala več projektov za nadzor in obvladovanje izdatkov za zdravila. Najpo-

membnejši med njimi so omogočili generično predpisovanje, oblikovanje skupin medsebojno zamenljivih zdravil, določanje najvišjih priznanih vrednosti medsebojno zamenljivim zdravilom, razvrščanje zdravil na liste tudi na podlagi farmakoekonomskih kriterijev poleg strokovnih, zniževanje cen zdravil in s tem tudi zniževanje izdatkov za zdravila iz javnih sredstev.

Izdaja biltena Recept s strani ZZZS je omogočila sprotno obveščanje zdravnikov o novih razvrstitvah zdravil na liste ter njihovo seznanitev s cenami zdravil ter z najvišjimi priznanimi vrednostmi zdravil iz seznama medsebojno zamenljivih zdravil, kar je pripeljalo do bolj racionalnega in stroškovno učinkovitega predpisovanja zdravil v breme javnih sredstev. Izpeljan je bil tudi skupen projekt zapisa zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja. Glavni namen tega zapisa je obveščanje zdravnikov, ki zdravijo bolnika, z vsemi zdravili, ki jih bolnik prejema - slednje prispeva k učinkovitejšemu zdravljenju z zdravili in večji varnosti bolnika. Izpeljan je bil skupen projekt Varna raba zdravil, s katerim smo želeli pritegniti pozornost tako najmlajših kot starejših bolnikov - predvsem tistih s kroničnimi boleznimi.

Oblikovanje cen po novem pravilniku pa je eden najpomembnejših dosežkov. Z novim pravilnikom, s katerim je prišlo do zamenjave ene od primerjalnih držav ter do novih meril za oblikovanje cen zdravil, so se cene večini zdravil znižale. Vseeno je prišlo do podražitev posameznih zdravil do zgornje ravni, ki jih glede na veljavne predpise na področju zdravil v okviru novega pravilnika nismo mogli preprečiti. Farmacevtska industrija je bila že pred uvedbo novega pravilnika seznanjena, da bo komisija za razvrščanja zdravil na liste ponovno obravnavala primernost razvrstitve na liste za vsako zdravilo, kateremu se bo cena zvišala. Zvišanja cen so bila ob pripravi pravilnika predvidena, nekatera ravnanja farmacevtske industrije pa ne. Za spremembe zvišanih cen zdravil, ki so posledica enostranskega dejanja proizvajalcev zdravil, bo ZZZS opravil vse naloge in v postopkih pogajanj dodatno znižal cene zdravil skladno s svojimi

pristojnostmi.

Očitke, da bi moralo Ministrstvo za zdravje zamrzniti cene zdravil in da je bilo to v začetku predvideno, zavračamo. Za zamrznitev cen na podlagi veljavne zakonodaje minister za zdravje ni pristojen (tudi po evropski direktivi ne), zato so tovrstne obtožbe popolnoma neupravičene in zlonamerne. V skladu s pristojnostmi je zavod opravil pogajanja, ki bodo po ocenah ZZZS na letni ravni pomenila znižanje izdatkov za zdravila v vrednosti skoraj 32 milijonov evrov. Zamrznitev v nobenem od osnutkov sedaj veljavnega pravilnika tudi ni bila zapisana, pač pa je bilo v predlogu zapisano, da se cene zdravil ne smejo zvišati brez sklenitve dogovora med plačnikom zdravil in proizvajalcem zdravil na podlagi pogajanj. Ker pa za dogovor ni bilo ustrezne pravne podlage, je bilo potrebno ta člen umakniti iz predloga. Navedba, da je bil člen, ki dovoljuje zamrznitev, izbrisan, je neresnična. Tak člen ni bil nikoli napisan.

Pripravljalci sedaj veljavnega pravilnika so že na začetku leta 2003 ugotovili, da odhodki za zdravila rastejo. Tedaj veljavni pravilnik je omogočal domači in tuji farmacevtski industriji visoke cene tako generičnih kot tudi originatorskih zdravil. Konec leta 2005 je bilo ugotovljeno, da so cene nekaterih generičnih zdravil v Sloveniji tudi za 30 in več odstotkov višje kot v Avstriji, tudi veliko zdravil originatorjev (na ravni cen v veleddrogerijah) je bilo dražjih, in to kljub zelo resnim pogajanjem plačnika zdravil s predstavniki farmacevtske industrije. Generična zdravila v Sloveniji so v skladu s tedaj veljavnim pravilnikom dosegala višje cene, kot pa so jih dosegala v Nemčiji in v Franciji (Italija generikov praktično nima). Sedaj veljavni pravilnik je rezultat kompromisa, doseženega na strani pripravljalne skupine ZZZS, Ministrstva ter farmacevtske industrije. Če novega pravilnika ne bi sprejeli, bi verjetno še vedno preplačevali generična in nekatera originatorska zdravila. ■

Ministrstvo za zdravje

Endoskopska revija

»Najprej na spletu – prost dostop«

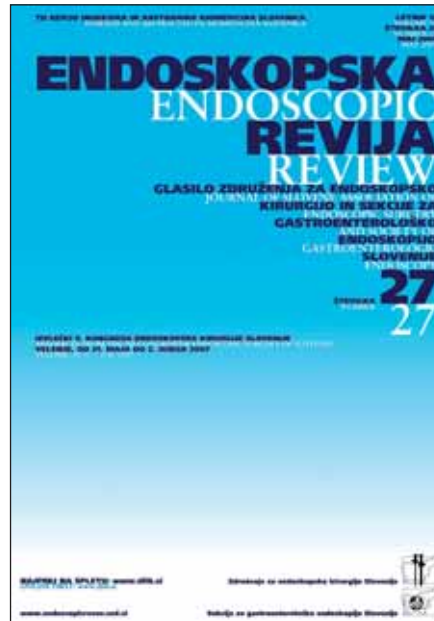
Online First - Open Access

e-naslov: Endoscopic.Review@Uni-Lj.Si

Uredništvo Endoskopske revije (ER) je s 27. št., maj 2007, uvedlo zelo pomembno in učinkovito novost za hitro objavlanje člankov. Strokovne prispevke objavljamo »najprej na spletu« (Online First) na spletnem naslovu Digitalne knjižnice Slovenije (Digital Library of Slovenia), www.dlib.si. Vodi in ureja jo Narodna in univerzitetna knjižnica v Ljubljani (NUK), ki je povezana z The European Library.

Novost je zelo pomembna zato, ker je uredništvo ER s tem skrajšalo čas objave v uredništvo prispelih člankov kar za nekaj mesecev. Tako so bili članki 27. št. ER, maj 2007, objavljeni najprej na spletu, www.dlib.si, in sicer že nekaj tednov pred izidom tiskane oblike revije. Članke za 28. št. ER, oktober 2007, že postopno nameščamo na www.dlib.si, kjer bodo dostopni ob vsakem času in od koder koli. Skratka, članki, prispeli v uredništvo za objavo v Endoskopski reviji, bodo takoj po postopku recenzije in lektoriranja »poslani« v svet, kjer bodo dostopni vsem kolegom. Vsak članek v slovenskem jeziku ima Abstract, ki je seveda v angleškem jeziku in zato širše razumljiv. Endoskopska revija si je z namestitvijo člankov v elektronski obliki na www.dlib.si pridobila mednarodno priznan status »tiskane revije z elektronskim ekvivalentom« (printed journal with electronic equivalent).

V sistemu Digitalne knjižnice Slovenije Narodne in univerzitetne knjižnice, www.dlib.si, kjer so elektronsko že nameščeni članki, objavljeni v 25., 26., in 27. št. Endoskopske revije (nameščamo jih postopno za nazaj), so dosegljivi tako, da na portalu www.dlib.si v iskalno okence odtipkamo naslov časopisa, tj. Endoskopska revija. Odpre se seznam člankov, klik na članek ga odpre v celoti, lahko ga tudi natisnemo – v celoti brezplačno, ker je dostop do člankov prost. NAJPREJ NA SPLETU



Naslovnica 27. številke Endoskopske revije

– PROST DOSTOP: www.dlib.si / Online First – Open Access. To je naša najnovejša pomembna pridobitev.

Vsak članek, nameščen na www.dlib.si ali objavljen v Endoskopski reviji ONLINE FIRST, dobi svoj naslov URL (Web address) s svojo »osebno« številko, ki se potem, ko članek na portalu www.dlib.si »odpremo«, izpiše v okencu naslova na zgornjem delu ekrana. Člankov naslov URL (Web address) omogoča citiranje tega članka, ki ga bodoči bralec najde na spletu takoj, kadar koli in od koder koli.

Še primer citiranja:

Baca I et al. Laparoscopic technique of right hemicolectomy. Endoscopic Rev 2007;12:31-35. www.dlib.si/documents/znanstveni_clan-

[ki/endoskopska_revija/pdf/22616025.pdf](http://www.dlib.si/documents/znanstveni_clan-ki/endoskopska_revija/pdf/22616025.pdf). Vpis tega naslova URL v računalnik članek Iva Baca et al. z barvnimi slikami v celoti odpre.

Pomembno je, in tudi kulturno, da v svojih člankih citiramo kolege in njihove članke, objavljene v slovenskih medicinskih revijah. Le tako bodo naši avtorji člankov, njihove raziskave in strokovna poročila in naše slovenske medicinske revije našli pot med kolege v svetu, ki bodo lahko nato s citatom članka iz portala www.dlib.si/documents, itd., itd. citirali naše avtorje, njihova dela in naše slovenske medicinske revije. Le s takim složnim pristopom k citiranju bomo lahko v svetu uveljavljali sebe, svoje delo in slovenske medicinske revije. Uredništvo Endoskopske revije zato predlaga državnim ustanovam, ki podeljujejo akademske nazive (prim., svetnik, višji svetnik, doc., izr. in redni profesor), da pri imenovanju v višje nazive dodelijo predloženim strokovnim članom, ki vsebujejo vsaj nekaj citiranih člankov iz slovenskih medicinskih revij, večje število točk. Namestitve člankov, objavljenih v Endoskopski reviji, na Digital Library of Slovenia, www.dlib.si, vsekakor omogoča s pomočjo ključnih besed, imen avtorjev ali naslovov člankov hiter dostop do iskanih člankov in njihovo citiranje v kasnejših raziskovalnih poročilih. Za uveljavitev naših medicinskih revij v mednarodnem prostoru je to nujen prvi korak, ki ga moramo opraviti sami. Drugi korak bodo nato naredili tuji avtorji s citiranjem člankov, povzetih iz www.dlib.si naših citatov.

Uredništvo Endoskopske revije vabi svoje avtorje, ki pri svojem delu uporabljajo endoskopske pristope pri diagnostiki in zdravljenju, tudi interventne radiologe in sonografiste, naj za hitro objavo članek pošljejo na naslov Endoscopic.Review@Uni-Lj.Si (vse začetnice z velikimi črkami).

Jože Vračko

NOVA SPLETNA STRAN ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

www.zdravniskazbornica.si

ANTIČNA MEDICINA

Nov mejnik v poznavanju razvoja medicine predstavlja odkritje 4000 let stare mumije egiptovskega zdravnika v bližini Kaira.

Egiptčanski arheologi so nedavno odkrili mumificirane ostanke zdravnika, ki je živel pred več kot 4000 leti in je bil v grobnico pokopan s svojimi kovinskimi kirurškimi instrumenti ter izbrano medicinsko opremo.

Hawassa, direktor Vrhovnega zbora za starine, je dejal, da so mumijo arheologi odkrili v Saggari, 20 kilometrov južno od Kaira, medtem ko so preiskovali bližnje najdišče. Izkopanine pričajo, da je bilo zdravniku ime Oar in da je živel v času šeste dinastije, približno 2350 let pr.n.š. Pokrov lesene skrinje, v kateri so našli arhaičnega zdravnika in njegove pripomočke, je čudovit in se ponaša z izvrstno ohranjenim okrasjem, zavoji, v katere je zavita mumija, in pogrebni napisi so še v izvornem stanju. Navkljub majhni poškodbi okoli ust je tudi maska na obrazu mumije izvrstno ohranjena. V grobnici so odkrili tudi bronaste kirurške instrumente in pripomočke, glinene posode z zdravnikovim imenom in 22 bronastih kipcev bogov, ki so mu pomagali pri zahtevnem poslanstvu. ■

Vir: BBC News

Nina Mazi

INJEKCIJA NAMESTO VIAGRE

Iz Amerike poročajo o novi, učinkoviti injekciji proti impotenci.

Ameriški znanstveniki so nedavno razvili injekcijo, ki bo moškim pomagala pri reševanju težav in zapletov, povezanih z impotenco. Novo zdravilo, ki ga bo prizadetemu zdravnik vbrizgal v koren penisa, naj bi moškemu pri erekciji pomagalo šest mesecev. Znanstveniki so ob tem povedali, da zdravilo deluje tako, da sprosti mišice v penisu in tako omogoči lažji pretok krvi. V zvezi z najnovejšim odkritjem je prof. Arnold Melman poudaril, da se je doslej že izkazalo, da je uporaba injekcije povsem varna in zelo učinkovita. Zato upravičeno upajo, da bo produkt moškim dostopen v roku petih let. ■

Vir: CNN Science

Nina Mazi

NEVARNA DEBELOST

Znanstveniki z Otoka so s svojo najnovejšo raziskavo ponovno potrdili dejstvo, da je debelost neposredno povezana z malignimi spremembami v organizmu in z rakavimi boleznimi.

Tako naj bi po poročanju britanskih onkologov in epidemiologov ter strokovnjakov Svetovne banke debelost do leta 2010 povzročila kar 12.000 primerov pojavov rakavih bolezni.

Prof. Tim Ley, ki s svojo skupino raziskuje rakave bolezni, je napovedal, da naj bi v prihodnosti število odraslih s prekomerno telesno težo z današnjih dobrih 24 milijonov naraslo na zaskrbljujočih 27 milijonov – podatek, ki ga potrjujejo tudi strokovnjaki SZO. Ob tem je dr. Ley poudaril, da je debelost največkrat povezana z rakom na dojkah, črevesju ter na ledvicah.

Število rakavih bolezni bo v primeru, da nam ne bo uspelo omejiti ali še bolj znatno zmanjšati debelosti, vedno bolj naraščalo. Najbolj pomembna sta zdrava prehrana in predvsem dovolj gibanja – zdrav življenjski slog, ki ga ima Ley za alfo in omego preventive na tem področju. ■

Vira: BBC, SZO

Nina Mazi

VISOKA SMRTNOST

Deset odstotkov zbolelih za anoreksijo umre. Vsenemška ginekološka zveza ugotavlja, da dobra desetina zbolelih za anoreksijo umre zaradi vzrokov, ki so neposredno ali vsaj posredno povezani s to motnjo hranjenja oziroma zapletenim stanjem.

Zato zdravnike in zdravstvene delavce, psihologe, pedagoge in starše pozivajo, naj bodo pozorni na znake, ki opozarjajo na to, da otrok trpi za anoreksijo. Prej ko namreč odkrijemo motnje hranjenja, lažje jih je odpraviti. Odrasli, zlasti starši, morajo biti pozorni na otrokove prehranjevalne navade in razvade.

Anoreksija, ki kot motnja hranjenja najpogostejše prizadene dekleta med 14. in 16. letom, se pojavlja v vseh starostnih skupinah. Predstavniki nemške zveze poudarjajo, da bi morali biti pozorni na to, ali njihov otrok izpušča obroke, zavrača hrano, preveč telovadi ali prevečkrat oziroma vedno je samo nizkokalo-

rične obroke. Kot posledica anoreksije (beg od hrane) in bulimije (bruhanje po zaužitju hrane) pogosto pride tudi do motenega menstrualnega ciklusa, opozarjajo ginekologi.

Ameriški zdravniki in psihologi poudarjajo, da pri najstnicah, ki se redno tehtajo, obstaja večja verjetnost, da bodo razvile nezdrav način prehranjevanja. Nekatere se celo zredijo, tako da pridobijo še enkrat več teže kot ostale vrstnice, kaže raziskava Univerze Minnesota v ZDA.

V raziskavi je večina deklet, obsedenih s tehtnico, izpuščala dnevne obroke, uporabljala shujševalne ali odvajalne tablete, kadila in bruhalo, da bi izgubila telesno težo.

Deset odstotkov deklet je priznalo redno tehtanje oziroma se je zelo strinjalo z izjavo »pogosto se tehtam« in 92 odstotkov od teh deklet je dejalo, da na nezdrav način nadzirajo telesno težo. Med dekleti, ki se niso strinjale,

da nezdravo nadzorujejo telesno težo, je bilo takšnih 68 odstotkov. Za nezdravo nadzorovanje telesne teže se šteje že izpuščanje dnevnih obrokov. 38 odstotkov deklet, ki se redno tehtajo, uporablja skrajne metode za izgubo telesne teže.

Dekleta, ki se redno tehtajo, so v petih letih povprečno pridobila 15,1 kilograma telesne teže, medtem ko so ostale vrstnice pridobile 8,4 kilograma.

Zanimivo je, da pri fantih redno tehtanje ne vodi k pridobivanju telesne teže. Fantje, ki se redno tehtajo, tudi, tako kot dekleta, razvijejo nezdrav nadzor telesne teže, vendar je razlika z ostalimi vrstniki statistično zanemarljiva. ■

Vir: Healthy Living

Nina Mazi

Slovenski osnovnošolci so zaključili 24. tekmovanje za čiste zobe ob zdravi prehrani

Veliki dvorani Tivoli se je 7. junija 2007 na osrednji zaključni prireditvi Tekmovanja za čiste zobe ob zdravi prehrani, ki ga pod strokovnim in organizacijskim vodstvom Stomatološke sekcije SZD vodi avtorica prim. mag. Tatjana Leskošek Denišlič, dr. dent. med., zbralo več kot 2500 otrok in njihovih učiteljev.

Tribune so napolnili zmagovalci in učitelji iz vse Slovenije. Kako prijetno je bilo videti skupine učencev posameznih razredov, oblečene v majice ali pokrite s pokrivali iste barve.

Prireditve so se udeležili tudi častni gostje, župan mesta Ljubljana gospod Zoran Jankovič, državna sekretarka na Ministrstvu za šolstvo gospa dr. Magdalena Šverc, generalni direktor Zdravstvenega doma Ljubljana gospod Zvonko Rauber, dr. med., predstavnica Stomatološke sekcije gospa Marinka Perko Vaupotič, dr. dent. med., predstojnica enote Vič ter predstavniki sponzorjev. Generalnega sponzorja, družbo Lek, je zastopal član uprave gospod Marjan Novak.

Letošnjo prireditev je povezoval Edvin z osnovne šole Kette Murn v Ljubljani, kjer se je to tekmovanje tudi rodilo.

Po prijaznih in otrokom na kožo pisanih pozdravnih besedah gospoda župana in gospe državne sekretarke je besedo dobila vodja tekmovanja. Pristrčno je pozdravila zmagovalce, tako v svojem imenu kot v imenu zbolelega

predsednika Stomatološke sekcije prim. Janeza Vrboška. Povedala je, da je letošnje tekmovanje uspešno zaključilo več kot 95 odstotkov slovenskih osnovnih šol, natančneje 673, od tega 35 šol oziroma zavodov za otroke s posebnimi potrebami in 43 skupin vrtcev. Učenci vseh zmagovalnih razredov posameznih šol so že pred osrednjo zaključno prireditvijo prejeli zobne paste

Biodent generalnega sponzorja družbe Lek in L Kozmetike. V dvorani Tivoli je bilo posebej imenovanih in nagrajenih devet regijskih zmagovalcev in NAJ razred Slovenije. Predstavniki sponzorjev so jim izročili zobne nitke DEN, kreme za sončenje Amai z zaščitnim faktorjem, stenske ure Wrigley v obliki zoba, NAJ razred pa je prejel še nahrbtnike z izdelki za sončenje. Letošnji NAJ razred so postali učenke in učenci 3b-razreda Osnovne šole Prule, Ljubljana, z razredničarko gospo Mojco Mali.

Otroke in učitelje so zabavali fantje akrobatske skupine Hip Hooperji, ki so se že lani vpisali v Guinnessovo knjigo rekordov s svojimi



V pričakovanju zabave

vragolijami, ter nova zasedba pevske skupine Foxy Teens. Ena izmed deklic je žal nekaj ur pred nastopom zbolela, a sta preostali dve kar prijetno razgrela vrstnike, ki so z njima peli in poplesavali, najprej na stoli, nato pa na tleh tivolske dvorane.

Kot vsako leto, je bilo tudi letos ozračje napolnjeno z nešteto delci pozitivne energije, z množico prešerno razigranih otrok in bleščečih nasmehov. Naj priložene fotografije vse to potrdijo.

Matej Leskošek



Akrobatska skupina Hip Hoopers



Skupina Foxy Teens in plesoči otroci

Alergije so tudi slovenski zdravstveni problem!

Predstavitve UCB Inštituta za alergijo in projekta SIGMA

Približno 600.000 Slovencev občuti alergije. Niso vsi bolni, niti niso vsi potrebni zdravljenja. Toda, alergij je vse več in vse hujše so!

Pod vodstvom UCB Inštituta za alergijo (IOA) iz Belgije in njihovega koordinatorja za Slovenijo, družbe Medis, d.o.o., je bila v ponedeljek, 4. junija 2007, ob 14. uri v poslovni stavbi Medis, d.o.o., Brnčičeva 3, v Ljubljani slavnostna predstavitev projekta SIGMA (Supportive Initiatives for Global Management of Allergy - Pomoč in iniciativa pri usklajevanju in zdravljenju alergij). Namen te neodvisne organizacije in projekta SIGMA je pomoč vsem zainteresiranim pri ustvarjanju boljših možnosti za kakovostnejše zdravljenje in tudi preprečevanje alergij.



Prisotne je nagovoril tudi belgijski veleposlanik v Sloveniji, Jean-Louis Mignot.

600.000 ljudi je za Slovenijo velika številka, še posebej, kadar gre za bolezen. A le počasi se pričnemo zavedati, da so alergije, ki sicer večinoma niso zelo huda in le redko smrtna bolezen, zelo veliko breme za posameznika in družbo. Povzročajo veliko število bolniških



Z leve proti desni: prim. Vesna Glavnik, prim. Jernej Podboj, prof. Tomaž Lunder, prof. Mitja Košnik, asist. Mihaela Zidarn

izostankov, nenehne dermatoze, »prehlade«, solzenje, praskanje, pa tudi veliko hujša stanja. Največja težava je, da je to bolezen mladih, tako otrok kot tistih odraslih, ki so v najbolj plodnem življenjskem obdobju.

Glavni namen UCB Inštituta za alergijo je povečanje splošne osveščenosti o alergijah. Cilj je kontinuirana podpora izobraževanja, strokovnega dela in splošnega znanja o alergijah. Dejavnosti UCB IOA vključujejo tako pripravo različnih delavnic, okroglih miz, posvetov kot tudi izdajo izobraževalnih brošur in drugega izobraževalnega materiala o alergijah, namenjenega zdravstvenim delavcem, bolnikom, njihovim svojcem in širši javnosti.

Mednarodni UCB IOA je danes prisoten po vsej Evropi in je pod okriljem svetovnega znanstvenega odbora (Scientific Advisory Board), ki ga sestavljajo priznani evropski specialisti na področju alergij, in izvršnega odbora (Executive Committee), ki skrbi za po-

vezavo med predstavniki UCB in svetovalnim znanstvenim odborom ter nadzoruje vodenje in potek projektov.

Člani svetovnega znanstvenega odbora UCB IOA zagotavljajo visoko znanstveno raven projektov, ki jih tudi sami predlagajo in vodijo, ter spodbujajo dejavnosti UCB IOA v posameznih državah. UCB IOA podpira lokalne predstavnike pri pripravi izobraževalnega materiala in omogoča povezavo med inštitutom in strokovnjaki posameznih področij na nacionalni in mednarodni ravni.

UCB IOA se je odločil razširiti svoje dejavnosti v srednji in vzhodni Evropi z razvojem specifičnih znanstvenih in izobraževalnih programov v naslednjih državah: Bolgarija, Češka, Hrvaška, Madžarska, Poljska, Romunija, Rusija, Slovaška, Slovenija in Turčija.

Prvi projekt UCB IOA je uvedba širokega znanstvenega in izobraževalnega programa, imenovanega SIGMA (Supportive Initiatives

for Global Management of Allergy). Cilj projekta SIGMA je stimuliranje lokalne mreže strokovnjakov na področju alergij in izvedba skupnih publikacij za podporo globalnega vodenja alergij. Projekt SIGMA je prvi tovrstni projekt UCB IOA v Sloveniji, katerega pobudo je podprl odbor mednarodnih strokovnjakov.

Včeraj je tako prof. Mitja Košnik, dr. med., predsednik projekta SIGMA UCB Inštituta za alergijo v Sloveniji (Bolnišnica Golnik) predstavil cilj projekta SIGMA v Sloveniji, ki je pridobiti manjkajoče epidemiološke podatke o pojavnosti alergijskih bolezni v Sloveniji, osveščanje javnosti, bolnikov, zdravnikov in zdravstvene oblasti o preventivi, diagnostiki, zdravstveni vzgoji in optimalni uporabi zdravil za alergijske bolezni.

Sledile so predstavitve po posameznih specialističnih področjih, ki se ukvarjajo in srečujejo z zdravljenjem alergijskih bolezni. Prim. Jernej Podboj, dr. med. (Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, KC Ljubljana), je predstavil cilj projekta SIGMA na področju otorinolaringologije, to je poglobljeno proučevanje alergijskega rinitisa, prenašanje znanja o sodobnih smernicah in usmerjanje pravilne obravnave bolnikov z alergijskim rinitisom.

Prof. Tomaž Lunder, dr. med. (Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana), je predstavil cilj projekta SIGMA na področju dermatovenerologije, to je pridobiti manjkajoče epidemiološke podatke o pojavnosti pogostejših alergijskih bolezni kože.

Prim. Vesna Glavnik, dr. med. (SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana), je predstavila cilj projekta SIGMA na področju pediatrije, to je ugotavljanje prevalence alergij pri otrocih v Sloveniji in odkrivanje rizičnih dejavnikov ter na podlagi teh podatkov oblikovanje preventivnih ukrepov.

Asist. Mihaela Zidarn, dr. med. (Bolnišnica Golnik), je predstavila cilj projekta SIGMA na področju pulmologije/alergologije, to je pridobiti manjkajoče epidemiološke podatke o številu bolnikov z astmo, teži astme pri slovenskih bolnikih in zdravljenju astme.

Partnerstvo med inštitutom UCB IOA in vodilnimi slovenskimi specialisti različnih področij, ki obravnavajo alergijske bolezni, je skupaj z ambicioznim strokovnim programom izrednega pomena za povezovanje znanja na mednarodni ravni in obenem nacionalno prilagojen izobraževalni program ter s tem izpolnitev pričakovanj zdravstvenih delavcev in bolnikov v Sloveniji. ■

Vanja Vozelj

Poletna popestritev razstavišča Kliničnega centra

Prireditve KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher vedno pridejo ob pravem času, pa naj nas povlečejo s sonca ali nam nudijo toplo zavetje pred dežjem in turobnostjo.

Vedno zanimivi razstavljalci in nastopajoči so pomemben razlog, da z veseljem sprejemamo prijazna vabila predsednice KUD-a, doc. dr. Zvonke Zupanič Slavec. Tokratna prireditve za bolnike je potekala 5. junija 2007 ob 16.30 v prostorih KC v Ljubljani.

Ob prihodu v avlo KC nas je objel zvok belokranjskih narodnih pesmi s čudovitim, vsem prepoznavnim glasom tokratne razstavljalke. Ko smo sledili izvoru glasbe, so nas povlekle tudi njene slike, viseče na belih stenah, ki v tem razstavnem prostoru nikdar niso puste in osamljene. Ime Ivanka Kraševac Prešern se ne prebere, temveč sliši. Vsi, ki nismo ravno najstniki, torej premoremo »osemnajst in še

malo« let, si ob njenem priimku kar podzvestno začnemo prepevati ali požvižgavati kakšno »staro«, a večno vižo. Na primer Prodajalko vijolic ali Bele rože iz Aten ... Še vedno je namreč zelo živ spomin na njene nastope z Alpskim kvintetom. Čeprav njeno petje vsi poznamo, se mi zdi, da je kar prehitro končala glasbeno kariero. No ja, ljudje se učimo vse življenje. Gospa Ivanka Kraševac Prešern se je lotila učenja slikarskih veščin, mnogi pa se učimo sprejeti odločitve drugih.

Ko pogledamo slike Ivanke Kraševac Prešern, ki so razstavljene v Veliki galeriji Kliničnega centra, se prav z lahkoto vprašamo, ali je to začetek ustvarjanja na slikarskem platnu, z izbranimi barvami in čutnimi, ženskimi potezami, ali le povezava ustvarjalnosti, ki jo



Publika z gosti: v prepolnem avditoriju so bili z nami (z leve) reški zdravnik prof. dr. Ante Škrobnja, predsednica KUD-a doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, nemški slikar Thomas Abold, slovenska pevka in slikarka Ivanka Kraševac Prešern, likovni kritik Mirko Juteršek in metliška županja (foto: Tomaž Rott).



Predavalnica: reški gostje - študenti medicine so pripravili predavanji o plesu in Bachovi bolezni.

ustvarjalka nosi v svoji notranjosti in prepleta lepe besede, čist glas in žensko dušo, potrebo po barvi in ustvarjalnem izražanju.

Krajine prikazujejo slikarkino opazanje lepote narave in njena občutenja okolja, ki jo s svojimi lepotami spremlja že iz časa odrasčanja v Beli krajini. Na slikah cvetličnih tihožitij se slikarka igra za barvami in mehko cvetov (cvetočih rož).

Ga. Bernarda Zajec, podpredsednica Likovne sekcije KUD-a, je avtorici podelila priznanje ob razstavi v KC. Mojca Menart iz Založbe kaset in plošč RTV Slovenija je predstavila avtoričino novo zgoščenko starih ljudskih pesmi, Vse ptičice lepo pojo, ob tem pa je avtorico simbolično poimenovala Belokranjski slavček. Med gosti na tokratni prireditvi za bolnike je bila tudi županja občine Metlika, gospa Renata Brunskole, ki je avtorici čestitala tako za pričujočo razstavo kot tudi za izdano zgoščenko belokranjskih pesmi.

Prof. Thomas Abold, slikar in grafik iz Münchna v Nemčiji, je končal Grafično akademijo in postal tudi profesor na tej akademiji. Je ugleden kaligraf. Predstavlja se v Mali galeriji KC. Zanimiva pri tem ustvarjalcu je prav zagledanost v našo deželo in opazanje lepote slovenske narave, ki se je sami kar premalokrat zavedamo. Z akvareli slovenske dežele in Istre se je predstavil lani, letos pa navdušuje z deli, ki so svojevrstna nadgradnja kaligrafije, avtor jo je razvijal leta in leta. Ob delu in razmišljanju poizkuša v svoja dela prefinjeno vplesti tudi svoje sanje in občutenje, zato bi

resnično lahko povzeli njegova dela z mislijo, da ima njegova kaligrafija osebno noto, avtorjev drugi obraz.

Meni je ob prvem pogledu na slike kar vzelo sapo. Črne poteze po belem papirju so mehke, a odločne, ustvarjene s tehniko, ki ne dopušča napak. Kako veliko lahko povedo slike, pa čeprav so videti ustvarjene le v nekaj kratkih potezih. Ptice, cvet, človeška figura so na videz preproste risbe, a s svojo prefinjenostjo prikazujejo gibanje in čutnost. No ja, tako kot pisatelj, me očitno tudi slikar lahko zapelje na daljavo.

Letos KUD Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher obeležuje 25-letnico ustanovitve Likovne sekcije. Za tekočim delom, ki povezuje veliko število aktivnih članov, običajno stoji zavzet predsednik. Na občnem zboru KUD-a je bilo izglasovano, da doc. dr. Dušan Müller, dolgoletni predsednik Likovne sekcije (1997–2005), sicer srčni kirurg, dobi naziv častnega člana KUD-a, kot izkazano priznanje za svoje opravljeno delo.

Za spremljajoč glasbeno-kulturni program smo se tokrat preselili v predavalnico ob razstavišču. Kot gostje so se predstavili študentje Medicinske fakultete z Reke na Hrvaškem in dijaki Glasbene šole Ivan Matetič Ronjgov z Reke. Študente medicine je vodil prof. dr. Ante Škrobonja, ki je svojo zdravniško kariero začel pred 35 leti v Vipavi. Zato nas je na začetku nagovoril v slovenščini. Lanskega junija so bili KUD-ovci povabljeni na Reko in tam v imenitnem okolju palače pomorskega muzeja

priredili koncert, ki so ga reški zgodovinarji medicine povezali s praznovanjem 40. obletnice njihovega Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture. Sedaj so Rečani prišli na povratni obisk in sta jih Duša Fischinger in Zvonka Zupanič Slavec peljali v Tehniški muzej v Bistro, v Lekovo medicinsko farmacevtsko zbirko in na skupno kosilo. Njihov obisk je podprla Krka, d.d.

Kratko, a zanimivo predavanje o plesu, ob katerem smo se resnično lahko zamislili, saj se dejansko vse začne z gibom, je imela študentka medicine Anja Petaros. Njen kolega Igor Salopek pa je s svojim šarmantnim nastopom pripravil slikovno predstavitev Johana Sebastian Bacha – Življenje in delo glasbenega genija v luči osebne patografije. V sestranskost študentov medicine pa sta dokazali tudi dvojčici Barbara in Bernarda Ravnić s kitarskim nastopom. Sledila sta še dva glasbena nastopa učencev glasbene šole z Reke, in sicer kitarskega dua, ki ga sestavljata Domagoj Pauković in Zvonimir Radešić, ter učenke violine pod mentorstvom prof. Nikola Jedriliča.



Dolgoletni predsednik Likovne sekcije dr. Dušan Müller je za svoje zaslužno delo postal KUD-ov častni član (foto: Tomaž Rott).

Vse več ljudi prihaja na prireditve za bolnike. Tokrat ni bilo dovolj niti dodatnih stolov, še stati je bilo komaj kje.

Ko se je prireditev po prijetnem druženju ob simbolični zakuski zaključila, se je popoldan že prevesil v večer. Spet smo bili na poti domov in prepuščeni vtisom in spominom, ki smo jih odnesli s seboj. ■

Barba Štemberger Zupan

Evropska listina o zdravju srca

Srčno-žilne bolezni so vzrok za okoli polovico smrti v Evropi, preračunano v strošek stanejo Evropsko unijo okoli 169 milijard evrov na leto. Zato so Evropsko kardiološko združenje in Evropska mreža za srce s podporo Evropske komisije in evropske regije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) pripravili evropsko listino o zdravju srca, pomemben krovní dokument za preprečevanje srčnih in žilnih bolezni. Listino so slovesno predstavili in podpisali v torek, 12. junija 2007, v Evropskem parlamentu v Bruslju. Podpisalo jo je skupaj 14 strokovnih organizacij in organizacij civilne družbe s področja zdravja srca, ki bodo združile napore za boj proti evropskemu ubijalcu številk.

1. Predstavitvi sta poleg nacionalnih predstavnikov in predsednikov partnerskih organizacij prisostvovala tudi evropski komisar za zdravje Markos Kyprianou in namestnica direktorja Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo dr. Nata Menabde. Glede na naravnost k dolgoročnim učinkom bodo imeli koristi tudi otroci, zato so v imenu evropskih otrok listino podpisali mladi iz osnovnih šol v okolici Bruslja.

Iz Slovenije sta partnerski organizaciji listine Slovensko združenje kardiologov (v okviru Evropskega kardiološkega združenja) in Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije

**»ZA SRCA NAŠIH OTROK SPREJEMAM
EVROPSKO LISTINO O ZDRAVJU SRCA«**

(v okviru Evropske mreže za srce). V njunih imenih so se slovesnega podpisa in predstavitev udeležili prof. dr. Miran Kenda in dr. Zlatko Fras, dr. med., v imenu Združenja kardiologov ter Elizabeta Bobnar Najžer v imenu Društva za srce.

Cilj evropske listine o zdravju srca je dejansko znižati breme srčnih in žilnih bolezni v Evropski uniji in v širši evropski regiji SZO ter znižati nepravilnost in neenakopravnost pri ogroženosti z boleznimi, tako znotraj posamezne države kot med državami. Listina poudarja pomen delovanja vsake posamezne vlade, ki naj v sodelovanju z nevladnimi organizacijami in organizacijami za javno zdravje zagotovi politiko, s katero podpira nujne pomoči vsem prebivalcem pri sprejetju in vzpostavitvi zdravih življenjskih vzorcev.

K nadaljnjemu podpisu bodo vabljeni vlade, parlamenti, vladne, nevladne in zdravstvene organizacije ter vsi, ki jim v posamezni državi ni vseeno za zdravje prebivalcev. S podpisom se bodo zavezali k dejavnemu zniževanju bremena srčnih in žilnih bolezni v Evropi, predvsem zniževanju števila kadičev, promociji zdrave prehrane, promociji telesne dejavnosti, znižanju pojave debelosti in uvajanju najboljših metod zdravljenja.

Predvidoma bi lahko preprečili 80 odstotkov srčnih bolezni, kapi in diabetesa tipa 2 zgolj z izogibanjem najpomembnejšim dejavnikom tveganja. Posebej je potrebno okrepiti dejavnosti za znižanje števila kadičev ter obrniti trende prekomerne telesne teže, ki se sedaj nenehno zvišujejo. V nekaterih zahodnih evropskih državah so v preteklosti že zaznali znižanje števila smrti zaradi srčnih in žilnih bolezni, med njimi tudi v Sloveniji. Vzrok za znižanje so zagotovo znižanje pojavnosti dejavnikov tveganja: vrednosti



skupnega holesterola, nekajenja in znižanja krvnega tlaka.

Listina tako za vlade kot strokovna združenja, nevladne organizacije in organizacije civilne družbe predvideva vzpostavitev številnih orodij, vključno s programom HeartScore®. Z njimi bodo lažje poudarili nevarnosti srčnih bolezni in gradili osveščenost med prebivalci. Med drugim vzpodbuja osveščanje o dejavnostih tveganja in znakih za srčno bolezen, ki so odvisni od spola, poseben cilj bo tudi izobraževanje in podpora mladim generacijam, da bodo z zdravim življenjem preprečile nastanek srčnih in žilnih bolezni. Eno od pomembnih sporočil listine je poziv k preverjanju učinkovitosti sprejetih politik preprečevanja nastanka srčnih in žilnih bolezni, vključno s strani izdatkov za zdravljenje ter raziskav sprememb s stališča epidemiologije in oblik vedenja prebivalcev. Vse z namenom določiti najbolj pomembne dejavnike, ki ogrožajo zdravje srca. Pri doseganju čim boljših rezultatov pri preprečevanju srčnih bolezni bo nujno potrebno sodelovanje politike. Zdravega okolja si namreč vsak posameznik ne more zagotoviti sam, pri tem mu mora pomagati država. Podporo pri tem je listini ob začetku zagotovil tudi poslanec v Evropskem parlamentu dr. Georgs Andrejevs.

Listina bo prevedena v 18 jezikov, med drugim tudi v slovenščino. Dodatne informacije lahko najdete na spletnem naslovu: www.heartcharter.eu

Brin Najžer



Predsednik Evropske zveze za srce Peter Hollins, evropski komisar za zdravje Markos Kyprianou, namestnica direktorja Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo dr. Nata Menabde, prejšnji predsednik Evropskega združenja kardiologov prof. Lars Ryden (z desne) in otroci ob slovesnosti podpisa listine v Bruslju, 12. junija 2007

Podelitev diplom upokojenim zdravnikom

Marjana Šalehar

V petek, 26. januarja 2007, ob 18. uri je bila v prostorih ljubljanskega hotela Turist – City na Dalmatinovi 15 svečana podelitev jubilejnih diplom članom sekcije upokojenih zdravnikov

slovenskega zdravniškega društva, ki so dopolnili osemdeset in devetdeset let.

Podeljena je bila tudi častna diploma.

Devetdeset let sta dopolnila prof. dr. Krista Kocijančič in Nikolaj Sadnikar, dr. med.

Osemdeset let so dopolnili: Marija Bocak

Kalan, dr. med., Jožica Flisar, dr. med., Milica Gajšek Zima, dr. med., prof. dr. Ljerk Glonar, Mihaela Drnovšek, dr. med., Marija Gorše, dr. med., Karla Grebenšek Cepuder, dr. med., Vida Košmelj Beravs, dr. med., prim. Bogdan Leskovic, dr. med., prim. Aleš Pavlin, dr. med.,



Betka Vrančič, dr. med., izroča rdeč nagelj Milici Gajšek Zima, dr. med.



Sonja Vrtovec, dr. med



Asist. mag. Tit Albreht izroča diplomu prim. Bogdanu Leskovicu, dr. med.



Karla Grebenšek Capuder, dr. med.



Stanislava Vilfan, dr. med.



Vida Košmelj, dr. med.



Prof. dr. Ljerka Glonar

Slavica Štupar, dr. med., Stanislava Vilfan, dr. med., Sonja Vrtovec, dr. med., in Breda Žvokelj Križan, dr. med.

Častno članstvo v sekciji upokojenih zdravnikov slovenskega zdravniškega društva je bilo podeljeno dr. Dragutinu Kremzirju, predsedniku društva hrvaških upokojenih zdravnikov.

Marija Bocak Kalan je dopolnila osemdeset let in hkrati dopolnila svoj vek. Diploma je bila podeljena posmrtno, v njenem imenu jo je prejel njen sin Matej Kalan.

Nekateri jubilariti se slovesnosti niso mogli udeležiti iz različnih razlogov.

Predsednica sekcije upokojenih zdravnikov, Elizabeta Vrančič, dr. med., je s kratkim uvod-

nim govorom pozdravila prisotne in jim čestitala. Nato je nastopil Krajski kvintet. Predsednica je zaupala podeljevanje diplom asist. mag. Titu Albrehtu, predsedniku ljubljanskega regijskega odbora Slovenskega zdravniškega društva. Vsakemu jubilaritu je ob izročitvi diplome namenil nekaj besed v pohvalo in še dodatno motivacijo za tako uspešen življenjski slog. Predsednica je vsakemu jubilaritu izročila še prelep rdeč nagelj in priložnostno darilce. S svojo navzočnostjo je dal slovesnosti poseben ton predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Vladislav Pegan.

Slovesnost je spremljal kakovosten kulturni program, ki je bil tematsko posvečen pesniku Srečku Kosovelu. Recitirala in povezovala je

gospa Nevenka Vrančič, igralka v Primorskem dramskem gledališču iz Nove Gorice. Zlasti pesem Soča je ganila vseh prisotne. Ob koncu prireditve je iz kvinteta nenadoma nastal sekstet, saj se je pevcem pridružil še prim. dr. Srečko Košuta. Presunljivo je zadonela himna vse izobražencev *Gaudeamus igitur*. Zlasti je bila občutena »molestam senctutem«.

V imenu jubilaritov se je zahvalil dr. Niko Sadnikar, ki vedno najde besede, ki se dotaknejo srca in duše.

Naš novi častni član dr. Dragutin Kremzir je povzel besedo in požel navdušenje. V njegovi osebi so vsi hrvaški upokojeni zdravniki postali častni člani naše sekcije.

In kakor se spodobi, je sledilo okrepčilo



Marija Gorše, dr. med.



dr. Dragutin Kremzir



Matej Kalan



In toliko si imamo povedati! Z leve proti desni: prim. Bogdan Leskovic, dr. Dragutin Kremzir, Elizabeta Vrančič, dr. med., Niko Sadnikar, dr. med., Vida Košmelj Beravs, dr. med.

v trdni in tekoči obliki, veselje ob skupnem druženju ljudi, ki prijateljujejo že skoraj vse življenje.

Na tem mestu velja zahvala Slovenskemu zdravniškemu društvu in predsedniku prof. dr. Pavlu Poredošu, sekcijam in združenjem SZD (oftalmološki, za žilne bolezni, pediatrični, vsem trem stomatološkim sekcijam),

Zdravniški zbornici in tovarni zdravil Krka, ki so dogodek finančno podprli. Posebna zahvala velja upravi hotela Turist – City, ki nam vedno daje brezplačno na razpolago svoje prostore za naša srečanja.

Kot pravijo, v sekciji upokojenih zdravnikov zagotavljajo dolgo, zdravo in srečno življenje ob upoštevanju pravil: druženje, izobraževanje,



Prof. dr. Vladislav Pegan med slavljenici

zabava, preventivno zdravljenje v zdraviliščih, obiskovanje kulturnih prireditev in uživanju v lepoti, ki jo nudi umetnost, in zdravilnih in pomlajevalnih učinkih, ki jih nudi glasba. Tako je možno doseči visoko starost, za to prejeti priznanje in biti čil in zdrav ter dobrega videza, kot kažejo naše fotografije. Zato vas vabimo – vas, ki se ravno upokojujete. Vse življenje ste se razdajali za bolnike, za svojce. Čas je, da se posvetite sebi. Zato naj bo v vaših načrtih za bližnjo prihodnost tudi članstvo v sekciji. Prisrčno vabljeni. ■



Omizje

Zdravnikovo odločanje ob terminalni bolezni (1)

Jože Trontelj

Povzetek ◆

Zdravniku se ob hudo bolnem pacientu poleg strokovnih vprašanj postavljajo tudi etične in pravne dileme. Te so posebno težavne, kadar medicinska situacija ni jasna ali kadar bolnik in svojci pričakujejo ukrepanje, ki je v nasprotju z zdravnikovo oceno njegove najboljše koristi, pa tudi z zdravnikovimi vrednostnimi normami. Tudi ko postanejo razumno dosegljivi in uporabni načini zdravljenja brezupni, ker bi pomenili samo podaljševanje predsmrtne agonije, je zdravnik pogosto v skušnjavi, da jih uporabi. S tem bi se izognil možni obtožbi zaradi opustitve nujnega zdravljenja ali zdravniške napake s smrtno posledico. Brezupno zdravljenje je še premalo opredeljena strokovno-medicinska kot tudi pravno-etična kategorija. Zgled za to so konfliktna stališča o ravnanju z bolniki v nepovratnem vegetativnem stanju.

Odprta ostajajo tudi nekatera druga vprašanja glede ukrepanja v terminalni bolezni. Tako je premalo jasna dopustnost terapije z dvojnimi učinkom in še posebej njene skrajne oblike, terminalne sedacije. Terminalna sedacija se včasih res zlorablja kot oblika evtanazije. Lahko pa gre za etično nesporen in medicinsko indiciran ukrep, ki v nekaterih redkih primerih edini lahko odpravi hudo trpljenje. Merilo dopustnosti naj ne bo zdravnikov namen (da ne povzroči smrti), ampak medicinska dejstva bolnikovega položaja. Z etičnega vidika je najbolj prav, če se sedacija uporabi le kot začasen ukrep, saj pogosto ublaži simptome, bolnik lahko uredi svoje zadnje stvari in mirno umre.

Ključne besede: terminalna bolezen, brezupno zdravljenje, opustitev nujne pomoči, dvojni učinek, terminalna sedacija, paliativna medicina, evtanazija.

Sedare dolorem opus divinum est.

Pomiriri bolečino je božansko dejanje.

Uvod ◆

Gospa Jane Campbell, predstojnica Inštituta za socialno skrbstvo in britanska komisarka za pravice invalidov, je pred nedavnim opisala svojo zgodbo v pismu Lordski zbornici, komisiji za presojo predloga evtanazijskega zakona. Gre za eno od več kot 14.000 pisem, prispelih na povabilo te komisije.

»Po mojem rojstvu so materi svetovali, naj me vzame domov in naj ima vsaj nekaj od svoje hčerke, ki bo v kakšnem letu žal umrla. Kot se večkrat dogaja s prognozami o terminalni bolezni, so se zdravniki motili. Čeprav sem bila pogosto bolna, največkrat zaradi smrtno nevarnih pljučnic, sem po zaslugi odrešilnih antibiotikov in respiratorja v tem pozitivnem medicinskem okolju vseeno uspešno odrasla. Tako sem 40 let pozneje na srečo še vedno zelo živa.«(2)

A gospa je opazila spremembe v stališčih javnosti in zdravnikov po zelo odmevnem primeru Diane Pretty (3). Kot posebno travmatsko doživetje je opisala svoje zdravljenje v bolnišnici januarja 2003, ko je bila

sprejeta zaradi obojestranske pljučnice. Konzultant – seniorni specialist, ki jo je zdravil, je izjavil: »Vaše stanje je resno. Če bo napredovalo do dihalne stiske, in to je zelo verjetno, domnevam, da si ne želite, da vas oživljamo na respiratorju.« »Kako to mislite?« je odvrnila. »Zakaj pa me ne bi?« »Ker bi bila možnost, da bi se toliko pozdravili, da bi vas potem lahko odstavili z respiratorja, zelo majhna. Saj menda ne bi hoteli v nedogled živeti na respiratorju?« Gospa je zgrožena vprašala, ali jo torej nameravajo pustiti umreti. Ona tega noče, torej želi tudi podporo z umetnim dihanjem. Zdravnik je bil videti nekoliko presenečen, nato pa je nadaljnji pogovor o tem opustil. Naslednje jutro se je podoben prizor ponovil z drugim zdravnikom. Gospa je spet protestirala, a je bila že hudo prestrašena. Njen soprog je odhitel domov, se vrnil s sliko z njene promocije v doktorico znanosti in vpil na zdravnike: To je moja soproga, ne tisto, kar vi mislite, da je. Ona ima vse, za kar je vredno živeti. Vi storite zanjo tisto, kar ste dolžni storiti za kogarkoli v taki situaciji. – Bolnica pa je naslednjih 48 ur vendarle prebedela zaradi strahu, da se iz spanja morda ne bo več zbudila. Lani je oddala svoj glas in svoje pričevanje proti predlogu zakona, ki naj bi v Britaniji legaliziral samomor z zdravnikovo pomočjo. Junija letos je bilo njeno pričevanje in pričevanje številnih drugih dovolj prepričljivo, da je lordska komisija za etiko zavrnila predlog zakona o samomoru z zdravnikovo pomočjo.

Pogledi na vrednost bolnikovega življenja ◆

Zgodba iz uvoda naj bi opozorila, da se zdravniki ne smejo pustiti zapeljati v predsodek, ki ga ima družba glede vrednosti življenja tedaj, ko bolezen odvzame del telesnih in duševnih sposobnosti. Ko je kakovost življenja majhna, naj bi bila majhna tudi njegova vrednost. To pa je nevarno prepričanje, ki utegne voditi v diskriminacijo bolnih, invalidnih, starih in še na druge načine zapostavljenih. Po deklaraciji svetovnega vrha invalidov »ima vsako človeško življenje vrednost in vsako človeško bitje mora imeti realno možnost, da živi v dostojanstvu in spoštovanju.« (4)

Med najtežjimi odločitvami so tiste v neonatologiji: Ali se bo za hudo prizadetega otroka izbralo življenje, čeprav z dosmrtno hudo invalidnostjo, ali pa bo ocenjeno, da bo življenje okvarjenemu otroku slabše kot smrt, ker bo polno bolečin in trpljenja. Tedaj bi bila odločitev za ohranitev življenja z zdravljenjem lahko okrutna izbira (5). Tu je torej treba poklicati na pomoč tudi vrednostne ocene.

Tako ne morem podpreti presenetljivega mnenja nekaterih etikov, po katerem bi morali vrednostni sistem in vrednote nasploh odstraniti iz medicine, vsekakor pa iz zdravnikovega odločanja (6).

Poglejmo si še en zgled, bolnike v **kroničnem, nepovratnem vegetativnem stanju (VS)**. Teh bolnikov je po svetu vse več. V ZDA jih je toliko, da je za njihovo vzdrževanje po nekem podatku izpred šestih let potrebnih približno sedem milijard dolarjev na leto (7) (strošek navajam samo zaradi ocene velikosti medicinskega problema). Število raste zaradi bolj agresivnega oživljanja po zastoju srca in dihanja, ki pa

mnogim bolnikom ne more več rešiti možganov. Pred dvema letoma sta Papeška akademija za življenje in Zveza društev katoliških zdravnikov priredila kongres o vegetativnem stanju, na katerem so se zavzeli za ohranjanje življenja tem bolnikom do naravne smrti. Zavrnili so kategorijo nepovratnega VS – z obrazložitvijo, da nepovratnosti, pa že tudi same odpovedi delovanja velikih možganov, ni mogoče zanesljivo ugotoviti. S tem so tudi nasprotovali ukrepanju, kakršnega je bila deležna Terry Schiavo – prekinitvi umetnega hranjenja in dovajanja tekočin. Posvarili pa so pred preveč optimističnim srčno-pljučnim oživljanjem.

Brezupno zdravljenje ◆

Na omenjenem kongresu so sprejeli sklepni dokument (8), ki je sicer dobro mišljen, a je v njem mogoče videti slabosti in nedoslednosti.

Prvo in najpomembnejše vprašanje – ki sega tudi mnogo širše kot problematika VS – zadeva **brezupnost medicinskega ukrepanja**. Opustitev aktivnega ukrepanja je legitimna, kadar jo zahteva bolnik, sposoben odločanja. Legitimna je tudi, kadar glede na okoliščine in stanje v stroki ni mogoče pričakovati koristi za bolnika. Naposled pa je od aktivnega ukrepanja mogoče odstopiti tudi takrat, ko bi pričakovana korist predvidoma ne odtehtala obremenitve za bolnika.

Niti z etičnega ne s pravnega stališča ni razlike med neuvedbo in prenehanjem že potekajočega zdravljenja. Odklopiti respirator se torej ne obravnava drugače kot odločitev, da se respirator sploh ne bo uporabil. Razlike v doemanju enega in drugega pa seveda so. Švedski neonatologi na primer prav zato ne začnejo terapije, če ocenijo, da aktivno zdravljenje za otroka najbrž ni primerno. V ZDA pa navadno menijo, da je koristno videti, ali bi terapija sploh delovala, in jo v skoraj vsakem primeru uvedejo. Ukinejo jo šele takrat, ko je potrjeno brezupna. V Britaniji ravna jo podobno, a so pri otrocih z majhnim upanjem preživetja s terapijo nekoliko bolj zadržani.

Vrnimo se k bolniku z najhujšo okvaro možganov, ki je doživel možgansko smrt ali se je znašel v nepovratnem VS. Niti neuvedba ne ukinitve ukrepov, ki bi ohranili življenje telesa, ne šteje kot dejanje tako imenovane pasivne evtanazije. To je pojem, ki ga moramo izgnati iz medicine, ker vnaša zmedo. Izklopu respiratorja sledi takojšnja smrt. Odtegnitvi umetne hidracije nekoliko poznejša. Ne eno ne drugo pa ni evtanazija, če gre preprosto za prenehanje medicinskega ukrepanja, ki bi ne pomenilo nič drugega kot podaljševanje preživetja telesa z odmrli možgani.

Argument za ohranjanje takih bolnikov do naravne smrti je negotovost prognoze. Potem ko so izpolnjena določena merila, je verjetnost obnove zavesti in količaja pomembnega okrevanja silno majhna, a ni enaka ničli. Vendar vsaj za nekatere bolnike argument negotovosti ne velja. Bolnik, ki ga je v vegetativno stanje spravil neozdravljiv maligni tumor v glavi ali napredujoča neozdravljiva degenerativna bolezen možganov, ne bo okrevljal. Zanesljivost prognoze so sodobne slikovne tehnike močno povečale.

Zdravnik pa je ob presojanju brezupnosti ukrepanja v primerih terminalne bolezni vendarle pred težkim vprašanjem. Ali ne bo njegova odločitev zoper aktivno zdravljenje obravnavana kot opustitev nujne pomoči? Ali kot zdravniška napaka? Dolžnost mu veleva, da ukrepa po svojem znanju in vesti v najboljšo korist bolnika. Strah, da bo obdolžen opustitve nujne pomoči ali vsaj strokovne napake, in skrb za lastno strokovno neoporečnost pa mu lahko narekujeta, da se bo zavaroval s terapijo, ki bo bolniku samo podaljšala agonijo, ali pa mu bo za morebitno nepomembno podaljšanje življenja naložil nesorazmerno veliko in hudo breme bolečega, morda celo pohablajočega zdravljenja. Stiska, značilna za defenzivno medicino, kot jo poznajo v ZDA, polagoma postaja neprijetna, škodljiva realnost tudi pri nas.

Vprašanje je vse prej kot preprosto. Kdaj je prognoza brezupnosti dovolj zanesljiva? Kdaj imamo pravico, da se v imenu bolnika brez znamenj življenja odpovemo srčno-pljučnemu oživljanju? Norveška smučarka, ki se ji je med prečkanjem gorskega hudournika nad Tromsøjem vdrl led in je potopljena pod njim prebivala več kot uro v deroči snežnici, je imela ob začetku oživljanja rektalno temperaturo 13,7°C, daleč nižjo od vrednosti, ki so bile po dotedanjih izkušnjah še združljive s preživetjem. Reanimacija, ki so ji dodali ogrevanje s toplim zunajtelesnim krvnim obtokom, je bila herojski podvig, a je uspela. Nekdanja plastična kirurginja ima od zmrzali poškodovane živce na rokah in za mikrokirurgijo ni več. Delovanje poškodovanih notranjih organov se je obnovilo, spočetka je imela nekaj težav s koncentracijo, zdaj pa uspešno opravlja poklic zdravnice, živi praktično normalno in se še vedno rada smuča. Ponesrečenka je čudežno ušla mimo na široko odprtih vrat v smrt ali v trajno vegetativno stanje.

Pri nekaterih bolnikih z globalno okvaro možganov je mogoče ugotoviti dokončnost izgube vseh duševnih funkcij, ki jih povezujemo s pojmom človeške osebe (9). Vztrajati pri vzdrževanju teles teh nesrečnih nekdanjih človeških bitij, zdaj brez razuma in zavesti, z odmrli možgani, pa je etično vprašljivo početje, ki ne koristi niti njim ne ugledu človeškega dostojanstva, svojcem pa zbujala lažne upe ali vsaj podaljšuje mučno negotovost.

Terminalna bolezen pa zastavlja še druga težavna vprašanja. Tu ne bo govora o evtanaziji – v Sloveniji jo prepovedujeta Ustava in zakon, že samo razpravo o možni legalizaciji pa zavrača Komisija za medicinsko etiko in, kot menimo, večina slovenskih zdravnikov. Dobra novica je, da se vse manj uporablja tudi na Nizozemskem (10).

Lajšanje trpljenja v zadnjem obdobju življenja pa vseeno ostaja tudi etično ne povsem razčiščen problem. Evtanazija ne more biti odgovor; namesto nje imamo veliko boljše alternativo, blažilno (paliativno) oskrbo, ki pa je še premalo dostopna. Etično ni sporen tako imenovani **dvojni učinek**. Izraz označuje zdravljenje hudih predsmrtnih bolečin in drugih mučnih simptomov s tolikšnimi odmerki zdravil, kot je potrebno za zadovoljivo olajšanje, ne glede na to, da bi zdravila s svojim delovanjem lahko povzročila skrajšanje življenja. Mimogrede je treba povedati, da je to skrajšanje majhno, nekaj ur ali dni, in da se najbrž le redko zgodi.

Končna sedacija ◆

Bolj vprašljiva kot klasična terapija z dvojnimi učinkom je tako imenovana *terminalna sedacija* (*končna umiritev*). Bolnika v globokem spanju ali nezavesti, doseženi z zdravili, navadno tudi nehajo umetno hraniti in mu dovajati tekočine.

To je pravzaprav skrajna oblika terapije z dvojnimi učinkom in je tudi skrajni ukrep paliativne oskrbe, h kateremu se (včasih) lahko zatečemo, ko so druge možnosti izčrpane. Definicija paliativne oskrbe je, da njen cilj ni niti podaljševanje ne krajšanje življenja, ampak le blaženje trpljenja, ki ga povzroča bolezen in ki naj postane kolikor mogoče znošno (11, 12). Blažilna oskrba bolnega na smrt postane osrednje prizadevanje (13), njen cilj pa je kar največje bolnikovo udobje. Vzdrževanje življenja postane v teh okoliščinah drugotna skrb (14).

Če zdravnik ne uporabi končne sedacije z namenom skrajšati bolnikovo življenje, se njegovo ravnanje lahko šteje za normalno medicinsko ukrepanje. Če pa je zdravnikov namen skrajšati življenje, je to treba obravnavati kot usmrtevec (14, 15, 16, 17). Vendar razloček ni preprost. Kaj sploh je definicija *namena*? Kje je tu meja med željo in nevtralnimi pričakovanjem drugega od obeh učinkov? Nadalje, ko bolnik umre, je lahko smrt nastopila predvsem zaradi njegove bolezni, torej ne nujno zaradi dehidracije. Če mu življenja ne bo končala bolezen, pa je vendarle

jasno, da ga bo usmrtila odtegnitev hrane in tekočin. Res pa je, da se v večini primerov uvede terminalna sedacija bolnikom, ki so že pred tem nehali jesti in piti. Umetno hranjenje in hidracija bi v takih primerih lahko pomenila etično nesprejemljivo podaljševanje predsmrtne agonije.

Kako tedaj ugotoviti, kdaj je terminalna sedacija deontološko neoporečna in kdaj ima prvine evtanazije (17, 18)? Merilo naj ne bi bil zdravnikov namen (ki je težko ugotovljiv (19)), ampak medicinska situacija, torej medicinska dejstva vsakega posameznega primera posebej, in *medicinska indikacija* za sedacijo, ne glede na to, ali bo uvedba sedacije kaj vplivala na dolžino življenja ali ne.

Če je sedacija uvedena zaradi medicinske indikacije, z veljavno privolitvijo po pojasnilu, ki jo da bolnik ali njegov zastopnik, lahko končno sedacijo štejemo za normalno medicinsko prakso. Evtanazija, bodisi prostovoljna ali neprostovoljna, in samomor z zdravniško pomočjo sta nekaj čisto drugega. Teh dejanj ne moremo šteti za normalno medicinsko prakso, celo niti v deželah, kjer so z zakonom dovoljena. Usmrtni namreč ne glede na okoliščine ne more obveljati kot medicinski ukrep. O tem nas prepriča že logična nezdržljivost sintagme »terapevtska usmrtnitev«.

V tem kontekstu je normalna medicinska praksa lahko tudi opustitev umetnega dovajanja hrane in tekočin – če bi uvedba ali nadaljevanje takega dovajanja bilo medicinsko neupravičeno in nepotrebno ali če je bolnik sam zavrnil hranjenje in oskrbo s tekočinami (16). S tem mislimo na medicinsko ukrepanje, ki bolniku ne more več koristiti. (Res pa je, da neuvedba umetnega dovajanja hrane in tekočin v povezavi s sedacijo nima več lastnosti pasivne opustitve, ampak ima značaj aktivnega dejanja, kar ima v deontologiji in pravu, če je šlo za kršitev poklicne norme s hudo posledico, večjo težo.)

Danes ni redek sum, da nekateri zdravniki terminalno sedacijo uporabljajo kot vrsto evtanazije, in ta sum ni vedno brez podlage. Ko vzdržujejo bolnika v medikamentni komi in mu ne dovajajo hrane in tekočin, to seveda pomeni neizogibno skorajšnjo smrt. Če terminalna sedacija *ni medicinsko nujen* ukrep, ki edini še lahko odvrne trpljenje, in je odločitev zanjo sprejeta ob zavedanju tega dejstva, seveda ne moremo govoriti o terapiji z dvojnimi učinkom, ampak gre za zlorabo. Ukrep je še tem bolj v nasprotju z deontološkimi načeli, če se je zdravnik pod krinko dvojnega učinka zanj odločil sam, brez posveta z bolnikom, družino in s kolegi. Tako ravnanje res lahko označimo kot prikrito, celo neprostovoljno evtanazijo (17). Ugotavljanje, ali gre za lajšanje bolečin in trpljenja ali za ukrep, ki naj pospeši smrt, pa je težavno, kot je pokazala študija odločanja ob koncu življenja v evropskih oddelkih intenzivne terapije (20). Zdravnikova razmišljanja so subjektivna in pogosto zasebna.

Kako pogosto se uporablja končna sedacija? Podatki, zbrani za Nizozemsko (21), so presenetljivi. Ankete med zdravniki kažejo, da na Nizozemskem v globoki predsmrtni sedaciji umre nekaj več kot 12 odstotkov vseh ljudi (z evtanazijo le 2,4 odstotka). Večini (10 odstotkom) pred smrtjo odtegnejo hrano in tekočine. Številke utegnejo biti celo višje v nekaterih drugih deželah. Vsaj pri polovici nizozemskih primerov je šlo za obvladovanje hudih bolečin ali drugih simptomov, medtem ko je eden od sedmih bolnikov prejel medikamente z izrecnim namenom, da se pospeši smrt, večinoma na lastno zahtevo. Te primere je po mnenju Van der Wala in sodelavcev (21) treba šteti kot primere evtanazije. Ponekod pa terminalne sedacije prav zaradi strahu, da ukrep ne bi obveljal kot primer evtanazije, ne uvedejo niti tedaj, ko bi bila medicinsko upravičena in odrešilna (22).

Kljub omenjenim zlorabam – ki so celo v nasprotju z nizozemskim zakonom o evtanaziji – lahko ostajata dvojni učinek in končna sedacija etično sprejemljivi opciji, ki utegneta v redkih primerih upravičeno priti v poštev. Zlorabe je namreč mogoče vsaj omejiti.

Vendar se zdi, da bo treba koncept dvojnega učinka in končne sedacije revidirati.

Tu je primerno citirati R. Georga, britanskega konzultanta za blažilno medicino (23), ki ima osebne izkušnje s približno 20.000 umirajočimi. Njegova razprava je objavljena med pričevanji v že omenjeni publikaciji Lordske zbornice, ki je izbor dokumentov iz javne razprave o osnutku britanskega zakona o legalizaciji samomora z zdravniško pomočjo (24). Med drugim piše naslednje: »*Poudarjam, literatura je jasna: pri umirajočih bolnikih pravilna raba sedativov in opioidnih zdravil ne skrajša življenja; usmrti jih njihova bolezen. Po mojih zapiskih približno eden od 1000 bolnikov potrebuje pomembnejšo sedacijo za zadovoljivo obvladovanje bolečin ali simptomov stiske; 1 od 100 pa potrebuje sedacijo za neobvladljiv terminalni nemir (agitacijo). Ti bolniki se želijo pomiriti in si po mojih izkušnjah ne želijo evtanazije.*« (23) George navaja primere, ki jasno umeščajo končno sedacijo in dvojni učinek kot ukrepa, ki ne krajšata življenja, pač pa *dasta bolniku in svojcem čas in prostor za razrešitev morebitnih konfliktov, ureditev nedokončanih nalog, sprejetje prihajajoče smrti in olajšanje slovesa*. Bolnikom v svoji oskrbi je omogočil plitvejšo sedacijo in prebujanje iz spanja oziroma stanja somnolence. V tem času so telesni simptomi pogosto popustili, mnogokrat se je pokazalo, da je bila prejšnja terapevtska neodzivnost pravzaprav posledica duševne stiske, tesnobe in nerazrešenih konfliktov (25). Bolniki so se navadno umirili, sprejeli so svojo usodo, uredili svoje stvari s svojci in drugimi in pomirjeni ter olajšani umrli. Primeri, ki jih je ta izkušeni strokovnjak opisal za omenjeno javno razpravo, so poučni in prepričljivi.

Tako ni pravega dvoma: v rokah strokovnjaka za blažilno medicino dvojni učinek in terminalna sedacija, *uvedena po pravilih stroke*, nista evtanazija, ampak ukrepa paliativne oskrbe, s sprejemljivim, a redkim stranskim učinkom, pospešitvijo smrti. Nekateri celo trdijo, da se bolnikovo življenje s sedacijo najbrž prej podaljša, kot pa skrajša.

Razprave o končni sedaciji KME še ni zaključila. Nedvomno bo treba še natančno pretehtati stališča in mnenja v literaturi, ki se hudo razhajajo in nikakor ne dajejo preprostih nasvetov. Pomembni bodo posveti s kolegi, ki imajo izkušnje s terminalno bolnimi. Upamo, da bomo v doglednem času prišli do priporočil, v katerih bo upoštevana svetovna tradicija zdravniške etike in deontologije ter potekajoča razprava v drugih deželah, obenem pa tudi specifičnost naše lokalne medicinske in pravne prakse.

Najbrž pa lahko napovemo: med prvimi in najpomembnejšimi nalogami blažilne medicine bo razčistiti koncept dvojnega učinka in končne sedacije. Evtanazijska praksa tu ne bo smela dobiti prostora – to je želel preprečiti celo nizozemski zakonodajalec (17). Humana pomoč umirajočemu ni v tem, da ga potisnemo v globoko spanje ali v nezavest, ki jo vzdržujemo do smrti. Nasprotno, če se le da, mu moramo dati čas in priložnost, da opravi svoje stvari, sprejme svoj lastni konec in odide v miru. Sedacija, iz katere se bolnik pred smrtjo zbudi, lahko zagotovi primerne okoliščine, da se to res zgodi. Zato pa bomo potrebovali bolje opredeljene medicinske indikacije, strokovne standarde glede zdravil in njihovih odmerkov ter pravila dobre klinične prakse – kako postopke voditi in jih tudi dokumentirati. Prav bo, če bo odločitev za terminalno sedacijo sprejel zdravnik šele po posvetu s kolegi, saj bo to tudi pomembno poročilo proti zlorabam. Meje z evtanazijo namreč nikakor ne smemo zabrisati.

Sklep ◆

Ob terminalnem bolniku se bo zdravnik vedno soočal s težavnimi vprašanji, na katera bodo možni usodno različni odgovori. Ali je dovolj pripravljen na primere, ki zahtevajo odgovorno in včasih tudi hitro odločanje, mnogokrat brez prave možnosti posveta? Nedvomno potrebuje

vso pomoč, ki mu jo lahko ponudita etika in pravo. A tudi ti dve stroki bosta morali svoja stališča domisliti in doreči (26), morda najboljše ob javni razpravi na uglednih mednarodnih forumih. Na zblizanje stališč tudi po takih razpravah ne moremo računati (27), gotovo pa si lahko izostrimo merila in izboljšamo etičnost odločanja. Škode, storjene umirajočim, ni mogoče popraviti. ■

- (1) Del snovi tega prispevka je bil predstavljen na 10. seminarju o bolečini – Paliativna medicina, z mednarodno udeležbo. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Maribor, 9. in 10. junija 2006
- (2) Op.: gospa Campbell je najbrž žrtev ene od spinalnih mišičnih atrofij, ki se začne podobno kot (pogostejša) najhujša oblika, Werdnig-Hoffmannova bolezen, pred rojstvom, a se potem, ko je zapustila pogorišče, ustavi.
- (3) The European Court of Human Rights, 2002. Gospa Diane Pretty (1958), britanska državljanka, je umirala zaradi bolezni motoričnih nevronov (ALS), za katero ni učinkovitega zdravljenja. Bila je praktično hroma, njeno čutenje, zaznavanje, razum in sposobnost odločanja pa so ostali neprizadeti. Ker je doživljala zadnje obdobje svojega življenja kot mučno in ponižujoče, je želela, da bi ji soproj pomagal pri samomoru, ne da bi bil za to kazensko preganjan. Po britanskih zakonih prošnji ni bilo mogoče ugoditi, aprila 2002 pa je pritožbo zavrnilo tudi Evropsko sodišče za človekove pravice v Strasbourgu. Sodišče se je soglasno odločilo, da ni bilo nobene kršitve Evropske konvencije o človekovih pravicah v členih 2 (o pravici do življenja), 3 (o prepovedi nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja), 8 (o pravici do zasebnosti), 9 (o svobodi vesti) in 14 (o prepovedi diskriminacije). Mediji so bili večinsko na strani gospe Pretty, ki je kmalu zatem umrla naravne smrti.
- (4) Global Perspectives on Independent Living for the Next Millenium, 1999.
- (5) Mason et al. Medical futility: I. The beginning of life. *Law and Medical Ethics* 2002, pp. 470-501
- (6) Savulescu, 2006.
- (7) Celesia, 1997, 2000.
- (8) Pontifical Academy For Life & World Federation of Catholic Medical Associations, 2004
- (9) Celesia, 1997; 2000
- (10) Dijkstra, 2006.
- (11) WHO 2002.
- (12) Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Council of Europe.
- (13) Ashby, Stoffell 1995.
- (14) Cherny, Portenoy 1998
- (15) Janssens et al. 2003.
- (16) Van Deijck et al. 2003.
- (17) Bood 2004.
- (18) Billings, Block 1996.
- (19) Beauchamp, Childress 2001
- (20) Sprung et al. 2003.
- (21) Van der Wal et al. 2003.
- (22) Yanow 2000.
- (23) George R., v House of Lords on Assisted Dying, 2005.
- (24) House of Lords, Select Committee. Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, 2005.
- (25) Fainsinger et al 2000.
- (26) Abrams, 2002
- (27) Council of Europe, Parliamentary Assembly, Social, Health and Family Affairs Committee. Hearing on Euthanasia, 2002

Literatura:

1. Abrams M. Report on the legislation and practice pertaining to the protection of human rights and dignity of the terminally ill and dying in Europe. Steering Committee on Bioethics, Council of Europe. Strasbourg, CDBI (2002) 16. 4 October 2002.

2. Ashby M, Stoffell B. Artificial hydration and alimentation at the end of life: a reply to Craig. *Journal of medical ethics* 1995; 21: 135-150
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics. Fifth edition.* New York: Oxford University Press, 2001. (Cit. Bood 2004).
4. Billings J A, Block S D. Slow euthanasia. *J Pall Care*, 1996; 12: 21–30.
5. Bood A. Terminal sedation. Health Council of the Netherlands, Centre for Ethics and Health. Gezondheidsraad 2004/12-02E. The Hague, June 29, 2004.
6. Celesia G.G. Persistent vegetative state: clinical and ethical issues. *Clin Neurophysiol* 2000; 53: 460-462.
7. Celesia, G.G. Persistent vegetative state: clinical and ethical issues. *Theoretical Med.*, 1997, 8: 221-236
8. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Pall Care*, 1994; 10: 31-38
9. Council of Europe. Replies to the questionnaire for member States relating to euthanasia. CDBI (2001) prov. Strasbourg, 2002.
10. Council of Europe, Parliamentary Assembly, Social, Health and Family Affairs Committee. Hearing on Euthanasia, PARIS, Assemblée nationale, 25 November 2002. AS/Soc/Inf (2002) 2 prov.
11. Council of Europe, Parliamentary Assembly, Assistance to ill persons at end of life. Preliminary draft report. Rapporteur Dick Marty, Switzerland, LDR. AS/Soc 2004 19 revised. AS/Soc/ (2004) 2 prov. 4 October 2004.
12. Dijkstra I., Eržen L. Se evtanaziji bliža konec? *Readers' Digest* (slovenska izdaja), september 2006, 60-65.
13. Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M et al. A multi-centre international report of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliative Medicine* 2000; 15: 257-265
14. Gevers S. Terminal sedation: a legal approach. *European journal of health law* 2003; 10: 359-367. 2003. (Cit. Bood 2004).
15. Global Perspectives on Independent Living for the Next Millenium, an international summit conference on independent living, Washington, DC, 21-25 September 1999.
16. Harris J. The philosophical case against the philosophical case against euthanasia. In: Keown J (ed.). *Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives.* Cambridge: Cambridge University Press, 1995: 36-45. (Cit. Bood 2004).
17. House of Lords, Select Committee. Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. Volume III. Evidence – individual submissions. Ordered to be printed 3 March 2005 and published 28 April 2005, by the authority of the House of Lords. London: The Stationery Office Ltd. HL Paper 86-III.
18. Janssens R, Wijn AM, Zylicz Z ea. Controversen rondom terminale sedatie. *Tijdschrift voor gezondheidsethiek* 2002; 12: 79-83
19. Mason JK, McCall Smith RA, Laurie GT. Medical futility: I The beginning of life. *Law and Medical Ethics*, 6th Edition. Butterworth Lexis Nexis, London, 2002, pp. 470-501.
20. Pontifical Academy For Life & World Federation of Catholic Medical Associations: Joint Statement On The Vegetative State. International congress on »Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas«, Rome, 10-17 March 2004.
21. Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Strasbourg, Concil of Europe, 2003.
22. The European Court of Human Rights. Chamber judgment in the case of Pretty v. the United Kingdom (application no. 2346/02). Press release issued by the Registrar, 235, 29. 4. 2002.
23. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* 2006; 332: 294-297.
24. Sprung C, Cohen S, Sjøkvist P, Baras M et al. "End of life practices in European intensive care units" *JAMA* 2003; 290 (6): 790-797.
25. Stone P, Phillips C, Spruyt O et al. A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliative medicine* 1997; 11: 140-144.
26. Van Deijck RHPD, Rondas AALM, Berghmans RLP. Terminale sedatie bij wilsbekwame patiënten: geen overwegende morele bezwaren in de medische literatuur. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2003; 147: 2479-2483. (Cit. Bood 2004).
27. Van der Wal G, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. et al. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. Utrecht: De Tijdstroom, 2003. (Cit. Bood 2004).
28. Yanow M L. Letters, *Annals Intern Med*, 2000; 133(7): 560.

Objavljeno v *Medicina in pravo*, Sodobne dileme. Ur. J. Reberšek Gorišek, V. Rijavec, V. Flis, V. Planinšec, S. Kraljić. Pravna fakulteta Univerze v Mariboru in Splošna bolnišnica Maribor, 2007; 349-357.

Ekonomsko vrednotenje posegov v zdravstvu

Klemen Rojnik

Uvod ♦

Pri vsakodnevnih opravilih smo hote ali nehote primorani v odločanje med različnimi stvarmi. Zaradi omejenosti (s časom, energijo, denarjem, vedenjem...) skušamo zavestno ali podzavestno čimbolje ovrednotiti sredstva, ki bi jih bilo potrebno vložiti za določeno stvar, ter koristi, ki bi jih dobili. Prav zaradi tega bi se bilo zelo malo ljudi pripravljenih truditi za stvar, katere posledice bi bile neznane. In seveda obratno, malo ljudi bi bilo pripravljenih sprejeti stvar, tudi želeno, če bi bil vložek za pridobitev te stvari neznan. Prav ta odnos med vloženimi sredstvi in dobljenimi koristmi je ključnega pomena tudi pri ocenjevanju koristnosti oziroma stroškovne učinkovitosti posameznih posegov v zdravstvu, saj so sredstva za njih omejena. S primerjavo potrebnih sredstev in pričakovanih koristi posameznih alternativ skušamo pri ekonomskem vrednotenju določiti prioritete posegov in na ta način s omejenimi sredstvi pridobiti čim več koristi (1). Z drugimi besedami: s pomočjo ekonomskega vrednotenja skušamo zmanjšati oportunitetne stroške, saj pravi stroški izbranega programa niso sredstva, ki smo jih namenili za izvajanje izbranega programa, temveč »zapravljene« koristi drugega stroškovno učinkovitejšega programa, v katerega nismo investirali. Na primer: strošek helikopterskega reševanja ni njegova cena, temveč zapravljenosti koristi, ki bi jih lahko dobili z investicijo v ostale, morda stroškovno učinkovitejše posege.

V mnogih državah po svetu, v Avstraliji, Kanadi, Veliki Britaniji ter v nekaterih evropskih državah, je ekonomsko vrednotenje posegov v zdravstvu postalo obvezno pri odločanju o pokritju stroškov iz državnih sredstev za ta poseg (2). Način odločanja o ustreznosti terapij, ki je predstavljen v tem članku, je soroden s smernicami, ki se vzpostavljajo v tujini na tem hitro razvijajočem se področju, predvsem s smernicami britanskega National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (3). Navkljub kritikam na račun NICE, tako s strani industrije kot javnosti, se bo zaradi izredno hitrega povečevanja stroškov za zdravstvo povsod po svetu potrebno poslužiti predstavljenih in sorodnih metod, če želimo omejiti oziroma vsaj upočasniti rast stroškov ter zagotoviti učinkovitejšo ter pravičnejšo porazdelitev »zdravja«.

Bistvo predstavljenega koncepta leži v ovrednotenju tako pričakovanih stroškov kot tudi pričakovanih koristi posegov ter v zmožnosti prenosa negotovosti vhodnih parametrov v negotovost pri odločanju med posegi. Praktična uporaba je prikazana na primeru ocenjevanja stroškovne učinkovitosti presejanja za rakom dojke v Sloveniji (4, 5).

Ustrezni podatki pri ekonomskem vrednotenju ♦

Temelje ekonomskega vrednotenja posegov v zdravstvu predstavljajo podatki o izbranem posegu (6). Pri tem imajo največjo vrednost podatki, pridobljeni iz randomiziranih kliničnih raziskav, kar je predvsem pogosto pri zdravljenih, saj so take raziskave zahtevane za dokaz učinkovitosti in varnosti. Vseeno mnogo terapij oziroma posegov ni bilo ocenjenih v velikih randomiziranih raziskavah. Obstajajo pa tudi posegi, ki so bili preučevani v mnogih raziskavah, različnih po velikosti,

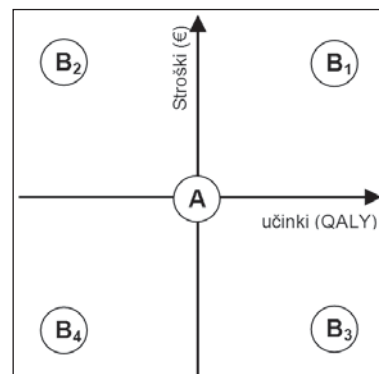
namenu in načinu izvedbe. Vendar je tako v prvem kot tudi v drugem primeru pomembno, da se pri sintezi podatkov upoštevajo vsi, ki so na voljo, saj tako pridobimo bolj nepristransko oceno. Pri tem si pomagamo z iskanjem po različnih bazah podatkov, pri velikem pomanjkanju podatkov lahko celo z mnenji strokovnjakov, podatke pa združujemo s pomočjo metaanaliz.

K potrebnim podatkom za ekonomsko vrednotenje posegov sodijo tudi podatki o učinkovitosti. Navkljub predvsem v preteklosti deljenim mnenjem glede ustreznosti merila QALY (quality adjusted life years) za vrednotenje z zdravjem povezane kakovosti življenja, so QALY sedaj uveljavljeni kot najpogostejše merilo učinkovitosti zdravstvenih posegov, saj zajamejo tako kakovost kot tudi dolžino življenja (7). Z upoštevanjem različnih QALY-uteži za izbrana zdravstvena stanja je tako mogoče oceniti razliko v učinkovitosti primerjanih posegov.

Izračun stroškovne učinkovitosti ♦

Jedro ekonomskega vrednotenja predstavlja matematični model preučevanih posegov (8). Kot najprimernejši modeli za oceno stroškov in učinkov preučevanih posegov so se izkazale Markovske verige ter odločitvena drevesa oziroma kombinacije obeh (9, 10). Bistvo teh modelov je, da pri preučevanju posegu opredelimo medsebojno izključujoča zdravstvena stanja v skladu z naravo bolezni. Vsakemu stanju pripišemo učinke ter stroške, ki jih pričakujemo v tem stanju, prehode med stanji pa opredelimo z verjetnostmi prehoda. Na ta način lahko z modelom ovrednotimo stroške, ki jih zahteva določen poseg, ter učinke, ki jih od njega pričakujemo.

Rezultate modela predstavimo na ravni stroškovne učinkovitosti, tj. na diagramu odvisnosti med stroški in učinki (1). Na sliki 1 so prikazani možni rezultati primerjave novega posega B z obstoječim posegom A, ki je lahko tudi opcija »ne naredi ničesar«. V primerih, ko ima nov poseg večje pričakovane stroške ter manjše koristi (B_2) ali manjše stroške in večje koristi (B_3) od obstoječega posega, je odločitev jasna. V prvem primeru poseg zavrnemo (poseg A prevlada nad posegom B_2), v drugem pa ga sprejmemo (poseg B_3 prevlada nad posegom A). V ostalih dveh situacijah učinkovitost posega izrazimo v stroških, ki jih moramo odšteti za enoto učinka, tj. v stroških na QALY. Ocena ICER (Incremental cost-effectiveness ratio) je med dvema posegoma podana kot $ICER = \text{Razlika stroškov} / \text{Razlika učinkov}$ in pomeni, koliko dodatnih sredstev

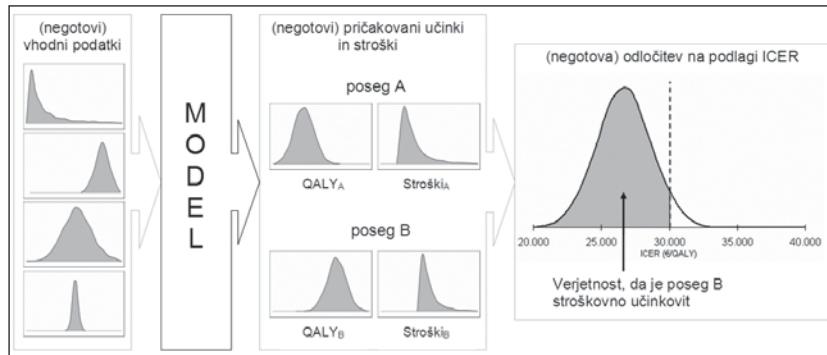


Slika 1. Možni rezultati primerjave stroškovne učinkovitosti dveh posegov (A in B) na ravni stroškovne učinkovitosti. B_1 – B_4 predstavljajo različne možnosti v učinkovitosti in stroških posega B relativno na poseg A.

moramo nameniti dražjemu posegu, da pridobimo en dodaten QALY, v primerjavi s cenejšim posegom (1). Ta ocena ICER predstavlja vrednost posega. Velja, da nižji kot je strošek na dodaten QALY, bolj stroškovno učinkovit je poseg. Tako postane odločitev za poseg odvisna od vrednosti, ki smo jo pripravljeni plačati za QALY, to je največjega še sprejemljivega ICER. Če analiza stroškovne učinkovitosti pokaže, da je ICER večji od še sprejemljivega, potem je poseg stroškovno neučinkovit, saj bi za en QALY plačali več, kot ga vrednotimo.

Upoštevanje negotovosti

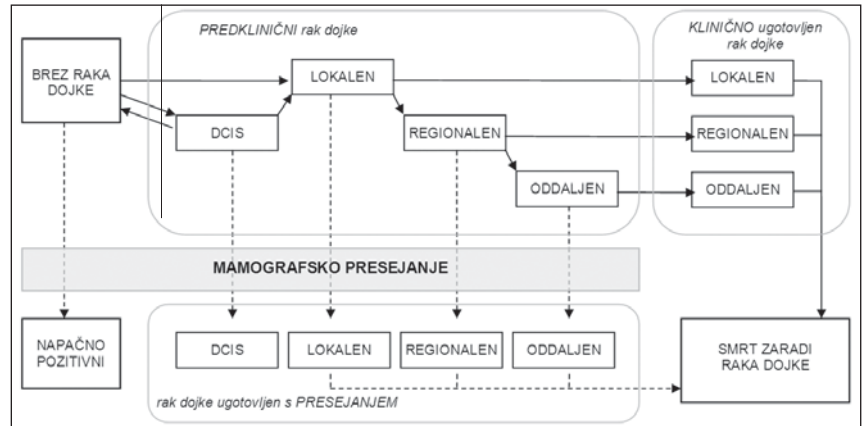
Odločanje o stroškovni učinkovitosti posegov temelji na negotovih informacijah in podatkih, kot so klinična učinkovitost, stroški, kakovost življenja, verjetnosti prehodov ipd. S pomočjo ekonomske analize je zato tudi potrebno ovrednotiti, kako se negotovost vhodnih podatkov izrazi pri negotovosti odločanja. Kakovost in količino informacij za posamezni vhodni parameter lahko izrazimo z verjetnostnimi porazdelitvami, kjer parametrom z malo oziroma slabimi podatki opredelimo bolj razpršene porazdelitve. V probablistični analizi pa prenesemo negotovost vhodnih parametrov s pomočjo Monte Carlo simulacije v negotovost stroškov in učinkov ter posledično na negotovost ocen ICER za posamezne alternative, na podlagi katerih se odločamo (slika 2) (11). Verjetnost, da je posamezna alternativa stroškovno najučinkovitejša, se grafično prikaže s pomočjo CEAC-krivulj (cost-effectiveness acceptability curves), kjer ta verjetnost predstavlja delež simulacij, v katerih je alternativa stroškovno najučinkovitejša pri izbrani mejni vrednosti za QALY (12).



Slika 2. Shematski prikaz prenosa negotovosti vhodnih parametrov na pričakovane stroške in koristi ter nadalje na negotovost ICER posameznih posegov. Na podlagi pričakovane vrednosti ter negotovosti ICER se nato odločimo o izbiri določenega posega. S črtkano črto je ponazorjena vrednost, ki smo jo pripravljeni plačati za QALY.

Odločitev za poplačilo

Večina bi se strinjala, da je sprejetje posega z najmanjšo verjetnostjo stroškovne učinkovitosti neustrezno. Vendar bi se prav to lahko dogajalo, če bi se pri odločanju med alternativami upoštevala načela statistične značilnosti (13). Če bi primerjali terapiji A in B in bi imela terapija A verjetnost, da je stroškovno učinkovita, 70 odstotkov (verjetnost napake 30 odstotkov je veliko večja kot navadno predpostavljena meja 5 odstotkov), bi jo zavrnil, ker razlika ni statistično značilna. To bi pomenilo, da smo se odločili za terapijo, ki ima najnižjo verjetnost za



Slika 3. Markovski model, uporabljen pri ekonomskem vrednotenju presejanja raka dojke. Predklinični rak dojke nima kliničnih simptomov, možno pa ga je diagnosticirati s presejanjem. Prehodi, označeni s puščicami, nakazujejo možen potek bolezni. Črtkani prehodi so možni le pri presejanju. Stanje »smrt zaradi ostalih vzrokov« ni prikazano.

stroškovno učinkovitost, kar bi se odražalo v izgubljenih koristih. Ker je (oziroma bi moral biti) cilj vsakega zdravstvenega sistema maksimizirati zdravstvene koristi z razpoložljivimi sredstvi za vse bolnike, se je (oziroma bi se bilo) potrebno odločati glede na pričakovane vrednosti stroškovne koristnosti, kar je temelj opisanega Bayesovega probablističnega pristopa (6).

Odločitev o optimalnem posegu izmed vrednotenih alternativ je močno odvisna od vrednosti, ki smo jo pripravljeni plačati za dodaten QALY. V literaturi se uporablja veliko ocen, največkrat 50.000 USD (39.000 EUR) na QALY (14). NICE pri svojih odločitvah upošteva okvirno pravilo, da so posegi s ceno dodatnega QALY pod 20.000 GBP (30.000 EUR) stroškovno učinkoviti, posegi s ceno dodatnega QALY nad 30.000 GBP (44.000 EUR) pa stroškovno neučinkoviti (15).

Drugi način za določitev vrednosti dodatnega QALY in posledično za odločanje med posameznimi posegi v zdravstvu pa temelji na poznavanju celokupnega proračuna za zdravstvo in na poznavanju stroškovne učinkovitosti vseh posegov, ki tekmujejo za ta sredstva. V tem primeru bi razvrstili vse posege od tistih z najnižjimi ICER do tistih z najvišjimi, nato pa bi sprejemali posege, dokler ne bi izčrpali vseh sredstev. Mejna vrednost za QALY bi tedaj predstavljala stroškovno učinkovitost zadnje terapije (ICER), ki bi jo še sprejeli (1).

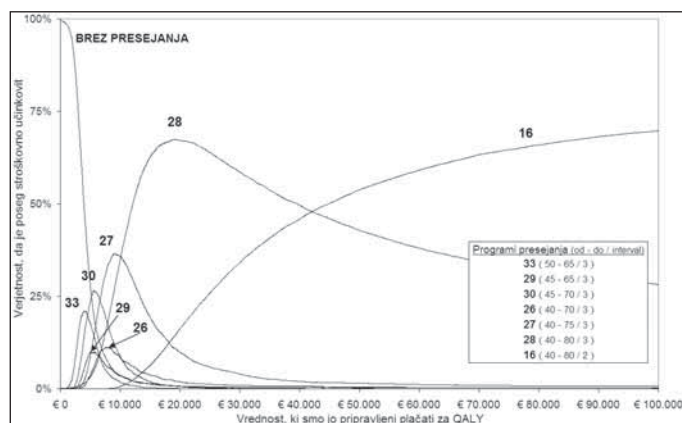
Primer: Stroškovna učinkovitost presejanja za rakom dojke

Primer uporabe predstavljenega pristopa v Sloveniji predstavlja ocenjevanje stroškovne učinkovitosti presejanja za rakom dojke (4, 5). S pomočjo probablističnega markovskega modela (slika 3) so bile ocenjene verjetnostne porazdelitve stroškov in učinkov 36 različnih programov presejanja nasproti samemu opazovanju. Programi presejanja so se razlikovali v starosti vključenih žensk ter po pogostosti presejanja. Upoštevani stroški so predstavljali stroške zdravljenja raka dojke, stroške diagnostike raka dojke ter stroške mamografskega presejanja. Učinki so bili merjeni s QALY-utežmi glede na vrsto zdravljenja ter diagnostike raka dojke.

Ekonomska analiza presejanja je pokazala, da so vsi programi z eno-

letnim intervalom stroškovno neučinkoviti, saj so imeli višje pričakovane stroške ter manjše pričakovane koristi kot programi z dveletnim intervalom. Ta rezultat je posledica dejstva, da je negativni vpliv presejanja v obliki napačno pozitivnih rezultatov ter posledičnega zmanjšanja kakovosti življenja zaradi nepotrebnih invazivnih preiskav prevladal nad pozitivnimi učinki presejanja, ki se odražajo v povečanem preživetju. Prav tako je analiza pokazala tudi, da so programi z dveletnim intervalom stroškovno učinkoviti samo pri velikih vrednostih za QALY (41.815 EUR za dodaten QALY pri presejanju za ženske med 40 in 80 letom na vsaki dve leti). Tako so se za najbolj stroškovno učinkovite izkazali programi s triletnim intervalom. Z uporabo prej omenjenih mejnih vrednosti za QALY je stroškovno najbolj učinkovit program presejanja žensk, starih od 40 do 80 let, vsaka tri leta, ki je stroškovno učinkovit med vrednostmi 13.352 EUR in 41.815 EUR na QALY (slika 4).

Podrobnejši opis uporabljenega modela, njegovih predpostavk, omejitev ter rezultatov s komentarjem je predstavljen v originalnih raziskovalnih člankih (4, 5).



Slika 4. Cost-effectiveness acceptability curves (CEAC) prikazujejo verjetnost, da je posamezen program stroškovno najučinkovitejši pri določenih vrednostih, ki smo jih pripravljeni plačati za QALY. Programi presejanja se razlikujejo v starosti ob začetku ter koncu presejanja ter v intervalu med posameznimi presejanji. Nobeden od ostalih 29 programov ni dosegel 3-odstotne verjetnosti za stroškovno učinkovitost.

Zaključek

Opisani koncept ekonomskega vrednotenja zdravstvenih posegov predstavlja koherenten pristop pri odločanju med različnimi zdravstvenimi programi. V primerjavi s sedanjim sistemom je predstavljeni pristop teoretično utemeljen in omogoča primerjavo stroškov in koristi med povsem različnimi programi. Prav tako vodi odločanje na podlagi stroškovne učinkovitosti posegov k večji celokupni učinkovitosti zdravstvenega sistema z danimi sredstvi. Prednost predstavlja tudi zmožnost upoštevanja negotovosti različnih vrst vhodnih informacij, prenos te negotovosti na natančnost ocen stroškov in učinkov ter nazadnje na upoštevanje te negotovosti pri odločanju.

Seveda pa pri samem ocenjevanju stroškov in učinkov različnih posegov v zdravstvu obstajajo mnoge nejasnosti. Vendar so vprašanja npr. o interpretaciji rezultatov, o upoštevanju več vrst rezultatov, o možni pristranskosti, o upoštevanju negotovosti itn. prisotna tudi pri neformalnem ocenjevanju posegov. Pravzaprav današnji sistem omogoča, da se lahko ta pomembna vprašanja prikladno prezrejo, odločanje pa postane nepregledno na osnovi neopredeljenih kriterijev in na nejasnem tehtanju dokazov. Samo preko bolj jasnih ter preglednih pristopov bomo

lahko ustrezno odgovorili tudi na ta vprašanja in zagotovili čim bolj učinkovito ravnanje z omejenimi sredstvi.

Največkrat omenjena kritika, ki jo nasprotniki predlagane metodologije omenjajo kot razlog za neprimernost, je (ne)upoštevanje etičnosti pri odločanju, saj bi lahko zaradi stroškovne neučinkovitosti zdravljenj nekaterih (predvsem redkih) bolezni bolniki ostali brez terapije. Vendar je tudi tukaj pomembno postaviti bolj eksplicitna merila za določitev kompromisa med pravičnostjo in učinkovitostjo. Oziroma z drugimi besedami, jasno moramo opredeliti, koliko več smo zaradi pravičnosti pripravljeni vrednotiti življenje teh bolnikov na račun učinkovitosti. Današnji sistem tega ne omogoča. Še več, v današnjem sistemu se lahko primeri, da na eni strani plačujemo posege s stroškovno učinkovitostjo 100.000 EUR na QALY, na drugi strani pa zavračamo posege s stroškovno učinkovitostjo 10.000 EUR na QALY. Z etičnega vidika to pomeni, da cenimo vrednost enega leta življenja (QALY) prve skupine bolnikov preko 100.000 EUR, vrednost enega leta življenja druge skupine pa manj kot 10.000 EUR. Predlagani koncept, ki onemogoča tako različno vrednotenje življenj skupin bolnikov, je torej kvečjemu bolj pravičen od sedanjega.

Zaradi vsega tega bomo prej ali slej primorani ugrizniti tudi v to kislno jabolko stroškovne učinkovitosti in bomo morali prevzeti večjo odgovornost, ki jo prinaša bolj pregledno odločanje med posameznimi posegi v zdravstvu. Pomembno vlogo pri tem prehodu pa bo moralo igrati tudi ozaveščanje samih bolnikov oziroma celotne javnosti, na katero se bodo nanašale odločitve. V izogib polemikam ter nestrinjanjem bo potrebno sprejeti mnenje, da se vsi bolniki »borijo« za sredstva iz ene vreče in da zmage v obliki povrnitve stroškov terapije za eno skupino bolnikov lahko za prebivalstvo pomenijo poraz, saj bi lahko s temi sredstvi pri drugi skupini bolnikov dosegli veliko večje zdravstvene koristi.

Literatura:

1. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2nd ed. Oxford, New York, Toronto: Oxford University press; 1997
2. Hjelmgren J, Berggren F, Andersson F. Health economic guidelines-similarities, differences and some implications. *Value Health* 2001; 4: 225-50.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Guide to the methods of technology appraisal*. London: NICE, 2004. Dosegljivo na www.nice.or
4. Rojnik K, Naveršnik K, Mateović Rojnik T, Primic Žakelj M. Probabilistic cost-effectiveness modelling of different breast cancer screening policies in Slovenia. *Value Health*. V tisku 2007.
5. Rojnik K, Naveršnik K. Gaussian Process metamodeling in Bayesian Value of information analysis: a case of the complex health economic model for breast cancer screening. *Value Health*. V tisku 2007.
6. Claxton K, Sculpher M, Drummond M. A rational framework for decision making by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Lancet* 2002; 360: 711-5.
7. Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYs and QALYs and DALYs, oh my: similarities and differences in summary measures of population health. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 115-34.
8. Brennan A, Akehurst R. Modeling in health economic evaluation. What is its place? What is its value? *Pharmacoeconomics* 2000; 17: 445-59.
9. Sonnenberg FA, Beck JR. Markov models in medical decision making: a practical guide. *Med Decis Making* 1993; 13: 322-38.
10. Briggs A, Sculpher M. An introduction to Markov modelling for economic evaluation. *Pharmacoeconomics* 1998; 13: 397-409.
11. Briggs AH. Handling uncertainty in cost-effectiveness models. *Pharmacoeconomics* 2000; 17: 479-500.
12. Fenwick E, O'Brien BJ, Briggs A. Cost-effectiveness acceptability curves-facts, fallacies and frequently asked questions. *Health Econ* 2004; 13: 405-15.
13. Claxton K. The irrelevance of inference: a decision-making approach to the stochastic evaluation of health care technologies. *J Health Econ* 1999; 18: 341-64.
14. Eichler HG, Kong SX, Gerth WC, Mavros P, Jönsson B. Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: How are cost-effectiveness thresholds expected to emerge? *Value Health* 2004; 5: 518-28.
15. Pearson SD, Rawlins MD. Quality, innovation, and value for money. NICE and the British National Health Service. *JAMA* 2005; 294: 2618-22.

Prepoved uporabe dentalnih amalgamov v državah EU!?

Matjaž Rode

Dentalni amalgami so kovinske zlitine, sestavljene iz srebra, živega srebra, kositra, bakra in še nekaterih kovin, in se že več kot 150 let uporabljajo v zobozdravstvu. Še vedno so vodilni plastični polnilni material za obnovitev okvarjenih delov zobne krone na mestih, ki so ob žvečenju močno obremenjena, to pa so grizne ploskve na kočnikih in ličnikih.

Ker je v zlitini okoli 50 odstotkov živega srebra, ki se med strjevanjem in tudi po strditvi amalgama izloča v nanogramih v ustno votlino, med odstranjevanjem plombe pa tudi v okolje, že mnogo let potekajo razprave o možnih škodljivostih živega srebra iz dentalnih amalgamov.

Že nekaj let si Evropska unija, predvsem Evropski parlament, prizadeva, da bi prepovedala uporabo dentalnih materialov v državah EU.

V januarju leta 2005 je Komisija pripravila dokument, v katerem je predlagala zmanjšanje emisij živega srebra, predlagala načine odstranjevanja in shranjevanja živega srebra in zaščito prebivalstva pred njim. Dokument je pri tem omenil tudi dentalne amalgame in avtorji so zahtevali od stroke, da oceni možne vplive živega srebra iz plomb na zdravje in na onesnaževanje okolja.

V marcu 2006 je Evropski parlament pozval Komisijo, da naj predlaga močno omejitev uporabe amalgama v državah EU do konca leta 2007. V oktobru 2006 je Komisija objavila osnutek Direktive o prepovedi uporabe kovinskega živega srebra, ki se sicer ne nanaša neposredno na dentalne amalgame, je pa zato v februarju 2007 Komisija zahtevala od strokovnjakov, da ocenijo (ne)varnost dentalnih amalgamov za nosilce amalgamskih plomb in nevarnost ostankov dentalnih amalgamov za okolje.

Svet evropskih zobozdravnikov (CED), ki je edino telo, ki v skupnosti skrbi za zobozdravstvo, je ustanovil skupino strokovnjakov (eden od članov je tudi podpisani), ki je proučila obsežno strokovno literaturo in pripravila poročilo o (ne)škodljivosti uporabe dentalnih amalgamov. Hkrati so člani te delovne skupine pregledali tudi poročila o (ne)škodljivosti drugih plastičnih polnilnih materialov in pripravili tudi opozorilo o možnih posledicah prepovedi uporabe amalgamov v zobozdravstvu.

Vmesno poročilo, ki ga je delovna skupina že pripravila za Evropski parlament, je opozarjalo, da:

- ta hip med plastičnimi polnilnimi materiali v zobozdravstvu ni pravega nadomestka za amalgame ob reparaciji zobnih poškodb v transkaninem predelu;
- je vedno več dokazov slabših mehanskih lastnostih drugih plastičnih polnilnih materialov.

DLC je med članice razdelil tudi vprašalnik in jih pozval, da odgovorijo, kaj menijo o tem predlogu. Delovna skupina, ki naj bi pripravila povzetek odgovorov, je dobila odgovore od 22 držav EU. Skupna misel prav vseh odgovorov je bila, da ni nobenih dokazov, da lahko živo srebro iz amalgamskih plomb škoduje organizmu (razen zelo redkih primerov

alergičnih reakcij) in da ta hip še ni na razpolago drugih materialov, ki bi lahko ob točno določenih indikacijah nadomestili dentalne amalgame. Tudi v tistih – predvsem skandinavskih – državah, kjer se uporaba dentalnih amalgamov odsvetuje (Švedska, Norveška), je to predvsem zaradi onesnaževanja okolja z živim srebrom, ki je sestavni del plomb.

Na generalni skupščini CED maja 2007 v Londonu so delegati enoglasno potrdili besedilo resolucije, ki jo je pripravila delovna skupina in ki se v skrajšani obliki glasi:

- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in Svetovno zobozdravniško združenje (FDI) podpirata uporabo dentalnih amalgamov, ki so se izkazali kot varni in učinkoviti plastični materiali za polnjenje okvarjenih zobnih ploskev. Že več desetletij potekajoče raziskave v mnogih znanstvenih in strokovnih centrih po vsem svetu so dokazale, da dentalni amalgami ne predstavljajo nevarnosti za zdravje.
- CED obžaluje, da je Evropski parlament pričel dejavnosti za prepoved dentalnih amalgamov in pri tem noče upoštevati znanstvenih ugotovitev.
- Nujno je nadaljevati vse raziskave, ki bi lahko dokazale možen škodljivi vpliv dentalnih amalgamov na zdravje, pri tem pa je treba natančneje preiskovati tudi možne škodljive vplive materialov, ki naj bi nadomestili dentalne amalgame, saj se o tem ve premalo.
- Zobozdravniki se zavedajo škodljivih vplivov živega srebra na okolje in zato so pripravili ukrepe, ki zelo učinkovito preprečujejo, da bi ostanki dentalnih amalgamov in živega srebra v njih onesnaževali okolje, in v celoti podpirajo vse ukrepe, ki jih bodo pripravili strokovnjaki za varovanje okolja.
- Soglasje zobozdravnikov po vsem svetu je, da naj dentalni amalgam ostane eden od možnih materialov v zobozdravstvu, saj bi njegova prepoved ogrozila možnosti reparacije okvarjenih zobnih ploskev pri nekaterih skupinah prebivalcev.
- Pacient ima vso pravico, da odkloni dentalni amalgam, zobozdravnik pa ne sme odkloniti izdelave amalgamske plombe pri tistih, ki drugačne rešitve iz različnih vzrokov ne morejo pričakovati.

To resolucijo je vodstvo CED poslalo Komisiji in Evropskemu parlamentu.

Seveda s tem razprava o usodi dentalnih amalgamov še ni zaključena, saj je Evropski biro za okolje 25. maja 2007 sklical posvet z značilnim naslovim: Zobozdravniki kot izvor onesnaženja z živim srebrom. Razprava je bila v začetku zelo nenaklonjena ne samo dentalnim amalgamom, ampak tudi zobozdravnikom, saj so jih razpravljalci primerjali s tobačnim lobijem, ki močno ogroža človeštvo! Po prispevku prof. dr. Schmalza, priznanega strokovnjaka na področju dentalnih materialov, so se strasti malo umirile. Končni sklep je bil, naj se razmišlja o vse manjši uporabi dentalnih amalgamov, in ta »korak za korakom« strategija opuščanja obtoženega materiala bo možna šele tedaj, ko bomo dobili ustrezen nadomestni material, ki ga za sedaj še nimamo.

1B - Abraham med Schengnom in mega termami

Rade Iljaž

Uvod – značilnosti terena ◆

Občina Brežice se razprostira na 268 km² in po zadnjem popisu ima 23.253 prebivalcev, ki živijo v 109 naseljih (1, 2). Tu potekata pomembna cestna in železniška povezava ter 67 km državne meje, kjer se nahajata dva velika mednarodna mejna prehoda - Obrežje za cestni in Dobova za železniški promet, ter trije meddržavni mejni prehodi. Zagreb, glavno mesto sosednje Hrvaške, ki s svojim gravitacijskim območjem šteje okoli dva milijona prebivalcev, je oddaljen slabih 20 km.

Terme Čatež, največje slovensko naravno zdravilišče in tretje največje slovensko turistično središče, so od naše enote NMP oddaljene manj kot 3 km.

Po podatkih s spletne strani podjetja (3) od leta 2000 naprej beležijo okrog 800.000 kopaliških vstopov in dobrega pol milijona nočitev na leto. V Termah je stalno zaposlena ena zdravnica – specialistka fizioterije. Nimajo nikakršnega vozila za prevoz bolnikov ali poškodovancev.

Na območju občine se nahaja tudi največje slovensko vojaško letališče v Cerkljah, ki leži slabih 5 km severozahodno od naše NMP. Od leta 1995 nimajo ne zaposlenega zdravnika, ne reševalnega vozila. Klici za posredovanje naše enote na letališču niso pogosti. Neposredno ob severni meji občine, približno 6 km od enote NMP, se nahaja tudi Nuklearna elektrarna Krško.

Zdravstveno osebje ZD Brežice je dalo pomemben prispevek tudi med osamosvojitveno vojno za Slovenijo leta 1991, v spopadih z več mrtvimi in ranjenimi v bližini mejnih prehodov Rigonce in Slovenska vas, na avtocesti Ljubljana–Zagreb in v bližini letališča Cerklje.

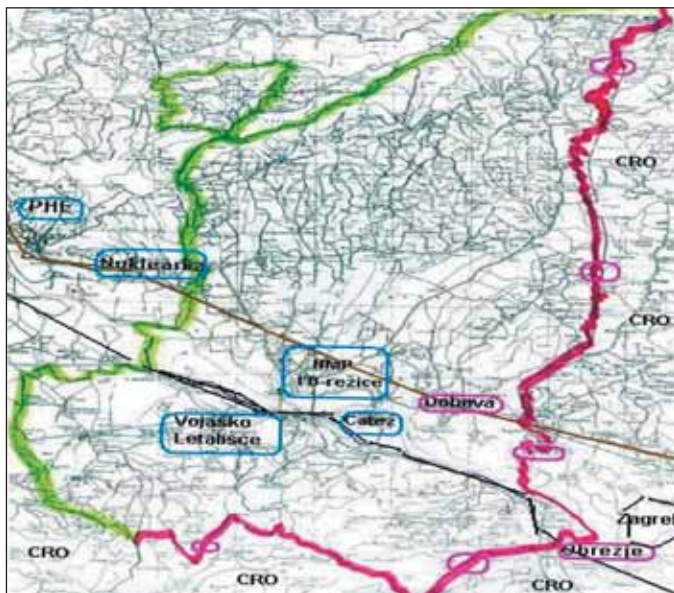
Nujni reševalni prevozi iz splošne bolnišnice ◆

Do polovice leta 2004 smo zaradi pogostih prevozov za potrebe SB Brežice v naši enoti NMP, zlasti v dopoldanskem času, večkrat ostajali brez reševalnega vozila. Iz SB so večkrat naročali po dve ali celo tri reševalna vozila hkrati, tako da sta se pogosto na kraj dogodka (tudi hujše prometne nesreče z več poškodovanimi) pripeljala zdravnik in sestra v osebnem vozilu. Dogajalo se je tudi, da se je za volan reševalnega vozila usedel direktor ZD, glavna sestra ali interventni zdravnik sam in se pripeljal na kraj nesreče. Tako neurejene razmere so precej verjeten razlog, da je bilo od leta 2000 pet zdravnikov ZD Brežice in eden zdravnik s koncesijo ocenjenih s tretjo stopnjo invalidnosti. V prometni nesreči reševalnega vozila sta v letu 2002 ugasnili življenji našega voznika in bolnika v vozilu.

Na sliki 1 je zemljevid občine Brežice z označenimi pomembnimi točkami za delo ekipe NMP.

1B NMP Brežice - kadrovska zasedba ◆

V delo enote se iz rednih ambulant vključuje še osem zdravnikov, specialistov splošne medicine, pediatrije in medicine dela, prometa in športa ter 12 zdravstvenih tehnikov oziroma diplomiranih medicinskih sester. Polovica sodelujočih zdravnikov so zasebniki s koncesijo za delo v osnovnem zdravstvu. Pet zdravnikov ZD Brežice in en zasebnik s koncesijo so z odločbami invalidskih komisij oproščeni dela v urgentni in dežurni službi. Povprečna starost zdravnikov, ki sodelujejo pri delu



Občina Brežice in pomembnejše točke za delovanje enote NMP

NMP 1B ZD Brežice in dežurne službe, je v letu 2006 presegla starostno mejo 50 let.

Opravljenost dela v letih od 2003 do 2005 ◆

V letih 2004 in 2005 je bilo v dežurni ambulanti in ambulantni NMP pregledanih in oskrbljenih skupaj 24.438 (štiriindvajset tisoč štiristo osemtrideset) bolnikov. Od tega jih več kot 3500 ni imelo prijavljenega stalnega prebivališča v občini Brežice in v 63,3 odstotka primerov je (2355) šlo za goste Term Čatež.

Nujnih posredovanj na terenu je bilo skupaj 1488. V 178 primerih je šlo za tuje državljane. Na vzorcu 1600 oskrbljenih bolnikov z bivališčem izven občine Brežice smo ugotovili, da je bilo slabih 70 odstotkov vseh dokončno oskrbljenih v ambulantni NMP in da se je približno 29 odstotkov vseh posredovanj naših ekip NMP končalo z napotitvijo v bolnišnico.

Sosednja PHE se v nudenje NMP na območju 1B ZD Brežice v letih 2003 in 2004 dejansko ni vključevala. Odzivi na klice k sočasnim posredovanjem so bili neustrezni in so pomenili posredno odklonitev sodelovanja.

Primer: Dežurni zdravnik enote 1B NMP ZD Brežice je bil med posredovanjem na terenu obveščen s strani 112 o prometni nesreči z vsaj enim poškodovanim na drugem koncu občine. Poklical je sosednjo PHE in zaprosil za takojšnje posredovanje njihove celotne ekipe na kraju prometne nesreče. Približno 10 minut pozneje je sledil povratni klic tehnika iz PHE, ki je spraševal, ali zadostuje zgolj vozilo in zdravstveni tehnik!? Zahtevano posredovanje je s 15-minutno zamudo opravila ekipa 1B.

Predvidena sredstva za enote NMP ◆

Temelji za sedanjo mrežo enot NMP so postavljeni v Pravilniku o službi nujne medicinske pomoči iz leta 1996, ki je opredelil štiri skupine: PHE, 1B - navadne in okrepljene ter 1A-enote (5). Takrat je iz nepojasnjenih razlogov enota NMP v Brežicah ostala edina, ki ji kljub bližnji bolnišnici ni bil priznan status PHE. Iz trenutno priznanih sredstev za NMP so v NMP Brežice zaposleni en zdravnik za polovični delovni čas in trije zdravstveni tehniki vzniki.

V 27. členu veljavnega Pravilnika o službi NMP je zapisano, da se program izvajanja NMP ovrednoti letno ob upoštevanju kadrovskega standarda iz istega pravilnika.

V vsakoletnih področnih dogovorih ZZZS so objavljeni povsem drugačni kadrovski normativi od tistih, ki so predvideni v Pravilniku o službi NMP (6, 7), in se ves čas krši 27. člen obstoječega pravilnika.

Tako smo v letu 2006 pri podeljevanju sredstev prišli do razmerja 1 : 5 v korist PHE (6, 7). Nekatere izmed PHE imajo pri tem povsem primerljiva območja delovanja in število prebivalcev, kot sosednje 1B-enote (tabela 1). Obveznosti vključevanja PHE v delo izven območja pripadajočega ZD niso nikjer opredeljene in to smo v ZD Brežice večkrat izkusili tudi na lastni koži.

Tabela 1. Sredstva za PHE in 1B-enote ter število prebivalcev

NMP-enota	Število prebivalcev	Enota	Sredstva za NMP (mio SIT)
Brežice	24.605	1B	27.220.648,00 SIT
2	13.417	1B	27.220.648,00 SIT
3	17.228	1B	27.220.648,00 SIT
4	20.708	1B	27.220.648,00 SIT
5	18.703	1B	27.220.648,00 SIT
Sosednja PHE	27.950	PHE	135.581.415,00 SIT
2	86.982	PHE	135.581.415,00 SIT
3	61.316	PHE	135.581.415,00 SIT
4	45.103	PHE	135.581.415,00 SIT

Iz zgoraj prikazane razpredelnice je razvidno, da je bilo sedanje financiranje NMP-enot v letu 2006 v precejšnjem neskladju s številom prebivalcev pripadajočega območja posamezne NMP-enote.

Da pri razdelitvi sredstev ni upoštevano niti prebivalstvo kot najbolj smiseln kriterij, kaj šele vse prej omenjene dodatne obremenitve, je razvidno iz prikaza sredstev, namenjenih posamičnim enotam v Posavju v letih od 2001 do 2005 (tabela 2).

Tabela 2. Posavje – prebivalstvo in sredstva za NMP v letih od 2001 do 2006

	1B Brežice (24.000 prebivalcev)	PHE (27.000 prebivalcev)	1B (16.000 prebivalcev)
Leto	Sredstva (mio SIT)	Sredstva (mio SIT)	Sredstva (mio SIT)
2001	13.303.960,00	40.526.155,00	13.303.960,00
2002	14.750.307,00	49.252.801,00	17.676.666,00
2003	16.684.262,00	54.826.077,00	19.677.748,00
2004	17.650.517,00	58.188.041,00	20.811.815,00
2005	18.337.945,00	93.881.545,00	21.622.150,00
2006	27.220.648,00	135.581.415,00	27.220.648,00
Skupaj 2001-2006	107.947.639,00	432.256.034,00	120.312.987,00

Vprašanja za pristojne službe in odgovorne posameznike ◆

Kako so nastale sedanje razlike v kadrovskih normativih med posamičnimi 1B-enotami in PHE? V katerem strokovnem berilu obstajajo dokazi, da zviševanje sredstev oddaljenim enotam NMP lahko izboljša oskrbo bolnih in poškodovanih na terenu?

Kakšni kriteriji so bili doslej uporabljani za razvrščanje in financiranje posamičnih NMP-enot? Po kakšnih kriterijih in logiki so PHE-enote v letih 2006 in 2007 financirane v višini 96,2 odstotka predvidenih sredstev in 1B-enote v višini 85,9 odstotka.

Kako je bila doslej nadzorovana namenskost porabe milijonskih zneskov, namenjenih delovanju posameznih enot NMP? Zdravnik v splošni ambulanti pa je lahko kaznovan za vsako predčasno predpisano plenico (isti zdravnik, ki sodeluje pri delu enote NMP).

Zakaj razvrščanje in financiranje enot NMP po posamičnih skupinah ni prilagojeno dejanskim razmeram na terenu in zakaj se pri načrtovanju mreže NMP ne upoštevajo posebnosti posameznih krajev (število pregledov in posredovanj, turizem, promet, meja, vojska...)?

Zakaj ne obstajajo podrobnejša zakonska določila o obveznostih gospodarskih in turističnih subjektov pri zagotavljanju sredstev za izvajanje nujne medicinske pomoči?

Predlogi za izboljšave ◆

- Potreben je regionalni pristop in odpravljanje normativnih nesorazmerji med NMP-enotami znotraj posamičnih regij.
- Potrebno je upoštevanje in preverjanje celotnega opredeljenega dela in dejanskih obremenitev posamičnih NMP-enot. »Naštancani« protokoli ne morejo zadostovati za objektivno vrednotenje dela.
- Za nemoteno delovanje večine 1B-enot je nujno potrebno zagotoviti sredstva za vsaj dve popolni ekipi NMP (zdravnik, tehnik, tehnik voznik). Namenjena sredstva naj bi tudi omogočala vzdrževanje in obnovo obstoječe opreme. Omogočiti je treba ločitev dela v NMP od rednega ambulantnega dela v največji možni meri.
- Nujna je ureditev službe za obveščanje in opredelitev obveznosti PHE.
- Zdravilišča, smučišča in drugi lokalni subjekti (vojska, MNZ, DARS) naj krijejo del stroškov NMP-enot. Lahko tudi skozi odstotek od prodanih vstopnic.
- Opredelitev delovnih mest »urgentni zdravnik« in eventualno »dežurni zdravnik« v zakonodaji, vključno z ustreznim ovrednotenjem teh delovnih mest.

Zahvala ◆

Zahvala vsem, ki ste vrsto let, v težkih in večkrat za normalno delo neprijaznih razmerah, uspešno zagotavljali nemoteno in kakovostno delovanje službe nujne medicinske pomoči na območju občine Brežice.

Literatura:

1. Spletna stran občine Brežice <http://www.brezice.si/index.php?gr1=pdkBc>; dostop 26. 12. 2006
2. Rezultati popisa 2002: občine, prebivalstvo in demografske značilnosti. http://www.stat.si/popis2002/si/rezultati_obcine_prebivalstvo_dz.htm; dostop 25.07.2004
3. Spletna stran Term Čatež. <http://www.term-catez.si/si/druzba>; dostop 4. 12. 2005
4. http://www.24ur.com/bin/article.php?article_id=3064471; dostop 2. 1. 2006
5. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list RS 77/1996.
6. Elektronska gradiva ZZZS. Področni dogovor 2005, priloga V <http://www.zzzs.si/>; dostop 2. 1. 2006
7. Elektronska gradiva ZZZS. Področni dogovor 2004, priloga V <http://www.zzzs.si/>; dostop 2. 1. 2006
8. Elektronska gradiva ZZZS. Področni dogovor 2007. <http://www.zzzs.si/>; dostop 1. 6.2007.

Razmišljanja o trpinčenju na delovnem mestu v zdravstvu in drugod: če nisi del rešitve, potem si del problema

Dušan Nolimal

V delovnih in drugih medsebojnih sporih je zdravnik obvezan, da poizkuša storiti vse, da bi se spori čim prej odpravili. Zavedati se mora, kako takšni odnosi vplivajo na delovno moralo, da škodujejo osebnemu ugledu, zdravništvu, zdravstvenim zavodom in bolnikom (Kodeks medicinske deontologije Slovenije).

V današnjem negotovem svetu so ljudje vedno bolj ogroženi tudi zaradi različnih oblik psihičnega nasilja na delovnem mestu, kar lahko pušča hude posledice na njihovem zdravju. V praksi organiziranja dela in vzpodbujanja večje fleksibilnosti delovnega trga gre celo za trende v načinu vodenja, ki do neke mere skušajo institucionalizirati psihično nasilje in ga izrabiti za izpodrivanje in zmanjševanje števila zaposlenih. Psihično nasilje ni nova oblika škodljivosti na delu, tudi ni samo slovenska posebnost. Zanesljivih nacionalnih podatkov o razširjenosti tega pojva (še) nimamo. Je pa pojav, glede na opozorila nekaterih kolegic in kolegov (v nadaljevanju, da je krajše, uporabljam samo izraz kolega ali zdravnik), predvsem splošnih zdravnikov, specialistov medicine dela in psihiatrov, glede na zdravstvene, socialne in druge, predvsem ekonomske, posledice v Sloveniji že dosegel epidemične razsežnosti. Prispevek je nastal prav na podlagi naših pogovorov v letih 2002 in 2006, ki sem jih ob odsotnosti slovenske literature o psihičnem nasilju vrsto let sistematično zapisoval in jih tukaj posredujem kot razmišljanje. Del teksta je namenjen razmišljanju o odnosih med zdravniki, ki so, tako kot velja za vse poklice, lahko dobri, lahko pa tudi slabi. Upam, da bo v pomoč tudi tistim kolegom, ki so se že ali bi se lahko znašli v podobni poklicni stiski, kot jo razgrinjam v tem prispevku.

Kdaj sem se prvič srečal s problemom psihičnega nasilja na delovnem mestu? ♦

Od leta 1982 dalje delam kot splošni zdravnik in pozneje kot zdravnik specialist javnega zdravja na Inštitutu za varovanje zdravja v Ljubljani. Skupaj s sodelavci doma in v tujini sem v vseh teh letih praktično iz nič vzpostavil epidemiologijo in informacijski sistem za prepovedane droge v Sloveniji. Zapletlo se je, ko je morala Slovenija v zvezi s priključevanjem Evropski uniji dejansko ustanoviti informacijsko enoto za prepovedane droge. Opozarjal sem, da se stanje na področju kadrov in organizacije epidemiologije drog ni ujemalo s stanjem, ki je bilo prikazano v planskih dokumentih in poročilih za Ministrstvo za zdravje in EU. Informacijsko in preventivno nismo bili dovolj pripravljeni in ustrezno organizirani, da bi odgovorili na osnovna vprašanja glede

problematike rabe drog. Na podlagi zbranih podatkov o obravnavanih uživalcih drog sem izpostavil epidemično razširjenost nehygienskega vbizgavanja, slabo kakovost pomoči uživalcem ter grozečo epidemijo aidsa, povezano s tveganimi vedenji. Ker so bila moja opozorila prezrta, sem tudi v javnosti opozoril na slabo vodenje Inštituta. Zato sem bil »iz poslovnih« razlogov prerazporejen na drugo delovno mesto. Tako so me skušali disciplinirati in ustrahovati. Z veliko sprenevedanja so me hvalili kot strokovnjaka, dejansko pa ožigosali kot krivca za razmere, na katere sem opozarjal. Hkrati je bil šele zaradi pritiskov EU in Ministrstva za zdravje sprejet program dela in razvoja informacijske enote za prepovedane droge. Izrinjenost s področja proučevanja in spremljanja problematike drog sem kljub obrazložitvi, »da sem za to prejel plačo«, doživljal kot krivico. Ostal sem kritičen do izvajanja programa, ki sem ga skupaj s sodelavci razvijal več kot dvajset let. Zato so me pričeli omejevati v komunikaciji z javnostmi in me skušali popolnoma onemogočiti in osamiti. Preprečen mi je bil dostop do baz podatkov iz obravnave uživalcev drog, na katerih temelji moje epidemiološko, znanstvenoraziskovalno, izobraževalno in publicistično delo. Kot posledica takšnega oviranja raziskovanja nisem mogel več obveščati javnosti o aktualnih zdravstvenih nevarnostih na področju rabe drog, pa tudi dokončati doktorske naloge, ki je temeljila na teh podatkih. Še več, brez moje vednosti so objavili že zbrane podatke in uporabili znanstveno metodologijo, ki sem jo razvil. Moje pritoževanje, da pod takšnimi pogoji ne morem delati, je bilo zavrnjeno kot »neresnično in zavajajoče« ali pa se je pobude za ureditev razmer preprosto ignoriralo. Takšen primer ni bil osamljen. Vendar je v praksi težko dokazljivo, da je šlo za trpinčenje na delovnem mestu, saj delodajalec vedno najde razlog, zakaj posameznega delavca ne potrebuje več.

Opredelevitev trpinčenja na delovnem mestu ♦

Angleški izraz mobbing v Sloveniji najpogosteje prevajamo kot šikaniranje ali trpinčenje na delovnem mestu. Prvi je izraz uporabil in pojav raziskal švedski psiholog Heinz Leymann (<http://www.leymann.se/>), ki je z izrazom opisoval delovne razmere, v katerih je posameznik sistematično izpostavljen k cilju usmerjenemu, ponavljajočemu ter dlje časa trajajočemu psihičnemu in/ali (redkeje) fizičnemu nasilju. Namen je oškodovanje izbrane žrtve do te mere, da zaradi psihičnih obremenitev zbolijo in da se ni več sposobna vključiti v delovno okolje. Gre za čustveno zlorabo in rabo moči s ciljem prestrašiti ali psihično poškodovati druge (viktimizacija). Za tovrstno trpinčenje je značilno, da je posameznik izpostavljen nespoštljivemu in sovraženemu vedenju in ravnanju, ki je usmerjeno k postopnemu zrinjenju žrtve z delovnega mesta. Napadena oseba je v podrejenem položaju (podrejena v konfliktu

in ne nujno po hierarhiji). Trpinčenje na delovnem mestu se lahko kaže v zelo različnih stopnjah intenzivnosti. Variira od subtilnih psihičnih manipulacij z žrtvijo do odkritih groženj ali dejanske uporabe fizičnega nasilja za »discipliniranje«. Leymann je prepoznal 45 tipičnih šikanoznih dejanj in jih razdelil v več sklopov: napadi na možnost izražanja, na socialne stike in ugled, na kakovost delovne in življenjske situacije in na samo zdravje. Dejanski cilj nekonstruktivnega kritiziranja, širjenja neutemeljenih govoric, različnih diskreditacij pri podeljevanju delovnih nalog, prerazporejanja na različna delovna mesta, premeščanja v delovne prostore stran od sodelavcev, splošnega ignoriranja ipd. je izgon iz delovne organizacije. Žrtev je lahko vsakdo v delovnem razmerju, sam ali v skupini in ne glede na to, ali je v podrejenem ali nadrejenem položaju.

Kako razlikujemo trpinčenje od drugih podobnih skrb zbujajočih pojavov na delovnem mestu ◆

Sistematično in namensko nadlegovanje, šikaniranje in trpinčenje se pojavlja, odkar obstajajo delovna mesta. Vendar mednarodno sprejete poimenovanja in definicije trpinčenja na delovnem mestu še nimamo. Pomembno ga je razlikovati od različnih »vsakdanjih« konfliktov na delovnem mestu, od občasnega šikaniranja ter od spolnega nadlegovanja in diskriminacije. Konflikt na delovnem mestu opisujemo bolj kot prerekanje, nestrinjanje (izražanje drugačnih mnenj) ali nasprotovanje. Trpinčenje na delovnem mestu se vedno začne s takšnim konfliktom. Zato bi morali trpinčenje na delovnem mestu obravnavati kot »pretirani konflikt«, ki je nastal po preteku določenega obdobja, včasih dokaj kmalu ali pa celo po nekaj tednih in mesecih. Odnos med trpinčenjem (mobbingom) in nadlegovanjem (harasement) je podoben. Nadlegovanje lahko definiramo kot neprestano vznemirjanje, draženje, izčrpavanje s ponavljajočimi se obtožbami ali napadi. Vede-nje, ki ga označujejo kot trpinčenje na delovnem mestu, skoraj vedno vključuje tudi določeno obliko nadlegovanja. Vendar to nadlegovanje ponavadi ni vezano na osebne značilnosti (spol, starost, raso). Tudi pri diskriminaciji gre za krivice, za omejevanje delovnih in drugih pravic, različne oblike zapostavljanja, poniževanja, izkoriščanja in šikaniranja ljudi. Se pa takšno ustvarjanje razločkov v škodo posameznikov in/ali skupin veže na pripadnost narodu, veri, jeziku, politiki in ideologiji ter na raso in spol. Pri trpinčenju na delovnem mestu pa gre za zavestne, pretehtane in načrtovane napade, ustrahovanja, zatiranja in trpinčenja izbrane žrtve, ki se je zaradi različnih razlogov manj sposobna braniti. Trpinčenje je pogosto način, kako nekoga odstraniti iz službe. Kar šest desetih žrtev da v takšnih razmerah odpoved, torej jim ne pripada odpravnina kot ob odpustitvi.

Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu v Evropi in Sloveniji ◆

Vsak zaposleni lahko postane žrtev ustrahovanj in trpinčenja. Anketa iz leta 2000 je pokazala, da je bilo takih žrtev v EU vsaj devet odstotkov. To je približno 12 milijonov ljudi. Iz nekaterih držav poročajo o znatno večjih deležih. Na sosednjem Hrvaškem se bodo velike razširjenosti trpinčenja lotili s posebnim zakonom. Zanesljivih podatkov za Slovenijo nimamo. Preliminarno raziskovanje je pokazalo na večji delež, kot kažejo ocene EU. Več kot polovica zaposlenih v Sloveniji naj bi kazala znamenja izgorevanja, deset odstotkov pa jih je dejansko izgorelih. V ozadju izgorelosti se pogosto skriva prav trpinčenje na delovnem mestu. Dejanja psihičnega nasilja na delovnem mestu ne vplivajo le na posameznika, ampak tudi na njegovo družino, prijatelje, sodelavce, podjetja in skupnost. Zato je dejanska razširjenost negativnih posledic trpinčenja večja, kot nam kažejo deleži žrtev v neki populaciji. Samo stroški zaradi izostajanja z dela in bolniške odsotnosti se merijo v

milijonih evrov. Evropski sporazum o nadlegovanju in nasilju na delu, sprejet v maju 2007, ugotavlja, da so poklici, ki so bili nekoč varni pred nasiljem, kot na primer šolstvo, socialno delo, javna uprava in zdravstvo, najbolj na udaru.

Nasilje v zdravstvu ◆

Nasilje na delovnem mestu je prisotno v vseh sektorjih. Ob tem Svetovna zdravstvena organizacija opozarja na nadpovprečno ogroženost zaposlenih v zdravstvenem sektorju. Nasilje v tem sektorju pomeni skoraj eno četrtino vsega nasilja na delovnem mestu. Bolniki naj bi bili glavni povzročitelji fizičnega nasilja. Psihično nasilje se najpogosteje izvaja na liniji nadrejeni-podrejeni. Pri tem naj bi bili nadrejeni odgovorni za več kot polovico trpinčenja v zdravstvu. Zdravnike lahko ustrahujejo in jim življenje grenijo tudi bolnikovi svojci ali pa ciljni posamezniki, skupine in korporacije v zvezi s preprečevanjem bolezni in krepitevijo zdravja. V strokovni literaturi je malo poročil o nasilju zdravnikov nad pacienti. Več je informacij o nesporazumih med kolegi, ki se lahko kažejo v medsebojnih obračunavanjih, osebnem maščevanju, izrinjanju kolegov za dosego boljšega položaja ipd. Ne gre samo za delovne konflikte, ampak je v ozadju mogoče vedno slutiti razne osebno motivirane interese. Če se konflikt pravočasno ne zaustavi, se pričnejo vse vpletene strani obnašati nekonstruktivno. Angleška raziskava je ugotovila 38-odstotno izpostavljenost zdravstvenih delavcev trpinčenju na delovnem mestu. Hrvati navajajo, da je pri njih vsak četrti ali peti zaposleni v zdravstvu že doživel vsaj eno od oblik sovražnega vedenja na delovnem mestu. Raziskava na nacionalnem vzorcu 511 zdravnikov v Bosni in Hercegovini pa je pokazala, da je bilo kar 76 odstotkov zdravnikov že šikaniranih na delovnem mestu. Več kot polovica teh zdravnikov je doživela grožnjo poklicnemu statusu in približno polovica se počuti izolirano pri svojem delu. Pomanjkanje motivacije in zaupanja vase, izguba samopodobe, stalna utrujenost in simptomi depresivnosti kot posledica šikaniranja pri teh zdravnikih so bili značilno povezani s pomanjkanjem podpore s strani poklicnih kolegov in predstojnikov. Trpinčenje na delovnem mestu v zdravstvu povzroča zdravstvenim organizacijam znatne stroške v obliki povečane delovne odsotnosti in fluktuacije zaposlenih, predvsem pa zmanjšuje učinkovitost, kakovost in produktivnost sistema ter škoduje zdravništvu, zdravstvenim organizacijam in bolnikom.

Nekateri vzroki za naraščanje trpinčenja na delovnem mestu ◆

Razloge in vzroke za nasilje na delovnem mestu najdemo na individualni, organizacijski in širši družbeni ravni. Trpinčenje na delovnem mestu je odsev bolj splošnega in naraščajočega pojava nasilja in pešanja moralnih vrednot na mnogih področjih socialnega življenja. Največ ga je v slabo vodenih in moralno načetih delovnih organizacijah. Etiološko je trpinčenje lahko posledica stopnjujočega se konflikta. V ozadju je pogosto slutiti osebne interese, klientelizem, nevoščljivost, hudobijo. Vodstva ali sodelavci se skušajo znebiti posameznih zaposlenih, da bi lahko njihova delovna mesta zasedli njihovi znanci, prijatelji ali sorodniki. Veliko je tudi primerov, ko je žrtev slučajno ali iz maščevanja izbrana za grešnega kozla, nad katerim storilec izživilja svojo agresijo. Trpinčenje na delovnem mestu omogoča kultura znotraj delovnih organizacij, v kateri se ustrahovanje in trpinčenje podcenjuje ali ne prepozna kot problem. To se dogaja v kombinaciji z naraščanjem psihičnih motenj med prebivalstvom in večje ranljivosti nekaterih posameznikov. V zdravstvu lahko, poleg visokih stresnih poklicnih obremenitev, prepoznamo nekatere okoliščine in dejavnike tveganja, kot so npr. omejenost sredstev za zdravstveno varstvo, nenadne spremembe v zdravstveni organizaciji in sistemu, negotova delovna mesta, visoke zahteve glede dela in preobremenjenost nekaterih zdravstvenih kadrov, pretiran poudarek na

birokratizaciji sistema, splošno vzdušje nezadovoljnosti oziroma slabi odnosi med zaposlenimi in vodilnimi delavci ter nezadovoljnost s kakovostjo vodenja odgovornih, ki prispevajo k nastanku večjega števila konfliktov, slednji pa lahko preidejo v trpinčenje. Med dejavnike tveganja sodijo tudi pomanjkljiva seznanjenost s pravicami in dolžnostmi, slaba obveščenost oziroma skrb za izpopolnjevanje znanja s področja duševnega zdravja ter kultura prikrivanja negativnih dejanj oziroma dvomljive strategije za reševanje konfliktov. Zato je nasilje na vsakem delovnem mestu neločljivo povezano z družbenimi, organizacijskimi in ekonomskimi vidiki kulture delovnega mesta. Vzrokov in posledic nasilja pri posamezniku in v vseh sektorjih ne moremo reševati ločeno od širših delovnih odnosov in odnosov v državi nasploh.

Vloga strahu ◆

»Moberji« izvajajo pritiske in grožnje tako na žrtve kot tiste, ki si jih upajo ščititi. Sebičnost, predsodki in strah lahko zavirajo uveljavljanje etičnih načel kodeksa glede odnosov med zdravniki. Ko smo v položaju, da bi morali braniti neupravičeno napadenega kolega, lahko sploh ne reagiramo. Ovira nas strah pred maščevanjem, ki lahko vključuje tudi izgubo privilegijev, možnosti napredovanja, celo službe. »Pozabimo« na kolegialnost, ki zahteva, da zdravniki branimo kolega, ki je neupravičeno napaden. Seveda je takšne vrste strahopetnost prisotna v vseh delovnih okoljih. Kot že rečeno, »moberji« izvajajo pritiske tudi na tiste, ki si upajo (za)ščititi žrtve. Institucije, ki se v Sloveniji ukvarjajo s preprečevanjem korupcije, diskriminacije in varovanjem človekovih pravic, kamor se obračajo nekatere žrtve trpinčenja na delovnem mestu, to potrjujejo. Tu se povečuje število prijav zaradi nasilja na delovnem mestu, pri katerih želijo žrtve ostati anonimne. Ljudje si danes v delovnih sporih nasploh ne upajo navesti imena in priimka. Mediji vse pogostejše poročajo o posameznikih, ki jim grozijo, da bodo izgubili zaposlitev oziroma da jih bo delodajalec prestavil na slabše delovno mesto, če bodo spregovorili. Nasilje praviloma izvajajo delodajalci oziroma neposredni vodje, pogosto pa tudi sodelavci, če jim ti prvi dovolijo ali jih pri tem, v smislu »divide et impera«, celo ustrezno podpihujejo in spodbujajo. Če odmislimo hudobijo kot vir, ki lahko žene ljudi k uničenju drugih, se to dogaja v delovnih okoljih, kjer vodje nimajo ustreznih znanj s področja vodenja in komuniciranja z zaposlenimi. Če šikaniranje izvaja vodstvo, to ponavadi počne v soglasju s pravno in kadrovsko službo. Šikanirani si v strahu pred izgubo zaposlitve svojih pravic ne upajo uveljavljati, sindikati pa nimajo več takšne moči, kot so jo imeli nekoč. Nekatere žrtve in opazovalci trpinčenja na delovnem mestu se kljub vsemu odzovejo in opozorijo na nasilje. Izkoriščajo pravna sredstva in se pritožijo delodajalcu, ki je po zakonu dolžan skrbeti za zdravje zaposlenih. Toda če je tisti, ki izvaja nasilje, predpostavljeni, pritožbe čezenj ne bodo kaj dosti pomagale. Tu še kako velja rek »vrana vrani ne izkljuje oči«. Naslednji naslovi so zunanje organizacije, ki naj bi imele moč za izvedbo in ukrepanje. Vendar se le-te zaradi svoje pretirane zbirokratiziranosti ter strahu pred povračili lahko solidarizirajo s tistimi, ki trpinčijo. Trpinčenje na delovnem mestu lahko traja več let, dokler ni žrtev izrinjena iz sistema.

Razhajanja v mnenjih in zaprtost za kritiko ◆

Pri moji strokovni eliminaciji s področja drog je neposredno ali iz ozadja celo dejavno sodelovalo nekaj kolegov, ki so imeli določen interes, da bi zapustil inštitut. Niso dobro prenašali dobronamerne kritike in so se želeli znebiti nekoga, ki je razkrinkaval njihove strokovne pomanjkljivosti ali napake.

Za splošno stanje obveščenosti in komunikativnosti med zaposlenimi je prav gotovo v največji meri odgovorna vodstvena struktura v delovni organizaciji. Vendar ta ponekod skuša celo z različnimi oblikami

pritisikov zatreti prenos njej neprijetnih informacij. Zapleta se, ker so mnoge organizacije in predpostavljani znani po tem, da se dodatno zavarujejo pred kritiko oziroma se neradi vmešavajo v delovne spore. V svoje pravne akte in navodila za delo vgradijo zaprtost in neodzivnost za kritiko. To je ovira pri opozarjanju na neetična dejanja nadrejenih in pri konstruktivnemu reševanju sporov. Kjer ni odprtosti za kritiko, je komunikacija prekinjena, nesoglasja nerešena, delo oteženo, širijo se spletke. V okoljih z omejenimi možnostmi za svobodno izražanje mnenj se namesto kolegialnosti in kreativnosti širijo hinavščina, zavist, prestižnost, nezaupljivost, agresivnost ter potlačeno, apatičnost in neproduktivnost. Zaposleni trpijo potih in delujejo potlačeno. Bojijo se povračilnih ukrepov. Ne upajo se zoperstaviti delovnim merilom, ki lahko od nas zahtevajo ravnanja, ki so v nasprotju s strokovnim prepričanjem in vestjo. Vendar ni prav, da molčimo o pojavih, ki imajo lahko negativne posledice na zdravje ljudi. Za negativna ravnanja pri nastajanju trpinčenja na delovnem mestu so pogosto kriva posredna ali neposredna neetična dejanja predstojnikov oziroma drugih nadrejenih. Ne glede na to smo zdravniki dolžni spregovoriti tudi o pojavih ustrahovanja in trpinčenja na delovnem mestu, saj gre vedno tudi za napade na zdravje.

Povsem normalno je, da tudi med zdravniki lahko prihaja do razhajanj v mnenjih, ki vplivajo na odnose med zdravniki. Le-ti naj bi temeljili na spoštovanju in korektnosti. V primeru, da naših razhajanj ne moremo odpraviti, smo dolžni upoštevati življenjske in strokovne izkušnje starejših in predpostavljenih, ki naj bi bili sodelavcem za zgled in vodilo. Vendar praksa kaže, da ni vedno tako. Če nesporazumov ne moremo odpraviti, smo dolžni pristopiti k Zdravniški zbornici in storiti vse, da bi se spori čim prej opravili.

Pogostejše posledice trpinčenja za zdravje posameznika ◆

Posledice so za žrtve ustrahovanja in trpinčenja na delovnem mestu pogosto hude in so prisotne še vrsto let po koncu trpinčenja. Vendar stresni dejavniki pri trpinčenju niso enaki oziroma enako škodljivi za vse ljudi, zato posledice trpinčenja določajo tudi posameznikova osebnost, njegove življenjske izkušnje, okoliščine, v katerih se pojavi, ter ožje in širše okolje, v katerem živi. Raziskovalci in zdravniki praktiki poročajo o slabem zdravju, ki lahko postane del vsakdanjega življenja posameznikov, ki so žrtve trpinčenja na delovnem mestu. Ko je stresnih situacij preveč, so preveč zgoščene, premočne in predolgo trajajo, se žrtve odzivajo z različnimi psihosomatskimi motnjami. Sklopi simptomov stresa in prepletanje negativnih misli, čustev in vedenja vodijo v različne in dobro znane zdravstvene probleme. Dokazane so telesne, psihične in psihosomatske motnje ter bolezni, npr. motnje spanja, prebavne motnje z rano na želodcu, spremembe v krvnem tlaku in utripu, alergije, sladkorna bolezen, nekatere rakave bolezni, ponavljajoče se bolečine v vratu in hrbtu, duševne motnje in bolezni. Del trpinčenih ima takšne psihosomatske bolezni, da so za delo trajno nesposobni in se morajo invalidsko upokojiti iz zdravstvenih razlogov.

Posledice socialne osamitve, družinske in finančne težave, ki nastanejo zaradi odsotnosti z delovnega mesta ali izgube sposobnosti za opravljanje dela ali same zaposlitve, vplivajo na zdravje še dolgo po izgubi škodljivega delovnega mesta.

Duševno zdravje napadenega ◆

Slovenska medicina dela poroča, da pri nas desetina psihiatričnih bolezni nastane zaradi pritiskov na delovnem mestu. Značilni so: samoboževanje, stopnjujoča se tesnoba, napadi panike, občutki nemoči, osamljenost in preganjavica. Stalno napadani postanejo napeti, pretirano občutljivi, razdražljivi, jezni, prepirljivi, potrti, stalno utrujeni. Žrtvam

se močno zmanjša samozavest in samopodoba. Lahko se pojavi strah, ki je povsem pretiran glede na okoliščine. Lahko pride do generalizirane anksiozne motnje. Pri tem posameznik povsem preceni nevarnosti in možnost reševanja težav. Vse bolj je prisoten dvom vase in v možnost rešitve. Sam sem bil ob ponovnih prerazporeditvah in selitvah v (po moji oceni) slabše delovne prostore, grožnjah in kritikah, raznovrstnih obrekovanjih in poskusih osebne in strokovne izolacije nekaj časa ujet v ta krog negativnih psihičnih simptomov. Še hujša je osebna in strokovna izolacija, saj se tudi tesni sodelavci pogosto odvrnejo od žrtve, ker se bojijo tiranov in da ne bi sami postali žrtve.

Kako se žrtev vede ♦

Osebnostno zlomljeni, označeni in socialno izključeni posamezniki niso sposobni delovati na trgu delovne sile. Zdravstveni problemi ne vplivajo negativno le na delovno zmogljivost žrtve, ampak tudi zmanjšujejo njeno željo in sposobnost za komuniciranje z drugimi. Občutki nemoči, težave pri koncentraciji, razdražljivost in pretirano ukvarjanje s simptomi stresa motijo vsakodnevno delovanje in odnose tudi doma. Za napadenega je značilna neorganiziranost, pomanjkanje volje in motivacije, težave s pozornostjo, s spanjem. Past je v tem, da se posameznik izčrpava z ukvarjanjem z vzroki, na katere ne more vplivati. Zlasti žrtev, ki še nima izkušenj s krivicami in stresnimi dogodki, izgubi zmožnost ocene, katera nesoglasja jo resnično ogrožajo in katera ne. Veliko napadenih se prične umikati v nedejavnost in pred ljudmi. Absurdne obdolžitve in strah, da bi jim v službi ponovno spodletelo, jim preprečujejo, da bi izvajali določene dejavnosti v prisotnosti drugih zaposlenih. Različna organizacijska pravila, ki so v normalnih okoliščinah lahko nekaj samoumevnega – npr. izpolnjevanje dovolilnic za izhode z dela oziroma evidentiranje prisotnosti, urejanje pristojnosti glede dajanje informacij za javnost ipd., se zdijo žrtvi ogrožajoča in se jih zato boji upoštevati. Mnogi posamezniki doživljajo veliko nelagodje, ko so izpostavljeni ponovnemu srečanju z razmerami, ki jih spominjajo na travmatične izkušnje. Zato se skušajo takšnim položajem izogibati. Npr. žrtev se bo izogibala delovnim sestankom samo zato, da ne bi spet doživela neupravičene kritike, smešenja in drugih napadov. Dolgoletno trpinčenje lahko vodi v pravo depresijo s čustveno otopelostjo in neodzivanjem na okolico. Pojavljajo se negativne in samoobožujoče misli: »zguba sem«, »ničesar ne znam prav narediti«, »sam sem kriv za vse«. Občutljivi posamezniki oziroma tisti z dovtetnostjo lahko začnejo pretirano posegati po alkoholu in/ali drugih drogah, kar lahko vodi v različne odvisnosti. Nekateri naredijo samomor. Nemci so poročali, da si zaradi trpinčenja na delovnem mestu vsako leto vzame življenje 200 ljudi.

Potravmatska stresna motnja ♦

Strokovnjaki medicine dela nas opozarjajo, da se v Sloveniji obnašamo, kot da trpinčenja na delovnem mestu pri nas ni. Obenem nas kolegi splošne in družinske medicine ter psihiatri opozarjajo na katastrofične negativne učinke vseh oblik psihičnega nasilja na zdravje njihovih pacientov – žrtev trpinčenja na delovnem mestu, ki smo jih v preteklosti podcenjevali. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da ima kar 40 do 70 odstotkov žrtev trpinčenja na delovnem mestu protrahirane simptome potravmatskega stresnega sindroma. Nastopijo kot zakasneli odziv na trpinčenje in stresne dogodke. Žrtev spravlja v hudo stisko še dolgo potem, ko morda sploh ni več na strupenem delovnem mestu oziroma v dosegu »moberja«. Tipične poteze vključujejo epizode vnovičnega oživljanja travme v obliki vsiljivih spominov, sanj in nočnih mor, ki se pojavljajo skupaj z otopelostjo, odtujenostjo drugim ljudem, ahedonijo in izogibanjem dejavnostim in okoliščinam, ki spominjajo na travmo. V manjšem številu primerov lahko te motnje postanejo kronične. Žrtve s takšno motnjo pogosto razmišljajo o samomoru.

Kdo so najpogostejše žrtve in kdo povzročitelj trpinčenja na delovnem mestu ♦

Težko je sestaviti nek profil krivca oziroma žrtve trpinčenja brez tveganj, ki jih prinaša posploševanje in stereotipiziranje. Na svetu je veliko nevrotikov, ki se doživljajo kot ljudje s problemi, vendar prevzemajo odgovornost za svoje vedenje. Kadar so v konfliktu z okolico, priznajo, da je krivda tudi njihova. Na drugi strani so osebnostno moteni ljudje, ki so prepričani, da je vedno kriva okolica, in se ne doživljajo kot izvor težav. Med prvimi verjetno najdemo večino žrtev, med drugimi pa povzročiteljev psihičnega nasilja. Seveda le redki med nami, če sploh, nimamo vsaj kakšne manjše nevrotične ali osebnostne motnje. Zato je lahko isti posameznik v nekih okoliščinah žrtev, v drugih pa nasilnež. Kljub temu je veliko opažanj, ki izpostavljajo poštenost, nadpovprečno zavzetost, delavnost in ustvarjalnost žrtev. Hkrati so neservilne in svobodomiselnost ter si upajo povedati svoje mnenje naglas. Prav zato postanejo žrtve zavisti, ljubosumja in napadov izvajalcev trpinčenja (»moberjev«), ki so pogosto osebe s kompleksni manjvrednosti. »Moberji« v glavnem delujejo destruktivno na okolico, čeprav se znajo tudi hliniti in se prilizovati ter zastrašujejo okolico okoli sebe z aroganco in igrami moči. Obnašajo se, kot da so center sveta. So bolešno nagnjene k iskanju pohval, preseganju drugih ter težnjenju k avtoritativnosti in oblasti. Če se ne morejo uveljaviti z lastnimi sposobnostmi, se poslužujejo spletk in drugih moralnih deviacij za doseganje cilja. Svoje žrtve šikanirajo, da bi odvrnili pozornost od lastnih problemov. Pri »moberjih« gre za potrebo po prevladi oziroma oblasti nad drugimi. Vendar veliko sodobnih raziskav ne potrjujejo domnev, da so ljudje z določenimi lastnostmi že vnaprej opredeljeni za vlogo storilca ali žrtve. Leyman je menil, da se lahko v eni ali drugi vlogi znajde vsakdo, odvisno od njegovega položaja in trenutne situacije. Je pa značilno, da se storilci razsežnosti svojih dejanj in posledic za žrtve pogosto niti ne zavedajo.

Problemi vodenja in organizacije dela ♦

Nadpovprečna prisotnost trpinčenja na delovnem mestu v javnem sektorju, zlasti v šolstvu, socialni in zdravstvu, kaže na probleme slabe organizacije dela. To vključuje slabo poznavanje načel vodenja, probleme komuniciranja na različni ravneh ter odsotnost preventivne strategije. Če je verjeti govoricam, je danes organizacijska kultura v nekaterih zdravstvenih organizacijah na nizki ravni. Posledica je lahko negativno vzdušje, ki ga je mogoče prepoznati iz vedenja in govoric ljudi, ki so zaskrbljeni, nezadovoljni, zastrašeni, celo malodušni ter nezaščiteni pred posamezniki s sociopatskimi osebnostnimi karakteristikami. Pomanjkljivosti v organizaciji delovnega procesa, ki sprožijo in vzdržujejo takšno vzdušje, pa sodijo med ključne dejavnike tveganja za razvoj trpinčenja na delovnem mestu. Ker je za organizacijo delovnega procesa odgovorno predvsem vodstvo, kaže prisotnost trpinčenja v neki delovni organizaciji na probleme v vodenju. Pomanjkljivosti in napake slabega vodenja seveda niso vedno namerne in jim včasih botruje neznanje o načinih vodenja. Do trpinčenja lahko pride zato, ker vodja (ali sodelavci) ne razmišljajo o posledicah svojih dejanj. Se pa v vseh okoliščinah najdemo tudi posamezniki, ki si zavestno izmišljajo dejanja trpinčenja in želijo s tem podrejene oziroma sodelavce namerno prizadeti. Trpinčenje se pogosto razvije zato, ker se ga tolerira. V tem procesu iz nepremišljenosti, malomarnosti ali strahu sodelujejo pasivni posamezniki, ki ne branijo sodelavca, ki je neupravičeno napadan.

Organizacijska struktura in etika zdravstvenega sistema in organizacij je precej kompleksna in zapletena ter je učinkovita in uspešna le, če so jo vsi zaposleni pripravljeni upoštevati in spoštovati. Zaradi osebne zavzetosti v zdravniškem poklicu smo še posebej ranljivi za negativne pojave pri medosebnih odnosih. Zdravniki smo pri opravljanju svojega

poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti relativno samostojni ter za svoje delo, tudi po kodeksu, odgovorni predvsem bolnikom, skupnosti in svoji vesti. Kljub temu potrebujemo ustrezen sistem, podprt z jasno hierarhijo, kjer je treba natančno vedeti, kam kdo sodi in zakaj ter kdo je pristojen in odgovoren za katere odločitve in naloge. Vendar za zdravniško delo ni vedno mogoče oblikovati jasnih kriterijev, s katerim se bo ocenjevalo naše delo. Kadar smo premalo obveščeni o spremembah zdravstvenega sistema, o razvoju organizacije in ciljih ter nasploh pri nejasni organizaciji dela, razdelitvi pristojnosti in stalni časovni stiski, hitreje pride do nesporazumov kot v organizacijah, kjer je odgovornost posameznih zaposlenih na različnih ravneh natančno opredeljena. Trpinčenja na delovnem mestu je nasploh veliko v sistemih in organizacijah, kjer se dolga leta ni spoštovalo rezultatov dela zaposlenih. Pri reorganizaciji delovne organizacije se na novo delijo pristojnosti in vodstvena mesta in takrat se pričinja bitka za vpliv in oblast. Vodstvo je lahko tudi samo preobremenjeno ali pa zastavljene naloge presegajo njegove sposobnosti. Veliko je odvisno od vzdušja in vrednot, ki jih vodstvo posreduje zaposlenim. Včasih so v bitki za oblast dovoljena vsa sredstva, ki vodijo do cilja. V takšnih okoliščinah se lahko vzvodov oblasti polastijo bolj agresivni posamezniki, ki uveljavljajo avtorsko komunikacijo in vodenje. Pri tem lahko namenoma vnašajo splošen strah, pretiran nadzor, spore in nezaupanje med zaposlene. »Moberje« samostojnost, neodvisnost, odprtost in svobodomiselnost tistih, ki se uprejo takšnemu vodenju, ogroža, ker menijo da zmanjšuje njihovo avtoriteto. Še posebej, če ima žrtev osebne in poklicne kvalitete, ki bi lahko ogrozile njihov položaj ali neke privilegije. Takšnim ljudem je potreben grešni kozel, ki postane tarča napadov in sovraštva, saj bi lahko s svojim delom razkril njihovo nesposobnost in/ali napake. O značajskih lastnostih takšnih tiranov so pisali že Jasper, Camus, Adler, Kretschmer, Baruk in pri nas Zalokar (glej razpravo o »kompleksu manjvrednosti v genezi intrige«, Zdrav Vestn 1985).

Cilji uspešnega vodenja ◆

V našem zdravstvu je prišlo v zadnjem desetletju in pol do pomembnih sistemskih sprememb. Od nas se vse bolj pričakuje dejavno poseganje v zdravstveno politiko, ki ima vse večji vpliv na naše delo. Posega se v zdravniško samostojnost in neodvisnost, hkrati pa nalaga odgovornosti, ki niso nujno usklajene z načeli medicinske etike in deontologije. Pri tem lahko prihaja do konfliktov med predstojniki in njim nadrejenimi, ki nalagajo naloge, in zaposlenimi, ki se ob slabi organizaciji in vodenju lahko razvijejo v trpinčenje. Cilj vsakega uspešnega vodenja je doseganje zadovoljivih rezultatov. Cilj vodenja zdravstvenih delovnih skupin in organizacij mora biti vedno v skladu s smernicami, ki si prizadevajo za zdravje ljudi in razvoj zdravstva. V primeru omejenih finančnih možnosti moramo najprej zagotavljati ustrezno zdravstveno varstvo najbolj ogroženim. Naša uspešnost pa je pogojena z zadovoljstvom vseh vpletenih ljudi in temelji tudi na kakovostnem komuniciranju oziroma sporazumevanju v organizaciji in zunaj nje. Delovni in drugi spori v zdravstvu vplivajo na našo uspešnost in lahko škodujejo tudi bolnikom in drugim prejemnikom naše pomoči. Delovnih sporov, ki se lahko razvijejo v trpinčenje, je najmanj v delovnih organizacijah, kjer so poleg dostojnega plačila zadovoljene tudi potrebe zaposlenih po kolegijsnosti, pripadnosti, ugledu, samospoštovanju, samopotrjevanju ter varnosti. Vodja in končno vsi zaposleni naj bi v komunikaciji s sodelavci na vseh ravneh poudarjali ključne etične vrednote, spodbujali in nagrajevali dosežke sodelavcev, pa tudi pogosto uporabljali besedice hvala, prosim in oprostite. Tudi s tem se lahko preprečuje nezdravo tekmovanje, zavist, bolesto ambicioznost, škodoželjnost in nevoščljivost, omalovaževanje in zatiranje uspešnih, kar vse prispeva k neugodni klimi na delovnem mestu in lahko posredno škoduje tudi bolnikom. Čustveno inteligentni

vodja je sposoben zaznati čustva in občutke zaposlenih, jim prisluhniti in jih spretno izkoristiti pri vodenju in organizaciji dela. Dober vodja delo organizirajo tako, da v drugih vzbuja občutek pripadnosti skupini in zavest, da so del uspešne organizacije, h kateri so učinkovito pripomogli tudi sami. Zna in je pripravljen na vsakem koraku pokazati, da priznava in spoštuje prispevke svojih sodelavcev. Obvlada magično formulo uspeha, ki povezuje vodenje razuma in upravljanje čustev. Zato je ena od rešitev za zmanjšanje problema trpinčenja na delovnem mestu, ki bremeni nekatere zdravstvene organizacije in otežuje naše delo, predvsem preobrazba in izobraževanje odgovornega menedžerskega kadra v zdravstvu. Ta pa se začinja s spreminjanjem mišljenja.

Pomembnost premagovanja stresa ◆

V življenju je nekaj stresa nujno potrebnega. Vendar dejavniki stresa niso za vse ljudi enaki oziroma enako lahko ali težko rešljivi. Določajo jih posameznikova osebnost, zlasti življenjska trdnost, njegove izkušnje, delovne okoliščine ter kakovost medsebojnih odnosov z ljudmi, s katerimi živi v ožjem in širšem okolju. Za zdravnike je stres na delovnem mestu lahko nekaj povsem normalnega, saj smo zaposleni pravzaprav ves čas izpostavljeni različnim stresorjem. Težave nastanejo tam in takrat, ko je stresnih situacij preveč ali so preveč pogoste in predolgo trajajo. Dokler mi ni bilo na inštitutu dejansko onemogočeno delo na področju epidemiologije prepovedanih drog, ki sem ga doživljal kot poslanstvo, sistematičnemu nagajanju in oviranju na delovnem mestu nisem dajal velike teže. Stres, ki sem ga doživljal pri tem, ko sem se izpostavljaval v korist zdravja ljudi, mi je bil dejansko spodbuda za boljše delo. Dolgo časa tudi nisem doumel, da gre za organizirano nasilje s ciljem, da se prilasti rezultate mojega dela, se me utiša ali celo odstrani iz delovne organizacije. Zato sem pogosto dobil občutek, da sem nesposoben oziroma sam kriv, da se mi to dogaja. Ob stopnjevanju šikaniranja, ko je služba pozneje postala prava nočna mora, sem se potožil kolegu iz Hrvaške, ki je iz mojega pripovedovanja razpoznal trpinčenje na delovnem mestu. Imenoval ga je »bosing«. Vendar nisem nikoli pomislil, da bi zamenjal službo. Stisko sem v javnosti bolj ali manj skrival, ker nisem želel škodovati ugledu delovne organizacije. Omalovaževanje mojega dela in napadi na akademsko kariero so me prizadeli, vendar tudi utrdili. Ker na vzroke stresa nisem mogel vplivati, sem si vzel čas zase. Pričel sem bolj skrbeti za dobro duševno in telesno počutje ter se o trpinčenju veliko pogovarjal s kolegi, prijatelji in svojci. Telesne in psihične simptome stresa sem premagoval z vztrajnostnim tekom, plavanjem in hojo v gore. Z branjem relevantne strokovne literature sem skušal razumeti, kaj se je sploh zgodilo, in predvsem ugotoviti lastno odgovornost za izgubo možnosti, da bi delal na področju in nalogah, za katere sem se subspecializiral in usposabljal vrsto let. Dejansko sem šele na ta način spoznal, da je lahko (ne)delovanje nekaterih kolegov temeljilo na koristoljubju in zadovoljevanju osebnih ambicij. Tudi danes, več kot pol desetletja po travmatičnih dogodkih, menim, da sem deloval v korist javnega zdravja, svojega inštituta in zdravja ljudi. Medtem sem si pridobil nove zaveznike ter se začel izobraževati in uveljavljati tudi na drugih področjih javnega zdravja.

Prijavljanje, pogovarjanje in ukrepanje ◆

Trpinčenje na delovnem mestu sem doživljal precej dolgo, dokler niso nekatere ključne osebe, ki so ga izvajale, zapustile delovnega okolja. Iz lastnih izkušenj vem, da je običajno ravno obratno. Delovno organizacijo je v teh letih zapustilo kar nekaj sodelavcev in vrhunskih strokovnjakov, za katere lahko domnevamo, da so bili žrtve trpinčenja. Večinoma vsak prenaša težave in stiske trpinčenja kar sam. O tem se ne pogovarjamo dovolj. Poročanje o domnevnih primerih je predpogoj za ukrepanje. Pojav je treba zatreči v kali, ga razkrinkati kot nedopustno

nasilje ter dokazati, da v resnici ne gre za »problematičnega« posameznika (»trouble-makerja«) ali nedolžen delovni spor. Vendar večina delovnih organizacij v zdravstvu in drugod nima razvitih poti poročanja. Tudi če pride do prijave, ne sledijo ustrezni ukrepi. Storilec ni onemogočen ali kaznovan. Tudi pravne prakse ni. Zato žrtve trpinčenja na delovnem mestu v Sloveniji ne prijavljajo primerov psihičnega nasilja. Počutijo se osramočene in živijo v strahu pred nadaljevanjem trpinčenja.

Mislím, da smo zdravniki še veliko premalo ozaveščeni in usposobljeni za svoj delež preventive in za pomoč žrtvam. Ko gre za naše paciente, ki se zaradi psihičnega nasilja na delovnem mestu umaknejo v bolniški stalež, invalidnost ali celo v samomor, se počutimo nekako nemočne pri obravnavi problematike. Zato se moramo vsi zdravniki in drugi zdravstveni delavci, zlasti vodilni menedžerji, iz problematike reševanja trpinčenja na delovnem mestu ustrezno dodatno izobraziti. Potrebujemo znanje za analiziranje vzrokov in dejavnikov tveganja za nasilje na delovnem mestu. Žrtvam je treba pomagati in jih zdraviti, če potrebujejo pomoč. Žal je v negotovih razmerah tudi v odnosih med

nami opaziti (vse) več neiskrenosti, zavisti, tekmovalnosti in želje po prestižu, celo prevladi oziroma premoči. Zato se je psihičnemu nasilju v zdravstvu vse težje izogniti. Včasih pomaga, če najdemo sorodno dušo, ki ji lahko zaupamo doživljanje težav in strahov. Vsekakor je v primeru nesporazumov na delovnem mestu treba postaviti jasne meje glede spoštovanja, korektnosti in pravil obnašanja. Odkar sem se razkril v televizijski oddaji o trpinčenju na delovnem mestu, me pokliče veliko ljudi, ki čutijo, da so žrtve nasilja. Večina si o svojih negativnih izkušnjah ne želi oziroma ne upa spregovoriti, ker se boji posledic. Tudi v zdravstvu, tako kot drugje, večina nasilja ostaja skritega. Zato bi kazalo obuditi poti poročanja in odgovornosti organov zdravniške in drugih zbornic, ki naj bi na ustreznih ravneh pomagala k poizkusom sprave. Zbornica bi morala zaživeti tudi kot institucija, ki bi ščitila zdravnike, kadar ti v dobri veri opozarjajo na pomanjkljivosti in nepravilnosti pri kolegi in v družbi nasploh, ki vplivajo na zdravje ljudi. Sicer pa velja izrek: če nisi del rešitve, potem si del problema.

FORUM

Nekaj misli o biomedicinskem raziskovanju na ljudeh

Matija Horvat

Zanimanjem sem prebral prispevek prof. Gadžijeva v majski številki Izide o razmerju med strokovnim in raziskovalnim delom v kirurgiji. Z njegovimi mislimi se strinjam. V uredništvu so me nagovorili za objavo prispevka, ki sem ga pripravil za 4. posvet »Etika v belem«, ki je bil na Bledu letos junija. Bralcem se opravičujem, ker je prispevek namenjen tudi laični publiki in zato ustrezno poenostavljen. Dotika pa se problemov, ki jih je načel prof. Gadžijev.

Cilji medicinskih raziskav so številni, naštejmo jih le nekaj:

- Ugotavljanje bolezenskih stanj in dejavnikov, ki škodljivo vplivajo na zdravje ter ogrožajo in skrajšujejo življenje posameznikov in skupin (npr. genetski dejavniki, toksini iz okolja, prehrana, kajenje, debelost, telesna nedejavnost, infekcije, neoplazme).
- Ugotavljanje relativnega pomena posameznega dejavnika za zdravje posameznika in skupine oseb.
- Diagnostika – načini spoznavanja bolezni, opredelitev stopnje in prognoze bolezenske prizadetosti pri posamezniku.
- Ocenjevanje prognoze bolezni ter njen vpliv na posameznika, kar narekuje načine zdravstvenih ukrepov, njihovo intenzivnost in obseg.

- Načini preventive: genetsko svetovanje, cepljenja, spremembe v okolju (ekologija), spremembe življenjskega sloga, prehrabnih navad, odnosa do razvad.
- Zdravljenje: fizikalno, dietno, operativno (vključuje instrumentalne posege: dilatacije arterij, vzpodbujevalci), radioterapevtsko, izotopsko, psihološko, medikamentno.

Omenjene raziskave izvajajo v fizikalnih in kemičnih laboratorijih, na tkivnih kulturah, izoliranih delih tkiv, na poskusnih živalih, na zdravih ljudeh in na bolnikih. Številne pomembne diagnostične in terapevtske metode, ki jih uporabljamo v dnevni praksi, so razvili na področjih znanosti, ki na prvi pogled nimajo nobene zveze z medicino: v tehniki, fiziki, kemiji, biologiji, matematiki. Končno postanejo nova spoznanja, preiskavne ali terapevtske metode, del našega vedenja o zdravju in bolezni ter sestavni del medicinske prakse. Pred tem mora biti vse to potrjeno z raziskavo na ljudeh, zdravih ali bolnih, kamor je pač metoda usmerjena. Brez takega znanstveno neoporečnega dokaza (ki mora biti pridobljen na etično nesporen način) si danes ne moremo več predstavljati varne in učinkovite medicinske prakse.

Tudi uvedene in ustaljene medicinske metode morajo biti podvržene nenehnemu kritičnemu opazovanju in preverjanju. V kliničnem

opazovanju in tehtanju je dragocena osnova za znanstveni prispevek izkušenega kliničnega zdravnika. Prav v neprestanem preverjanju varnosti, natančnosti in učinkovitosti diagnostičnih in terapevtskih metod se medicina nepremostljivo razlikuje od vseh »zdravilskih« metod, ki se v poteku let, desetletij in celo stoletij ne spreminjajo, ki temeljijo na preprostem verovanju in ponavljanju obrazcev.

Tradicija opazovanja, preverjanja in uporabe predkliničnih dognanj se je pričela že v evropskem srednjem veku. Omenimo naj samo tri velike klinične zdravnike, raziskovalce. Francoski zdravnik Ambroise Pare, kirurg, je leta 1537 na podlagi kliničnega opazovanja zavrnil staro škodljivo prakso uporabe vrelega olja pri obravnavi strelnih ran in kavterizacije pri amputacijah (uporabil je ligature arterij). Naš Marko Gerbec je leta 1717 objavil opazovanja nenadnih nezvesti pri bolnikih s počasno srčno akcijo, leta 1703 pa je poročal o uspešni odstranitvi vranice po poškodbi trebuha. Edward Jenner je leta 1796 prišel do epohalnega odkritja, cepljenja proti črnim kozam. Temelj za njegovo raziskavo je bilo opazovanje, da tisti, ki je prebolel nevarne »kravje koze«, ne bo nikoli zbolel za črnimi kozami. Njegova študija na devetletnem dečku (najprej mu je inokuliral »kravje«, po daljši dobi pa še črne koze) pa bi bila nedvomno danes na etični komisiji energično zavrnjena. K sreči se je končala brez zapletov za preiskovanca.

Prav bizarno je, da 300 let kasneje, v Gerbecovi deželi, številni »razumniki« neomajno verujejo v pravljice zdravilstva ali tako imenovane alternativne, komplementarne medicine. Mimogrede: kreatorji teh vrst »medicine« niso nikoli doumeli raziskav v zadnjih 500 letih in čašcene »tradicionalne« orientalske medicine niso vedele, kako in zakaj teče kri po telesu.

Osnove za klinično raziskavo na ljudeh, ki lahko pripeljejo do napredka v medicinski praksi, so zelo številne:

- temeljno dognanje v znanosti, posebno v tako imenovani »predklinični medicini«,
- razvoj nove diagnostične metode, ki omogoča nov vpogled v dogajanje v človeškem telesu med zdravjem in boleznijo,
- razvoj novih načinov zdravljenja,
- klinično opazovanje o poteku bolezni in dogajanju med uporabo novih ali ustaljenih diagnostičnih ter terapevtskih postopkov.

Raziskave in razvoj zdravila gre skozi dolgotrajne postopke, ki jih tukaj ne bi opisoval. Približna cena razvoja enega zdravila od prvih laboratorijskih raziskav do klinične uporabe je bila leta 2000 okoli 810 milijonov USD. Raziskave učinkovanja zdravil se pravzaprav nikoli ne nehajo. Tudi najstarejša uporabljana zdravila, kot je npr. digitalis, so še vedno predmet kliničnih raziskav, čeprav je od njegove redne uporabe v klinični medicini minilo že okoli 240 let.

O metodah kliničnega raziskovalnega dela v tem obsegu ne moremo širše razpravljati. Za mladega raziskovalca je zelo pomembno mentorjevo vodenje in izvedba raziskave v okolju, kjer se redno prepleta kakovostno klinično in raziskovalno delo. Pri sestavljanju načrta, protokola raziskave je nadvse pomembna jasno in enostavno postavljena hipoteza. Kakovosten načrt raziskave pogosto spoznaš po hipotezi, ki je zastavljena v enem samem vprašanju. Samo po sebi se zdi umevno, da bo raziskava vedno namenjena odkrivanju medicinske neznanke in da se ne bo podajala v brezplodna ponavljanja že raziskanega. Nesmiselne so raziskave, ki naj bi ugotavljale »slovenske posebnosti«. To velja za veliko večino kliničnih raziskav, izjema so nekatere epidemiološke. Pogosta napaka je raziskava, ki vključuje veliko število meritev brez neposrednega vpliva na zastavljeno vprašanje. Poleg primerno utemeljene in zastavljene hipoteze je za kakovost raziskave izredno pomembna zgodnja analiza rezultatov, ki nas opozori na napake prvotnega načrta raziskave in nam tako omogoči pravočasne popravke pri izvedbi raziskave.

Za etiko raziskovalnega dela na človeku je sprejetih veliko pravil in

etičnih kodeksov, ki jih mora raziskovalec poznati in dosledno upoštevati. Pri nas za etično neoporečnost skrbijo medicinskoetične komisije, ki naj bi obravnavale načrte raziskovalnega dela in bdele nad njihovo izvedbo. Načelno naj bi jih imela vsaka bolnišnica. V Sloveniji imamo v tem pogledu dolgo tradicijo, saj je bila naša komisija za medicinsko etiko ustanovljena že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja in je bila ena prvih v Evropi. Republiška komisija prouči vse predloge medicinskih raziskav na človeku v Sloveniji in vsaka taka raziskava mora biti odobrena s strani komisije. Komisija je sestavljena iz zdravnikov in predstavnikov drugih strok. V njej je praviloma tudi pravnik, teolog, sociolog, psiholog. Večina članov, ki so zdravniki, naj bi bili tudi klinični raziskovalci. To sicer ni pravilo, vendar zdravnik, ki je hkrati tudi raziskovalec, mnogo bolje pozna pasti in nevarnosti raziskave na ljudeh ter tako lažje sprejema občutljive etične odločitve. Komisija pri svojem delu načelno ne ocenjuje kakovosti predloženega načrta raziskave, omeji se na etično ocenjevanje. Vendar ne more ostati neprizadeta ob pomanjkljivih, slabo utemeljenih in nestrokovnih predlogih. Menimo, da je eden od bistvenih elementov za etično sprejemljivost raziskave njena znanstvena kakovost. Primerna znanstvena utemeljitev predloženega dela je tudi z etične strani osnovni pogoj za odobritev študije.

Biomedicinsko raziskavo na človeku lahko izvaja samo zdravnik, ki je sposoben spoznavati in obravnavati zapleta, do katerega lahko pride med potekom raziskave. Pri nas izvajajo številne raziskave, ki so osnove za magistrsko in doktorsko delo. Menim, da se mlad zdravnik mora vklopiti v raziskovalno delo, ki ga načrtuje in izvaja pod vodstvom izkušenega zdravnika, mentorja. To velja za magistrsko delo in študij, med katerim se mladi raziskovalec nauči tehnologije, ki je potrebna za pravilno izvedbo raziskave. Doktorat pa je po definiciji samostojno raziskovalno delo, zato naj ga načrtuje in izvede samo zdravnik, ki ima na svojem področju že dovolj strokovnih izkušenj, torej zdravnik specialist.

Klinična izkušnost, ki je posledica skrbnega opazovanja bolnikov in poteka bolezni med rednim strokovnim delom, je nujno potrebna za varnost bolnikov med raziskavo. Pa ne samo to – klinična izkušnja nam lahko tudi pomaga odstopiti od raziskave, ki je po znanstvenih merilih potrebna in utemeljena, v resnici pa za bolnike nevarna.

Okoli leta 1980 smo v Univerzitetnem kliničnem centru pričeli zdraviti bolnike, ki so utrpeli akutni srčni infarkt, z infuzijo fibrinolitičnega sredstva. Ta naj bi raztopil krvni strdek v koronarni arteriji in omogočil ponoven krvni pretok do ishemične srčne mišice. Kmalu po pričetku tega načina zdravljenja smo ugotovili, da se je nekaterim bolnikom stanje zelo izboljšalo. Ti bolniki so imeli tako obsežen srčni infarkt, da bi po naših takratnih izkušnjah, brez novega zdravljenja, skoraj zanesljivo umrli. Naše izkušnje seveda niso bile dovolj za znanstveno potrditev. Pojavili so se predlogi za študijo, v kateri bi primerjali preživetje dveh skupin bolnikov. Ena bi dobivala fibrinolitičnik, druga ne. Bolniki bi bili vključeni v skupini naključno, raziskovalec, ki bi ocenjeval uspeh zdravljenja, pa z bolnikovo uvrstitvijo ne bi bil seznanjen. Šlo naj bi torej za dvojno slepo klinično študijo, ki naj bi dokončno potrdila uspešnost fibrinolitičnega zdravljenja akutnega srčnega infarkta. Po premisleku s tako študijo nismo pričeli. Skoraj dveletno opazovanje poteka bolezni nas je toliko prepričalo v uspešnost novega zdravila, da nismo hoteli izpostaviti večjemu tveganju tiste skupine bolnikov, ki ne bi prejela tega zdravila. Tri leta po teh razmišljanjih in tehtanjih so v strokovni literaturi objavili zelo odmeven članek o rezultatih prav take študije, ki smo jo pri nas odklonili. V sosednji državi so opravili študijo na približno 15.000 bolnikih in ugotovili, da je v skupini, ki fibrinolitičnika ni prejela, umrlo kakih 150 bolnikov več kot v tisti z zdravilom. Uspešnost novega zdravila je bila tako dokazana. Avtorji študije so doživeli svetovno priznanje, mi pa smo imeli zadoščenje, da so naše izkušnje rešile kar nekaj naših bolnikov, ki bi lahko delili usodo z onimi 150.

Drug primer je velika študija, imenovana CAST, objavljena v drugi polovici 80. let prejšnjega stoletja. Osnova za to delo je bilo spoznanje, da so motnje srčnega ritma odgovorne za vsaj polovico smrti pri bolnikih s srčnim popuščanjem. Raziskovalci so pričakovali, da bo redno jemanje antiaritmčnih zdravil pri teh bolnikih preprečilo smrt. V ta namen so preizkušali štiri taka zdravila. S študijo so morali kmalu prenehati, saj je sprotna statistična analiza pokazala, da je bila smrtnost pri vseh skupinah preiskovancev, ki so jemali antiaritmike, značilno večja od skupine, ki je dobivala placebo. Izkušeni klinični zdravniki iz intenzivnih enot se takrat te študije verjetno niti ne bi lotili, ker so imeli že pri svojem strokovnem delu dovolj opazovanj, ki so opozarjala na aritmogeno delovanje teh zdravil.

Zaradi tega menim, da je škodljiva danes razširjena navada in celo zahteva, naj mlad zdravnik v vrhunski klinični ustanovi čim prej opravi doktorat znanosti in si pridobi akademski naziv. Za zdravnika v klinični medicini naj ima časovno prednost strokovna usposobljenost, torej končana specializacija pred doktoratom znanosti.

Potrebno je omeniti tudi dileme, ki nastanejo pri načrtovanju raziskav pri bolnikih, ki so akutno in neposredno življenjsko ogroženi. Protokoli raziskav temeljijo na etičnih osnovah raziskovalnega dela na ljudeh, ki zahtevajo popolno obveščenost bolnika o namenih, poteku, neprijetnostih in nevarnostih nameravane raziskave ter njegovo pravico, da ne pristane na sodelovanje v raziskavi in da lahko v vsakem trenutku svoje sodelovanje tudi prekliče. Bolnik mora pred vključitvijo v raziskavo dobiti tudi kratek in vsakemu razumljiv povzetek namena, poteka, postopkov in nevarnosti raziskovalnega dela. Raziskovalec, v tem primeru tudi zdravnik, ki bolnika zdravi, si mora vzeti dovolj časa za pogovor z bolnikom. Mora mu odgovoriti na vsa vprašanja, zagotoviti, da če ne pristane na raziskavo, to ne bo imel zanj nikakršnih negativnih posledic, mu pustiti čas za razmislek in za posvetovanje s svojci. Končno vsak bolnik podpiše pristanek na sodelovanje v raziskavi. Pri otrocih to vlogo prevzamejo starši ali skrbniki. Ta pristanek imenujemo v angleščini »informed consent« in ga nerodno prevajamo v »informirani pristanek«. Postopek je ustaljen in naj bi uspešno deloval in ščitil bolnike, ki niso akutno ogroženi. Pri slednjih dolgotrajno pojasnjevanje in večkrat tudi branje pisne razlage ne pride v poštev, ker bolnik zaradi stanja svoje bolezni (nezavest, šok, dihalna stiska, nevarne motnje ritma, hude bolečine) velikokrat pojasnil ne more razumeti, niti ni časa za pojasnjevanje. Zaradi teh ovir seveda ne moremo odstopiti od novih načinov diagnostike in zdravljenja, ki bi lahko predstavljali velik napredek. V teh primerih je etična in tudi sodna odgovornost zdravnika mnogo večja, saj ni bolnikovega pristanka, ki bi jo nekoliko ublažil. Včasih lahko bolnika nadomestijo svojci, vendar tudi za pogovor z njimi velja časovna stiska v urgentnem stanju. V teh primerih je potrebna tudi tako imenovana in hudo kritizirana »paternalistična« obravnava bolnika in ne sedaj tako hvaljeni »partnerski« odnos bolnik – zdravnik. Problem ostaja odprt pri vseh študijah, ki jih sponzorirajo farmacevtska podjetja. V njihovih protokolih je priloženo obširno pojasnilo za bolnika ter zahtevan njegov podpis pred vključitvijo v študijo. Nedvomno je v teh primerih pri sponzorjih v ospredju bolj skrb za lastno pravno zaščito kot pa za reševanje etičnih problemov bolnika

in poteka raziskave.

Javnost je o pomenu medicinskega raziskovanja na ljudeh zelo slabo seznanjena in ima do njega mnogokrat negativen odnos. V preteklosti je k temu pripomoglo vedenje o nečloveških poskusih v nacističnih taboriščih. V sedanjem času je zelo pavšalno in v veliki meri neupravičeno razširjeno mnenje, da je medicinsko raziskovanje na ljudeh predvsem ali izključno povezano s farmacevtsko industrijo in njenim pohleptom po dobičku. Pri tem naj bi zdravniki raziskovalci med rednim delovnim časom pridobivali iz naročenih raziskav dodatne bogate honorarje. Tako mnenje vpliva na stališča nekaterih vodstev v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah pri postavljanju pravil, po katerih naj bi se izvajale klinične raziskave.

Nevtralna ali celo odklonilna stališča do kliničnega raziskovalnega dela zanesljivo privedejo do številnih negativnih pojavov. Zdravstvena ustanova se prične zapirati pred napredkom v medicini, izgubijo se mednarodne povezave, ki skrbijo za osebni pretok informacij in izkušenj. Zdravniki postanejo samozadostni, samozavestno se oklepajo preživelih stališč in načinov v diagnostiki in zdravljenju. Zmanjšuje se nujno potrebna kritičnost pri opazovanju in vrednotenju rezultatov zdravljenja. Zdravnik, ki ne razmišlja »raziskovalno«, lahko spregleda številne pasti pri ocenjevanju medicinskih ukrepov in ni pozoren na pojave, na katere bi nujno moral reagirati, npr. z načrtom raziskave ali s prijavo nepričakovanih in še neznanih negativnih stranskih učinkov uporabljenega zdravila. Tak zdravnik se bo dejansko avtomatično in samo z mislijo na honorar vklopil v raziskavo, pri kateri mu je bilo končno ponujeno sodelovanje. Rezultati njegovega raziskovalnega in tudi kliničnega dela bodo seveda temu primerni: skromni ali celo škodljivi. Še večjo škodo bo zdolgočaseni zdravnik (»silijo me, da delam samo rutino«) povzročil v odnosu do mlajših kolegov, prenekateri od njih se bodo navzeli podobnega stila v odnosu do raziskovalnega in posledično tudi do rednega medicinskega dela. Zelo pogosto opažamo, da je vzdušje na enoti, kjer pričinja mlad zdravnik s prvimi koraki v klinični medicini, odločilnega pomena za njegovo kasnejšo strokovno usmeritev in celo kakovost.

Zaključek ◆

Klinično raziskovalno delo na bolnikih je temelj vsakega napredka v medicini. Zaradi neosveščene javnosti je mnogokrat neopravičeno izpostavljeno nepremišljenim kritikam in celo ukrepom zdravstvenih ustanov. Samostojnega raziskovalnega dela na ljudeh se lahko loti samo strokovno izkušen zdravnik, za mlajše začetnike je nujna tesna povezanost z mentorjem, ki mora neprestano bedeti nad izpolnjevanjem etičnih načel. Za raziskave v akutnem stanju, ki zahteva pri bolniku urgentno ukrepanje, je zdravnikova etična odgovornost še precej večja. Klinične raziskave ne zagotavljajo samo napredka v medicinski stroki in ne pripeljejo nujno do pomembnih novih dognanj. Raziskovalno delo je nujno potrebno tudi za strokovno rast mladega zdravnika, ki tako bolj kritično gleda tudi na svoje redno delo izven raziskav. Zaradi tega morajo zdravstvene ustanove spodbujati raziskovalno delo in organizacijsko pomagati raziskovalcem. ■

Kakovost dela slovenskih bolnišnic

Marjan Fortuna

Rezultati nedavno objavljene ankete o kakovosti dela slovenskih bolnišnic niso presenetljivi. Čeprav ne bi rad polemiziral s snovalci ankete in njeno metodologijo, bi vseeno veljalo opozoriti na to, da ugotavljanje kakovosti dela slovenskih bolnišnic in primerjava med njimi preprosto nista mogoča.

Ni slučajno, da so se na vrhu ankete znašle ustanove, ki so vključene v zdravstveni sistem le kot visoko specializirane ustanove. Primerjava med, denimo, ustanovo, ki ima nekaj deset zaposlenih in ki sprejema in zdravi le t. i. programske bolnike z že znanimi diagnozami, ter med največjimi ustanovami v državi, ki sprejemajo vse bolnike z vsemogočimi zdravstvenimi težavami, je povsem nerealna. Seveda je v večjih bolnišnicah več nezadovoljstva, ker se bolniki srečujejo s številnimi zaposlenimi, nimajo takega standarda bivanja, ne morejo se sprijazniti z dejstvom, da niso deležni tolikšne pozornosti in da je njim podobnih bolnikov mnogo. Razumljivo pa je, da je za njih njihov zdravstveni problem največji in najbolj urgenten in težko razumejo, da so lahko še bolj urgentni primeri, ki morajo pač imeti prednost. Tudi prijaznost, tako poudarjana vrlina, je v manjših zavodih res večja.

Treba je ponovno poudariti, da je npr. KC poleg tega, da je osrednja slovenska bolnišnica, kjer opravljamo najbolj zahtevne medicinske posege, hkrati tudi splošna bolnišnica za celotno ljubljansko regijo in nemalokrat socialna ustanova za onemogle in osamljene bolnike, ki potrebujejo predvsem nego in pomoč, ne pa toliko zdravljenja, ker imajo kronične, neozdravljive bolezni ali težjo invalidnost. Takih bolnikov ustanove, ki so se znašle na vrhu lestvice, sploh nimajo, če pa jih slučajno imajo, jih skušajo čim prej odpustiti ali jih pa sploh ne sprejemajo. Tudi zato, ker v KC sprejemamo najtežje in tudi najdražje bolnike, ki ne morejo biti zdravljeni drugje, so čakalne dobe najdaljše in so zato ljubljanski bolniki na slabšem kot v ostalih delih Slovenije. Nemalokrat pa KC opravlja tudi dela, ki bi morala biti opravljena na primarni ravni.

Nekoč je nek znani zdravnik dejal, da on ni plačan za prijaznost. To je povzročilo silen odpor, saj ga je večina razumela popolnoma napačno. V resnici je mislil poudariti, da je bistvena kakovost. Vse ostalo, tudi prijaznost, je sicer lepa vrlina, vendar zaradi nje se še noben bolnik ni pozdravil. Nekateri pomembni akterji v slovenskem zdravstvu so sposobni samo kritizirati državno zdravstvo, ne ponujajo pa boljših rešitev. Razmeroma lahko je obravnavati izbrane bolnike in biti izključen iz organizacije urgentne dežurne službe za vse bolnike, ki so pomoči potrebni kadarkoli in zaradi česar koli.

Popolnoma se strinjam s tistimi, ki govorijo o tem, da je osnovni problem našega zdravstva (slaba) organizacija, koliko so pa ti kritiki pripravljeni sami prispevati k boljši organizaciji in dostopnosti do ustreznih zdravstvenih storitev, pa oni sami in njihovi bolniki prav dobro vedo, ko se morajo ob zapletih pogosto obrniti po pomoč v državne zavode, ker v »njihovi« ustanovi ne morejo kadarkoli dobiti ustrezne pomoči. Zavajanje javnosti je, da so ti zavodi vedno na voljo za reševanje zapletov, kar bi lahko potrdil z mnogimi primeri, vendar tega ne bom storil, ker tega pred javnostjo nočem. Tisti, ki problematiko dobro poznajo, bi mi nedvomno pritrdili, saj imajo podobne izkušnje. Težko je tudi polemizirati z vodstvi teh ustanov, ki imajo na svoji strani javno mnenje (tudi razne javnomnenjske ankete), najvišje predstavnike oblasti in še koga. Ker je glavna skrb teh ustanov njihov obstoj oziroma prihodnost, stalno poudarjajo, da je njihova skrb bolnik. Ali je v državnih zavodih morda drugače? Vendar so bolniki tudi ljudje s socialnega dna, onemogli, ostareli, invalidi, revni, duševno prizadeti in dementni, preprosti ljudje brez zvez in poznanstev itd., a mora nekdo tudi za te ljudi ustrezno poskrbeti. To prav gotovo niso elitne bolnišnice, ampak splošne bolnišnice, ki si ne morejo in ne smejo izbirati bolnikov.

Pa to ne bi bilo nič spornega, če bi bili zaposleni v teh ustanovah ustrezno plačani in ne bi bili pogosto deležni kritik od vseh.

Strah pred popolno privatizacijo zdravstva (tudi bolnišnic) je upravičen, če jo bomo izpeljali na način, kot smo privatizirali podjetja. Ker je (bila) zakonodaja ohlapna in take privatizacije nismo znali ali hoteli sankcionirati, imamo tako stanje, kot ga pač imamo. Taka privatizacija v zdravstvu je vsekakor nesprejemljiva in z njo bi in bo večina samo izgubila. Toda poti nazaj ni. Zato mora država ohraniti nadzor nad procesom privatizacije in hkrati zagotoviti čim večjo strokovnost in pravičnost za vse.

Popolnoma se strinjam s tistimi, ki želijo podatke o tem, kaj bi ali je privatizacija pomenila za izboljšanje kakovosti in cenovne učinkovitosti. Toda, ali smo jih sploh sposobni pridobiti? Vemo, da na leto v Sloveniji zbolijo za rakom okrog 10.000 ljudi, da je toliko in toliko nesreč s hudimi posledicami, da utrpi srčni infarkt ali možgansko kap nekaj tisoč ljudi itd. To vse vemo, pa vendar, ko je treba zagotoviti mrežo npr. urgentnih centrov enakomerno po vsej državi, nastanejo težave, ker se mnogi od tega distancirajo, kot da je to dolžnost izključno državnih zavodov, ne oziraje se na potrebe celotnega prebivalstva. Naj se vsi, ki so financirani iz javnih sredstev, vključijo v dežurno službo, da bodo na lastni koži občutili to, kar čutimo tisti, ki delamo v državnih ustanovah. To je od pomanjkanja bolniških postelj do iztrošene in pomanjkljive medicinske opreme. Hkrati smo državni zavodi vedno pod budnim očesom javnosti in deležni kritike, pa če si to zaslužimo ali ne.

Vzemimo samo primer glavnega mesta. V Ljubljano gravitira približno ena tretjina slovenskega prebivalstva in mnogo dnevnih migrantov, ki seveda iščejo zdravstveno pomoč tam, kjer zbolijo oziroma kjer jim je bolj pri roki, pa vendar ima Ljubljana s širšo okolico samo eno urgenco, ki se dobesedno duši ob (pre)velikem dotoku bolnikov in poškodovancev. Zato bi Ljubljana že sedaj potrebovala še eno urgenco. Kako naj ob takem valu bolnikov zagotovimo še visok bivalni standard in ostale stvari, navedene v omenjeni anketi? Seveda to ni opravičilo za slabo delo in nizko uvrstitev večjih bolnišnic, vendar so to posledice dejstev, h katerim vsi na nek način prispevamo.

Nahajamo se v absurdni situaciji, ko so v mnogih manjših zdravstvenih ustanovah številne aparature boljše kot v največjih bolnišnicah, toda, ko je treba zdraviti najtežje bolnike, ti praviloma pridejo v državne ustanove, kar je seveda dobro in prav, vendar mora tudi denar (beri plačilo!) slediti bolniku. Ni mogoče reči, da gre za načrtno zapostavljanje največjih slovenskih bolnišnic, kaže pa na neko nenormalno stanje, da se npr. obe univerzitetni bolnišnici otepata s pomanjkanjem najnovejših in najboljših aparatov, medtem ko tiste, ki so odprle vrata zasebnemu kapitalu, kupujejo aparature, o katerih lahko v državnih zavodih zaenkrat samo sanjamo.

Država z dvema milijonoma prebivalcev ima preveč razdrobljen in zato drag zdravstveni sistem. Imamo sicer republiške strokovne kolegije, ki naj bi bili posvetovalni organi ministra. Ti naj bi postavljali prioritete nakupov medicinske opreme in predlagali nove diagnostične in terapevtske postopke. Toda zavodi ubirajo bližnjice in kupujejo drage aparature, ne da bi imeli za to zagotovljene kadre in plačilo. Ko pa pridejo v težave, od zdravstvene blagajne pričakujejo, da kar čez noč za njih najde rešitev. Ne glede na to, ali gre za državno ali zasebno dejavnost, je potreben nadzor od Ministrstva, zavarovalnic, Zdravniške zbornice in drugih strokovnih združenj.

Razne nevladne organizacije z nasprotovanjem spremembam, ki so nujno potrebne, bolj škodujejo kot koristijo. Brez več denarja (zlasti doplačil za nekatera zdravila in hotelski del oskrbe v bolnišnicah in drugih stacionarnih ustanovah ter povečanja prispevne stopnje) ne bo šlo, saj pri današnjem financiranju zdravstva izgubljamo vsi. ■

Supermani ali hlapci

Tatjana Primožič

Na zadnjem sestanku splošnih zdravnikov v našem zdravstvenem domu se pogovarjamo o novi administrativni zadolžitvi s strani zavarovalnice za splošne zdravnike. Večina jih že nemo sedi in nato vzdihne: »Tudi to moramo delati?« »Žal kolegi, tudi to. Plačnik od nas to zahteva in nikogar ni, ki bi znal ustavili ta neskončni plaz s strani plačnika, specialistov, pacientov,« odgovorim. Eden od kolegov pripomni: »Seveda, saj se obnašamo kot hlapci!« Zamislila sem se in verjetno večina med nami.

Včasih sem premišljevala, kaj vse zahtevajo od nas. Imela sem občutek, da samo superman zmore vse to, kar se kot plaz vali na splošne zdravnike. Saj nismo supermani! Naša želja je delati dobro in strokovno. Za vsako dobro delo je poleg strokovne usposobljenosti potreben čas in prava koncentracija dela na časovno enoto - sedem minut je s strani plačnika namenjenih za obravnavo pacienta.

Odločila sem se, da napišem pismo nekaterim našim zdravnikom, ki odločajo o našem delu. Ko sem pisala, sem bila vedno bolj prepričana, da smo resnično dobri, da vse to zmoremo.

Ne čudite se, če ste izčrpani en teden po dopustu, ko dobite dvojno delo.

Ste se kdaj vprašali, kaj mora zdravnik vedeti in paziti pri strokovno in stroškovno učinkovitem predpisovanju recepta.

Zdravnik mora:

- izbrati ustrezno terapijo za bolezen, ki jo zdravi,
- izbrati stroškovno najugodnejše zdravilo,
- izbrati zdravilo, ki je kompatibilno z ostalo terapijo, ki jo pacient prejema (antikoagulantna terapija, statini, kontraceptivi...),
- poznati ustrezno odmerjanje zdravila,
- poznati pakiranje zdravila in predpisati ustrezno količino zdravila za časovno obdobje,
- poznati razvrstitev na listo: bel ali zelen recept,
- poznati zamenljivost zdravila,
- poznati zdravila z omejitvijo predpisovanja,
- označiti plačnika glede na diagnozo, za katero je predpisano zdravilo,
- preveriti datume izdaje zdravil za kronično terapijo,
- evidentirati vso predpisano terapijo v karton - ime zdravila, odmerjanje in število predpisanih škatlic,
- informirati pacienta o pravilnem jemanju zdravila, možnih stranskih učinkih, morebitnih doplačilih.

Predpisovanje povprečno 60 receptov na dan, kolikor jih napišem v svoji ambulanti (v času nadomeščanja kolega pa tudi 100 receptov na dan) zahteva veliko znanja, pravih odločitev in časa ob nujnem upoštevanju 12 zgornjih postavk. Večina zdravnikov se poskuša vse zahtevane podatke naučiti »na pamet« kot »telefonski imenik«. Nemogoče je v času sedmih minut, kolikor imamo za celotno pacientovo obravnavo, iskati ustrezno informacijo po raznih dopisih, priročnikih, knjigah, računalniku...

Skrajni čas je, da nekaj zgoraj opisanega dela in odgovornosti prevzamejo tudi drugi, ki so se izobraževali za pravilno uporabo zdravil. Zakaj se nalaga vse na pleča splošnim zdravnikom? V drugih evropskih državah so znali to delo razdeliti in rešiti drugače.

Predpisovanja receptov pa ni edino opravilo, ki ga imamo splošni zdravniki.

Mnoge administrativne dejavnosti splošnim zdravnikom vzamejo ogromno časa. Zdravnik splošne medicine mora zelo natančno poznati pravila zavarovalnice. Teh pravil, ki obravnavajo pravice pacientov, je zelo veliko. Zavarovalnica ima za vsako področje pravil zavarovanja zaposlenega odgovornega zdravnika ali referenta (potne stroške, spremstvo, medicinsko-tehnične pripomočke, zdravila, reševalne prevoze, bolniški stalež, zdraviliška zdravljenja...) . Splošni zdravniki naletimo občasno tudi na problem. Ne moremo se spomniti določenega pravila, ki ga zahteva administrativna obravnava pacienta. Ne moremo ga najti v našem »telefonskem imeniku«. Ne moremo ga najti niti med kupom predpisov, ki jih prejemo kot po tekočem traku. Ustreznega akta ni na mizi, niti v omari. Za pojasnilo zapišemo v odgovornem oddelku ZZZS. Pri bolj »zapletenih problemih« tam ne morejo dati natančnega odgovora. Informacije poiščejo pri drugih kolegih.

ZZZS zahteva, da splošni zdravnik obvlada precej obsežen del pravil ZZZS in jih seveda tudi upošteva pri svojem delu. Izvajanje pravil ZZZS se kontrolira in pri nadzoru za vsako manjšo nepravilnost tudi finančno sankcionira.

Pravil ZZZS pacienti ne poznajo. Njihova pričakovanja in želje so velike. Težko jim je pojasniti, da jim nekatere stvari ne pripadajo. V medijih, pri sosedih, v prodajalnah za medicinsko-tehnične pripomočke in tudi drugod (tudi na ZZZS) jim obljublajo vse, brez poznavanja njihove patologije. Pacient pride v ambulantno prepričan, da ima vse pravice do zahtevanega. Pogosto se zgodi, da njegovo bolezensko stanje ni skladno s pravicami, ki jih pričakuje. Sledi dolgotrajen in mučen proces dokazovanja, zakaj želje niso izpolnjene. Naložen je splošnemu zdravniku. Razlaga je, da le splošni zdravnik pozna pacientovo bolezen. Stvari se še bolj zapletejo, ker se pravila spreminjajo vsaj enkrat na leto (včasih na pol leta). Ne bi komentirala smiselnosti in stroškovne učinkovitosti sprememb obrazcev, ki potegnejo za seboj tiskanje novih obrazcev, spreminjanje računalniških programov... Za zdravnika pomenijo nov zaplet, kot je mučno pojasnjevanje sprememb pravil pacientom in dodatno nepotrebno izgubljanje dragocenega časa.

Vloga zdravnika »policaja«, ki kontrolira pravočasno izdajo zdravila ali medicinsko-tehničnega pripomočka, tehta količino izločenega urina, meri obsege trebuha, kontrolira šifro predlog za lulanje spredaj ali zadaj... naj se prenese na druge poklice. Splošni zdravnik naj opravlja delo, za katero se je usposobil na medicinski fakulteti.

Vse administrativne storitve bi morale imeti računalniško podporo. Računalniški programi od zdravnika ne bi smeli zahtevati več kot eno do dve minuti časa tudi pri izdaji več receptov. Večja časovna obremenitev zaradi vnašanja številnih postavk pomeni izgubljeni čas za strokovno

obravnavo pacienta.

Ponovno poudarjam, da je preveč časa pri obravnavi pacienta žal namenjenega za opravljanje administrativnih storitev. Pacient obišče zdravnika, ker je v leksikonih, na internetu, na osnovi izkušenj sorodnikov in znancev dobil še dodatno potrdilo, da so njegovi simptomi resni, ker ima različne težave, ki jih ne zna pojasniti in ga motijo v vsakdanjem življenju. Pogosto ga je strah. Strah ga je, da gre za resno bolezen. V medijih zahtevajo takojšnjo obravnavo.

Splošni zdravnik, zdravnik prvega kontakta, naj bi v sedmih minutah (vključen je tudi čas za administracijo) presodil resnost pacientovih težav.

Začetek dirke. Vzeti je potrebno dobro anamnezo. Ne spraševati preveč, ker se bodo težave še dodajale. Ne spraševati premalo, ker bomo izgubili pomembne podatke. Sledi pregled pacienta v skladu s podanimi težavami. Po končanem pregledu pacient začne včasih navajati še nove simptome, zaradi katerih prihaja. Kaj sedaj? Zavarovalnica prizna samo en prvi obisk, ne glede na število bolezni, zaradi katerih prihaja pacient. Ali naj se držimo pravila kot naš plačnik, ali naj dovolimo pacientu, da razkrije vse svoje skrbi? Če se držimo pravil, pomeni več obiskov pacienta, če pa se pravil ne držimo, porabimo več časa za obravnavo pacienta in neplačane storitve. Osebnostno uporabljaj drugi način, ker ponovni obisk pomeni praviloma nove težave. Najbolj sem vesela, če imajo pacienti napisan spisek težav in pričakovanih zahtev. Včasih je popisana cela stran. Začudenje? Seveda ne, saj sem splošna zdravnica.

Sledi postavitev delovnih diagnoz. Predpisati je potrebno stroškovno najustreznejše laboratorijske preiskave. Odločiti se moram o smiselnosti in nujnosti drugih preiskav oziroma o napotitvi na sekundarno raven. Upoštevati je potrebno stopnjo nujnosti zaradi čakalnih dob, ki so ob sumu na resno bolezen nesprejemljive.

Če se odločimo, da pacienta napotimo na sekundarno raven, naj bi pred tem naredili včasih preiskave, določene s strani specialista. Specialisti našega pacienta pregledajo. Večkrat dobimo vrnjenega s spisikom novih zelenih preiskav in s priporočilom, naj se osebni zdravnik sam dogovori za najnujnejše in najmanj dostopne preglede. Specialist je bil pooblaščen za vse napotitve!! Zavedamo se, da pacienta lahko pošljemo nazaj k specialistu. To zahteva od nas veliko pojasnjevanja in izgubljanje dragocenega časa. Včasih splošni zdravniki popustimo neutemeljenim zahtevam specialistov in skušamo narediti vse za svoje paciente, posebno ob sumu na bolezen, ki ogroža pacientovo zdravje. S tem skrajšamo čas do postavitve natančne diagnoze in zdravljenja. Od nas to zahteva iskanje ustreznega specialista po telefonu, včasih vrtenje telefona ves dopoldan.

Pacient od nas pričakuje čim bolj natančna navodila in pojasnila o svojih težavah oziroma bolezni. K nam je prišel po strokovno pomoč. Opozoriti ga moramo na simptome, ki zahtevajo ponovni pregled. Dati navodila o preiskavah, če se odločimo zanje. Pri predpisovanju terapije pazimo, da je zdravlilo napisano v skladu z zgornjimi navodili.

Zelo veliko pacientov, ki pridejo v splošno ambulantno, tudi zaključijo svojo obravnavo v splošni ambulanti. Ne napotimo jih k specialistom. Tako vso odgovornost za vse naše strokovne odločitve pri reševanju pacientovih težav prevzemamo sami.

Včasih je treba opraviti še vrsto s strani plačnika neplačanih, ne-evidentiranih storitev, kot so pogovori s pacientovimi svojci in številne strokovne informacije po telefonu.

Posebno poglavje so vzporedna dežurstva z intervencijami na terenu ob delu redne ambulante. V primeru intervencije pustimo vse svoje delo v ambulanti in gremo na teren. Povratki nazaj v ambulantno po intervencijah so kot temni oblaki pred vrati.

Potrebno je narediti še preventivni pregled pri 15 odstotkih pacientov, ki izpolnjujejo kriterije za preventivni pregled. Paciente naj bi pri vsakem pregledu spraševali o spremembi življenjskega sloga, sledimo številnim kroničnim boleznim, ki so prešle s specialistične ravni na osnovno zdravstvo. Izpolnjujemo številne protokole, ki so jih za nas izdelali različni specialisti, in kličemo svoje paciente na kontrole.

Skrajševanje hospitalizacije je prineslo večjo stroškovno učinkovitost. Splošni zdravniki smo prevzeli nase spremljanje zdravstvenega stanja pacientov po vrnitvi iz bolnišnice. Pacienti, ki so bili včasih v bolnišnici po 10 do 21 dni, se sedaj vrnejo domov še isti dan ali po nekaj dneh. Za nas to pomeni budno spremljanje učinkov terapije in zapletov. To delo so včasih opravljali bolnišnični zdravniki, saj so pacienti ležali v bolnišnici. Pacienti, ki jih spremlja splošni zdravnik, ležijo doma. Nekateri pridejo tudi v ambulantno na sedemminutno obravnavo. Če pacienti ne morejo priti do ambulante, jih splošni zdravniki obiščemo na domu. Tudi ta storitev po kriterijih zavarovalnice ni plačana v nadurah, čeprav jo delamo skoraj vedno v nadurah.

Prevzeli smo še dodatne obveznosti in storitve: doppler spodnjih okončin, 24-urno merjenje tlaka, vodenje diabetesa, antikoagulantne terapije, astme, KOPB, ščitnice, hipertenzije, vodenje analgetične terapije terminalnih onkoloških pacientov, uroloških bolnikov in še in še... Opravljamo še delo, ki sploh ni plačano in se ne evidentira kot storitev. Opravljamo ga v dobro pacienta, odgovarjajo kolegi. Nihče pa ob tem ne pomisli, da to ni več v dobro pacienta, ker gre čas, ki ga porabimo za eno stvar, na račun druge. Dan pa ima le 24 ur.

Za obilico dodatnega dela sledi tudi nagrada. Prejeli smo jo tudi splošni zdravniki v obliki še več finančnih sankcij.

Vsakemu postane jasno, da je že skrajni čas za spremembo. Nemo-goče je v tako kratkem času delati toliko stvari kakovostno in strokovno dobro za pacienta in plačnika.

Kljub številnim novim obremenitvam se glavarine niso zmanjšale. Zmanjšalo se je število splošnih zdravnikov zaradi neustrezne kadrovske politike v preteklosti in neustrezne zakonodaje danes. Splošni zdravniki smo utrujeni. Vse pogostejše slišim vprašanje: Kako bomo zdržali?

V nekaterih predelih Slovenije zaradi pomanjkanja kadra opravljajo dvojno delo in poleg tega še dežurstva tudi po osemkrat mesečno. Je to sploh še človeško? Plačnik zahteva, da čakalnih dob v splošnih ambulantah ni oziroma le kakšen dan. Dostopnost do splošnega zdravnika se ni zmanjšala.

Že uvedba minimalne participacije bi zmanjšala pogostost obiskov.

Potrebno je zmanjšati obseg dela, posebno administrativnega, in ne dovoliti še dodatnega prenosa dela s specialistične ravni na splošno medicino. V nasprotnem primeru se bodo pojavljale napake, tako strokovne kot tudi administrativne. V primeru napake pa zdravnik odgovarja kazensko in odškodninsko. Že sama misel na to vodi v frustracijo.

Na primarni ravni je velika feminizacija poklica. Študija o umrljivosti zdravnikov, objavljena v Zdravstvenem vestniku leta 2000, je pokazala, da zdravnice na primarni ravni umirajo prej kot ostala ženska populacija. Ob tem se mi poraja vprašanje, ali zdravniki na primarni ravni resnično nismo toliko vredni, da bi se pri načrtovanju našega dela upoštevalo rezultate študij?

Upam, da vas je zgornji dopis, ki pa še vedno ne zajema vseh za-dolžitvev splošnih zdravnikov v skrbi za pacienta in plačnika, prepričal, da je čas za spremembe.

In še za konec: za vsakega pacienta zavarovalnica prizna zdravniku sedem minut.

Supermani ali hlapi?

Refleksija stvarnosti – take jih vidim

Marjana Šalehar

»Poslednjih petdeset let je bil poudarek na vzgoji otrok tako preobremenjen s psihološkimi dejavniki, da skoraj nismo videli moralnih vidikov. Posledica tega je bila, da so številni starši začeli dvomiti o lastnih načelih. Moralna načela so zaradi tega posredovali otrokom v znatno milejši obliki.«

Dr. Benjamin Spock: Vzgoja otrok v težavnih obdobjih

In kakšen je šolar v očeh neprizadetega opazovalca?

Stanujem poleg osnovne šole. Stik s stvarnostjo se prične takoj, ko stopim iz hiše. Par minut pred pričetkom pouka. Starši mrzlično drvijo s svojimi vozli, da otroci ne bi zamudili pouka. Vhod je skozi zaklonišče, tako da jih dostavijo prav do praga. Šolarji so zaspani in počasi zapuščajo varno zavetje. Starši jim pomagajo, kar povzroča zastoje. Drugi starši nervozno hupajo in tudi preklinjajo. Takšen je razburljivi začetek šolarjevega delovnega dne. Šolarji so prikrajšani za zanimiva doživetja na poti v šolo. Tudi starši, ki stanujejo na isti strani ulice, kakšnih sto metrov oddaljeni od šole, svoje otroke vozijo v šolo. Nekateri šolarji vseeno hodijo v šolo peš in namesto težke šolske torbe ali nahrbtnika uporabljajo voziček. Razmišljam, da so danes šolarji prikrajšani za mnoga pomembna doživetja. Na poti v šolo smo si ogledali marsikatero zanimivost, izmenjali novice, reševali naloge, se igrali in včasih tudi stekli. Socializacija je bila mnogostranska in je potekala sto na uro. Tako pa super varovane in zaradi tega neobgljene šolarje kasneje doleti kruta življenjska realnost v šoli, ko jih starejši šolarji odrivajo, izsiljujejo in včasih tudi zlorabljajo in mučijo.

V nadaljevanju svoje poti srečam četico srednješolcev, ki me na pločniku skoraj »zgazi«. Obzirno se jim umaknem na cesto, saj me niso niti opazili. Gledam jih, niso umiti, ne počesani, še vsi zaspani vlečejo prižgano cigareto. Dekleta pa so vseeno utegnili opraviti obvezno ličenje, najbrž kar na avtobusu. Po vsej verjetnosti brez zajtrka so vsi zgrbljeni, brez tonusa, kot rahlo dehidrirane rastlinice. Razmišljam, kako so pravzaprav nerodni in neusklajeni v svojem gibanju v prostoru, ko se niti ne uspejo izogniti oviram.

Končno pridem do avtobusnega postajališča in se povzpnem do svoje opazovalnice na ljubljanskem zelencu, moja pot je dolga. Na postaje prihajajo dijaki gimnazij, tehniških in ekonomskih ter poklicnih šol. Na naši poti je tudi nekaj dijaških domov. Včasih sem dijake različnih šol lahko razločevala po obnašanju, pogovorih in načinu oblačenja, danes to ni več mogoče. Globalizacija je izenačila vse mlade.

K sreči sem se uspela dokopati do svojega najljubšega sedeža. Morda se bo zdelo čudno, da je en sedež v avtobusu lahko boljši od drugih. Ta je, ker me ščiti od vseh strani. Sicer jo lahko dobiš po glavi s težkim nahrbtnikom, iztaknejo ti oko z nenadzorovanim dežnikom ali pa ti zarinejo komolec med rebra. Dijakom ni namreč nihče povedal, kako ravnaš z nahrbtnikom ali dežnikom, kadar se znajdeš v natrpanem prostoru ali avtobusu. Še najbolj me skrbi, kadar si dekle poleg mene ureja nohte na rokah s škarjicami in pilico za nohte. Vožnja zna biti zelo sunkovita z nenadnim pospeševanjem in zaviranjem. Včeraj sem imela srečo, da sem jo odnesla neomadeževana, kajti mimo mene so se »heblali« z dobrotami iz bližnje »prehranjevalnice«. Prvi je vihtel napol pogrizen sendvič s solato, paradižnikom in tunino, drugi se je oklepal hot doga, s katerega sta se cedila kečap in gorčica, dekle za njim pa je prigrizovalo kos pice, kjer se je raztopljeni sir odločil slediti zakonom težnosti. Nihče od njih ni bil opremljen niti s papirnatim prtikom, ki bi lahko vsaj za silo preprečil onesnaževanje po avtobusu.

Dvignem pogled in gledam, kako se pred menoj razporejajo »fatalke«. Hlače nosijo tako oprijete, da razločiš vrstico, ki tangice zadržuje na svojem

mestu. Pas od hlač je nekje nad sramno kostjo, na mestu jih ohranja širok, masiven kovinski pas, ki bi jim ga zavidal sam vitez Lancelot. Ko sedejo, se hlače pomaknejo navzdol in razgalijo ledveni predel in brazdo, ki loči obe ritnici. Z golo kože se neposredno dotikajo sedežev. V mrazu razkazujejo svoja odkrita oprsja v stilu Jane Mansfield. Tako razkošno oprsje pri sicer sestradanih dekletih zbuja mojo profesionalno radovednost. Izvedela sem, da poleg čudežnih push up nedrčkov in hormonske kontracepcije k temu zelo pripomore pitje piva v srednjih dnevni doзах. Če ne ješ nič drugega, se ne zrediš in poveča se samo tarčni organ. Le upati je, da se naši lepotni kirurgi še ne lotevajo posegov pri mladostnicah. Poleg modno naličenega obraza so sedaj lasje tisti, ki jim posvečajo največ pozornosti in nege, »ker se cenijo«. Črno laske in svetlo laske nosijo lase razpuščene skoraj do pasu, svobodno vihrajo naokoli. Z zapeljivimi gibi si odstirajo lase z obraza in pri tem mečejo glavo nazaj. Človek, ki sedi za tako lepoticco, dobi lase v nos in usta, če se ne utegne pravočasno presesti. Zamislite si lase, razprostrte po naslonjalu sedeža, mastne, s prhljajem, pozorni opazovalec včasih identificira tudi uši.

Fantje nosijo široke in dolge traperice, s katerimi pometajo po tleh. Pasu ne nosijo, tako da se »tur« vleče do kolenskih vdolbin. Športnih copat nikakor ne zavezujejo, tako da se za njimi vlečejo vezalke. Pravi mojstri so, da se ne spotaknejo in padejo. Srajce in majice so na pol v hlačah, napol pa dinamično mahedrajo naokoli. Zlasti so privlačne čepice, ki s šildom varujejo zatilje pred poškodbami. Lasje so rdeči, rumeni, oranžni, zeleni, v pramenih, zelo kratki na ježka ali pa dolgi do ramen. Pri obeh spolih je zelo priljubljena rastafri frizura. Da ti spletoje vse tiste kitke, je kar drago, stane toliko kot najnižja mesečna plača v državi. Frizuro lahko pereš pod tušem, kitk se pa znebiš samo s striženjem na nulo. Gel za utrjevanje pričeske se uporablja v velikih količinah, tako da lase oblikuje v perjanico. Deodorant in milo se ne uporabljata dosti. Kovinski obročki krasijo ušesa, nosove, obrvi, popke in še kaj.

Ko se tako urejeni udobno namestijo in okončine zvijejo malodane za vrat, je čas za komunikacijo. Na dan pridejo mobilni telefoni vseh oblik, velikosti in barv. Pretežno se dogovarjajo, kaj bodo danes špricali in česa ne znajo. »Stari« je dolgočasen in zajeban in tudi neumen, saj se ni treba nič učiti, pa vseeno lahko pade dobra ocena. Če jim gre verjeti, se skoraj nihče nič ne uči. Učenje je sramota, pa tudi časa ni za to, ker je treba vsaj trikrat na teden pošteno žurirati. Toda k uri določene profesorice bodo pa vsi šli, ker je ona taka »faconka« in te veliko nauči. Ali pa vsi cvikajo, ker se začne spraševanje za ocene. Najbolj zanimivo pa je dogovarjanje za skupno učenje, kakor temu danes pravijo. Dobila se bosta, ko starci »odmaglijo« na vikend. Zelo pomemben je tudi kraj, kjer bo tako učenje potekalo: soba, kuhinja, klet. Sicer se gremo v zelencu »do nazga«. Dekleta si pripovedujejo, kako in kje ter s kom so izgubila tako imenovano nedolžnost. Kdo in zakaj je koga pustil, koga si bi privoščila. Dekleta so pri tem brez zavor, fantje o tem ne govorijo javno. Fantje dekleta sramežljivo osvajajo s pripovedovanjem o tem, kako so bili v nečem slabi. Kaže, da so v trendu luzerji. Občudovanja vredni so tisti, ki se ne zmenijo za nič. Dobre rezultate na testu dosežejo po načelu »slepe kure« ali pa so slučajno vedeli pravilni odgovor pri spraševanju. Ko se družina porazgubi in ostanejo samo še posamezniki, gledam obraze, na katerih se zrcali obup, žalost, razočaranje, jeza in včasih steče tudi kakšna solzica. Grizenje nohtov je edina dostopna tolažba.

Sem in tja je razporežen mladim na zelencu še posebno iskrivo. Zadnjič so zasedli prvo polovico avtobusa. Na prehod so razporedili nahrbtnike in športne torbe in se imenitno zabavali, ko so starci nerodno vijugali med njimi. Niti enkrat se ni zgodilo, da bi jih opomnil voznik ali sami potniki.

Avtobusi so onesnaženi z vsemi vrstami izločkov, s prilepljenimi žvečilkami. Na hrbtišča sedežev so vpraskana razna porno gesla, po podpisih sodeč jih ustvarjajo fantje in tudi dekleta.

Tudi pogled skozi okno utegne biti zanimiv in poučen. Tik ob eni izmed šol na naši poti se nahaja montažni bife, kjer se mladina še pred poukom krepča s kavico in cigareto. V času malice si poleg polmetrskega sendviča ali rogljiča privoščijo še pollitrsko steklenico piva. Vozimo se tudi mimo kavarn in slaščičarn, kjer mladina sredi dopoldneva zabija svoj čas in se »socializira«.

V času kosila jih je žalostno gledati, kako kar ne ulici, avtobusnem postajališču, sloneč na ograjah stavb ali sedeč na pločniku použijejo svoje suho kosilo. Trenutno je najbolj priljubljen kebab. Kebabžnice se namreč odpirajo po vsem mestu z neverjetno hitrostjo v bližini šol. Ob vsem tem se zdijo navodila, kot so: jejte sadje in zelenjavo petkrat na dan in čimbolj različnih barv naj bo, neuresničljiva.

Moj pogled se vrne v avtobus. Ozrače je nasičeno s spolnostjo: malo petinga, malo cmokanja, malo ročnega dela, pa je. Zlasti so opazni pari deklet, ki se prav demonstrativno ljubijo v javnosti. Mladina je od vse te aktivnosti utrujena, pa malo drema na svojih sedežih. Jaz pa se bližam svoji izstopni postaji. Na pločniku kleči mlado dele, po tleh je stresla vsebino svojega nahrbtnika in živčno brodi po njej. Končno je našla zvoneči ali brneči mobi, da lahko kar tam, na zamazanih tleh, komunicira. Ob tem je razgalila svojo zadnjo plat in starejši gospodje cedijo sline. Očitno to zelo moti starejše gospe. Zopet pridem pred šolo, ko se iz nadstropja zasliši: »Saj si čisto gola, saj kažeš rit.« Deklica, mogoče ima 10 let, si brez zadrege potegne hlače navzgor, sošolci se režijo. Ravnateljica neke šole mi je zaupala, da so jo fantje prišli poklicati, češ naj gre gledat »nastavljake«. Šla je za njimi in zagledal, kako se dekleta na galeriji napol gola očitno razkazujejo in se nastavljajo fantom. Zaupala mi je tudi, da v šoli seksajo kot zajci, na igrišču, zelenici in v toaletnih prostorih. Pravi, da so nemočni, da tega pojava ne morejo preprečiti. Raziskave kažejo, da ta trenutek v Sloveniji dekleta živijo mnogo bolj tvegano od fantov, v smislu pitja alkoholnih pijač, kajenja in tveganih spolnih odnosov. To potrjuje tudi visoka prekuženost s klamidijo. Res pa je, da ima danes mladostnik mnogo več priložnosti, da dobi ali zamenja injekcijsko iglo, kot da pride do kondoma.

Grem naprej, tik pred vhodom v mojo stavbo so trije starejši šolarji obstopili malega šolarja, ki gleda v tla, posmrkuje in menca. »No, kaj je zdaj, ali si prinesel?« se zasliši. Stopim bliže, da bi ugotovila, za kaj gre, vendar se fantini takoj razidejo. Pred kratkim sem bila na šoli na nekem sestanku s starši. Pritoževali so se nad razpečevanjem drog in nasiljem. Otrok si sploh ne upajo pustiti samih na ulico, toda le kdo jih bo ščitil v šoli in njeni okolici?

Drugo plat tega prekipelavčega, veselega dijaškega življenja doživljam pri vsakdanjem delu v ordinaciji. Tam padajo maske. Glavoboli, krči, bolečine pri srcu, bolečine v prsnem košu, bolečine v križu, zaprtje, driska, boleče mesečno perilo, adinamija, nesposobnost koncentracije za učenje, izoliranost. Nesmiselne zahteve po vseh mogočih zdravniških opravičilih, saj ne zmorejo zadostiti zahtevam šole. Starši neobgleno in nemočno »bingljajo« zraven, nesposobni, da bi se z menoj pogovorili ali nudili šolarju najmanjšo oporo. V primeru bolezni ne vedo povedati ničesar. Tudi merjenje temperature telesa ni več v modi, saj otrok na njen dotik ni imel vročine. Ko jih pošljem k sestri merit temperaturo, so užaljeni in mislijo, da jih zafrkavam.

Težko mi je, ko poslušam mamo petnajstletnice, ki tehta 35 kilogramov, kako njena hčerka ogrooomno poje, ampak je pač take sorte, da se ne zredi. Ko pride naslednjič še s kakšnim kilogramom manj, pa gospo povprašam, kdaj jo je nazadnje videla jesti, se izkaže, da tega ne vidi, ker imajo pač tak urnik, da ne jedo skupaj. Toda dekle poje vse, kar ji pripravi.

Še bolj žalostno je, ko mi pripeljejo šestletnega prv-črva, ki tehta 45 kilogramov. Ko se pogovarjamo o njegovem prehranskem režimu, se izkaže, da poje in popije okoli 5000 kilokalorij na dan. Veliko se poti, stalno je žejen, že s sladkimi mehurčki vsrka po 2000 kilokalorij. Kako pa je zjutraj? Zjutraj ne zajtrkuje, nato ima v šoli »zdravo malico« – sendvič ali pico ali rogljiček, pa kakav ali gosti sok – in šolsko kosilo. Nato pride do-

mov in preden mama skuha, je ura pet popoldne. Vmes sendvič, po kosilu čokolada ali piškoti, zvečer zopet sendvič. Tudi domača kosila niso ravno zdrava. V glavnem se uporablja cvrtnik. Zelenjave bolj malo, saj so z njo trgovine bolj slabo založene. Na trg redko kdo zaide in še to lahko šele ob sobotah. Večina se hrani s hidroponično in drugo plastično in neokusno nesnago, za katero se zdravnik vpraša, ali je res pametno, da priporoča jesti čim več zelenjave in sadja. Potem, ko porabim veliko časa, da njej povem, kako naj hrani svojega nadebudneža, mi reče: »Veste, saj on zahteva tako hrano, jaz sem pri tem čisto nemočna.« Da bi mulček kaj mignil, je seveda nemogoče, ker stalno »dela« na računalniku in čepi pred televizorjem kar nekaj ur na dan.

Naneslo je, da sem s svojim mačkom sedela v čakalnici pri veterinarju in poslušala pogovore lastnikov mačk in psov o svojih ljubljenceh. Bila bi vesela, če bi starši mojih šolarjev vedeli toliko povedati o njih in o poteku njihove bolezni. Bo že držalo tisto, kar pravijo, da je otroški zdravnik veterinar za otroke in psihiater za starše.

Sodeč po tem, kolikokrat mladenke pridejo k meni po postkoitalno kontracepcijo, ker se jim je strgal kondom, so kondomi v veliki in splošni uporabi. Podatki kažejo, da temu ni tako.

Dekle komaj 14 let pride k meni z nejasnimi trebušnimi težavami. Ko jo vprašam po zadnjem perilu, ne ve odgovora, ko jo vprašam za menstrualni koledarček, ga nima, čeprav naj bi ga vsa moja dekleta vodila. Šele pregled urina razkrije skrivnost. Ginekolog ugotovi osem tedensko nosečnost. Kaj pa zdaj? Najhuje je, da bodo zvedeli starši. »Pa saj sploh nisva seksala, no ja, kar tako, malo iz firbca.«

Spolne in spolno prenosljive bolezni nastanejo tudi samo kot emanacije. Na vsakem koraku neobglenost, nepoučenost, strah pred starši.

Nikoli ne bom pozabila mame, ki je zelo skrivnostno in malo v zadregi prišla v imenu bodočih birmank. Želele bi skupinsko prestaviti menstruacijo. Ko nisem dobro razumela, za kaj gre, me je poučila: »No, saj veste, bela obleka, pa tangice, pa to. Nerodno je, če bi se kaj pokazalo.« Moja kategorična odklonitev me je takoj spravila ob šest glav.

Pregledi v ordinaciji razkrivajo pomanjkanje samozvesti, dostojanstva, zdravorazumskih meril, samospoštovanja. Ob poškodbah se pokaže vse pomanjkanje tovarištva in tudi etike.

Vsega imajo dovolj, le vzgojenosti in lepih manir ne premorejo! Obleka, ki jo nosijo, in življenjski slog, ki ga živijo, očitno škoduje zdravju. Imela sem priložnosti videti vzdolžno narezan jezik zato, da je podoben kačjemu, spet s kovinskim obročkom. Piercinge na vseh mogočih in nemogočih mestih: na obrveh, jeziku, nebnih lokih, nosu, ušesih, popku, sramnih ustnicah in ščetavčku ter na prsnih bradavicah. Britje, barvanje in urejanje sramnih dlak, zaradi tega zagnjeno mednožje. Zaradi pretesnih hlač vnete ingvinalne bezgavke. Trenje grobe tkanine traperic, ki se ne smejo nikoli oprati, ob kožo povzroča gnojni folikulitis na stegnih in ritnicah. Ob hudem mrazu obleka odaliske s skoraj golim trupom pač škodi. Vendar dekleta ne dobijo pljučnice zaradi mraza, ker jih pač ne zebe. Samo bežno bi omenila vnetje spolovil mladih zaradi pomanjkljive higiene. In s tem povezana pogosta vnetja sečil tudi pri fantih. Veliko je slabokrvnosti zaradi veganstva in vegetarijanstva. Zaradi pomanjkanja vitaminov se pojavlja tudi vnetje kože in sluznic. O kasnejših problemih zaradi osteoporoze raje ne razmišljam.

V tem prispevku je bil moj namen pridržati ogledalo mladim, ker jih cenim in spoštujem, kljub vsemu, saj niso sami krivi za to stanje in veliko trpijo, ko se iščejo. Oni so končno naša prihodnost! Pomagati jim moramo, saj je veliko staršev pri vzgoji odpovedalo iz različnih razlogov. Guruju vzgoje v preteklem stoletju, dr. Banjaminu Spocku, lahko kar verjamemo.

Zavedati se moramo, da so v 20. stoletju padli skoraj vsi tabuji. Ničesar svetega več ni, edino sveto je še otrok, ki je na piedestalu, ki ga ne potrebuje, potrebuje pa našo pozornost in dobro vzgojo. Namesto tega mu je dovoljeno vse. Nič ni več resnično. Čarovniški vajenci so razstavili svet in vse živo v njem na prafaktorje. Ni ga več, ki bi znal vse to zopet sestaviti, ker so razstavili tudi samega Mojstra Čarovnika. Čudovita, nežna vezzenina življenja se razkraja, kar ne prenese pralnih strojev in encimskih pralnih praškov.

Pričeti je potrebno zopet na začetku, pri vzgoji mladih! ■

Kohlearni implantati (1996 do 2007)

Miha Žargi, Jagoda Vatovec, Anton Gros, Boštjan Lavrenčak, Saba Battelino, Branka Alčin

Specialisti otokirurgi so v ponedeljek, 28. maja 2007, ob 8.30 vstavili 18-mesečnemu otroku polžkov vsadek. To je bila že 150. kirurška vstavitev polževega vsadka, ki so jo pričeli izvajati na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo Kliničnega centra Ljubljana že leta 1996. Že nekaj let prej je bila ustanovljena skupina za polžkov vsadek, v kateri so bili avdiolog, otokirurg, nevrofiziolog in defektolog, ki je izpeljala usposabljanje na priznanih evropskih klinikah in poiskala odgovore na številna, vsaj za naše okolje, nerešena strokovna vprašanja. Do danes je 149 oseb prejelo tovrstni medicinski pripomoček, od tega 110 otrok in 39 odraslih. Najmlajši je bil ob operativnem posegu star 11 mesecev, najstarejši pa 62 let.

Okvara sluha vpliva na sporazumevanje, pridobivanje in izmenjavo informacij, zmanjšuje posameznikovo učinkovitost za delo ter vpliva na kakovost življenja. Prirojena odsotnost sluha ima poseben pomen in posledice, saj sluh pripomore ne samo k razvoju govora, ampak tudi k razvoju čustvenih in intelektualnih sposobnosti posameznika. Pri osebah, ki imajo od rojstva ali zgodnje mladosti okvaro sluha, je pomanjkljivost jezika in govora neposredno povezana s časom nastanka in stopnjo okvare sluha. Za pomoč osebam z okvarjenim sluhom obstajajo različni tehnični pripomočki. Ko notranje uho ne deluje, uporabimo stimulacijo slušnega živca z električnim tokom – polžev vsadek. Te naprave so se tekom štiridesetletnega razvoja izpopolnile in danes omogočajo ne le zaznavanje zvoka, ampak tudi razločevanje govora. Določitev oseb, primernih za rehabilitacijo s polžkovim vsadkom, temelji na rezultatih vrste preiskav, kot so avdiološke, rentgenske in nevrofiziološke, ki morajo pokazati hudo obojestransko okvaro sluha, pri kateri slušno prizadeti nima koristi od slušnih aparatov, po drugi strani pa mora imeti ohranjeno nitje slušnega živca in osrednjih slušnih poti. Z ozirom na to, da je notranje uho dokončno razvito ob rojstvu, navadno ni težav z vstavitvijo elektrode v polža že pri zelo majhnih otrocih. Zapleti niso nič večji kot pri drugih operativnih posegih v srednjem ušesu. Obstaja pa večja nevarnost poškodbe obraznega živca pri prirojeno gluhih otrocih, saj je v teh primerih večja možnost, da živec poteka v senčnični kosti nepravilno. Težji zapleti zahtevajo odstranitev polžkovega vsadka in ponovno vstavitve. Po operativnem posegu in nastavitvi zunanega dela naprave so potrebne vaje v poslušanju in govoru, ki pripomorejo, predvsem pri od rojstva gluhih, k prepoznavanju in razumevanju zvokov okolja, pa tudi govora.

Kirurško vstavitve polževega vsadka smo pričeli izvajati na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani leta 1996 in do danes je 149 oseb prejelo tovrstni medicinski pripomoček. Leta 1996 smo 6. marca opravili prvo implantacijo odraslemu moškemu (implantacijo je opravil prim. Janez Zupančič, dr. med.) in 7. marca smo opravili prvo implantacijo tri in pol leta staremu otroku (implantacijo je opravil doc. dr. Anton Gros, dr. med.). Leta 1997 smo opravili štiri

implantacije, leta 1998 smo opravili šest implantacij, leta 1999 smo opravili 14 implantacij, leta 2000 smo opravili 14 implantacij, leta 2001 smo opravili prav tako 14 implantacij, leta 2002 smo opravili 22 implantacij, leta 2003 smo opravili 20 implantacij, leta 2004 smo opravili 22 implantacij, leta 2005 smo opravili 15 implantacij, leta 2006 smo opravili le 10 implantacij in letos do danes šest implantacij. Najmlajši je bil ob operativnem posegu star 11 mesecev, najstarejši pa 62 let. Vsi so prejeli večkanalne polževe vsadke. Mesec dni po operativni vsaditvi smo priključili in nastavili govorni procesor. Vaje poslušanja in govora so pri otrocih izvajali izkušeni defektologi. Paciente smo sledili od treh mesecev do 10 let. Ovrednotili smo vzroke gluhosti, čas nastanka izgube sluha, obdobje oglušlosti do vstavitve polževega vsadka, starost ob vsaditvi, zaplete med in po operativnem posegu ter ocenili uporablanje naprave v vsakodnevem življenju z vprašalnikom (ali uporablja polžev vsadek vsakodnevno ali občasno, ali ga uporablja celodnevno ali nekaj ur na dan, ali ga uporablja le pri pouku, ali ga uporablja v mirnem okolju doma ali tudi v hrupnem okolju – na cesti, ali ga uporablja le v dvogovoru ali v družbi več oseb). Na vprašanja so odgovarjali sami uporabniki polževega vsadka oziroma pri majhnih otrocih njihovi starši. Med samim kirurškim posegom ni bilo zapletov, razen pri otroku z razvojno napako polža, kjer je prišlo do iztoka cerebrospinalne tekočine, a je kljub temu uspea vstavitev elektrode in ustavitve iztoka.

Najpogostejši vzrok gluhosti je pri naših implantirancih podedovana okvara sluha. Zastoj v zorenju med stopnjami embriogenetskega razvoja notranjega ušesa povzroči različne morfološke oblike. Hudo okvaro sluha kot posledico bakterijskega meningitisa pričakujemo pri petih odstotkih zbolelih. Čeprav poročajo o posledičnem zakostenevanju polža in s tem onemogočeni vstavitvi elektrode, pri naših devetih pacientih, oglušelih zaradi gnojnega meningitisa, tega nismo opazili.

Obdobje gluhosti je bilo pri večini (52,72 odstotka) krajše od petih let, kar je v skladu s številom otrok, ki so prejeli polžev vsadek. Zgodnja vsaditev polževega vsadka in vzpostavitev sluha v prvih letih življenja pri od rojstva gluhih ima bistveno boljši izhod, kot če je to obdobje zamujeno. Tako tudi mi ugotavljamo, da so od rojstva gluhi, ki so prejeli polžev vsadek v prvih petih letih, dosegli bistveno boljše rezultate pri oceni poslušanja, kot tisti, ki so bili gluhi daljši čas. Dovzetnost živčnega sistema za glasovno razločevanje, pomenoslovje in skladnjo ni časovno neomejena, ampak je povezana z določenimi časovnimi razdobji v življenju posameznika. Zato ima sluh v otroštvu poseben pomen pri razvoju govora in jezika. Tako ugotavljajo, da se že obdobje bebljanja pri gluhem dojenčku prične kasneje kot pri normalno sliščem. Prej ko okvaro sluha ugotovimo, prej lahko začnemo z zdravljenjem in rehabilitacijo, manjše so negativne posledice. Zato je potreben dejavni pristop zdravstvene službe in uvedba presejalnega testa na okvaro sluha pri vseh novorojenčkih. Leta 1998 sta Evropsko avdiološko združenje in Evropsko združenje perinatalne medicine sprejeli priporočilo o uvedbi presejalnega testa na okvaro sluha pri vseh novorojenčkih. Tako izločeno manjše število sumljivih na okvaro sluha je potem potrebno natančneje pregledati. Nekaterе države so vsesplošni presejalni test na okvaro sluha tudi uzakonile. V Sloveniji smo pričeli s presejanjem novorojenčkov na

okvaro sluha leta 1999, a še vedno se v nekaterih porodnišnicah test ne izvaja oziroma se izvaja le pri tistih novorojenčkih, ki so v enotah intenzivne nege in terapije.

Naši implantiranci niso homogena skupina, kar vpliva na rezultate slušnih sposobnosti. Najuspešnejši so dosegli razumevanje govora preko telefona. Uspeh usposabljanja s polževim vsadkom pri odraslih gluhih je boljši, če izguba sluha nastane kasneje v življenju, če ni dolgotrajna in če se razvija postopoma. Integracija v redni izobraževalni sistem je premo sorazmerna starosti ob vstavitvi polževega vsadka. Vsi, ki polžev vsadek uporabljajo, zaznavajo zvoke okolja, kar jih vključuje v svet zvoka in zmanjšuje občutek osamljenosti.

Rezultati slušnega razumevanja s polževim vsadkom so najboljši pri odraslih osebah, ki so bile gluhe manj kot dve leti, a vzpostavitev slušne poti pri od rojstva gluhih otrocih odločilno vpliva na njihov nadaljnji razvoj in jim spremeni način življenja. Z uvedbo enotnega presejalnega

testa na okvaro sluha pri vseh novorojenčkih v vseh slovenskih porodnišnicah se omogoči zgodnje odkrivanje gluhosti, zgodnja vstavev polževega vsadka in pravočasna rehabilitacija.

Razpr. 1. Slušno razumevanje oseb s polževim vsadkom

Slušno razumevanje:	%
Ni zaznavanja zvokov okolja	0
Zaznavanje zvokov okolja	100
Zaznavanje glasov	96,29
Prepoznavanje zvokov okolja	94,44
Razumevanje enostavnih izrazov z branjem z ustnic	79,62
Razumevanje preprostega pogovora brez branja z ustnic	37,96
Uporaba telefona	12,96

Usoda slovenske zdravnice Nade Slavik (1895–1924) v Trstu

Euro Ponte

Sosedski odnosi nas bogatijo, še posebej, če govorimo o področjih, kjer so (ali še) v diaspori živeli slovenski intelektualci. Tržaški zgodovinar medicine prof. dr. Euro Ponte je z namenom boljšega povezovanja med Trstom in Ljubljano Inštitutu za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani ponudil v objavo italijansko besedilo o slovenski zdravnici Nadi Slavik. Besedilo, prevedeno v slovenščino, ponujamo bralcem Izide.

Nada Slavik je bila zdravnica v Trstu v začetku dvajsetih let 20. stoletja. Umrla je mlada, saj je po diplomi delala kot zdravnica samo štiri leta.

Po končani prvi svetovni vojni od novembra 1918 dalje sta imela Trst in tržaška pokrajina vojaško upravo. Leta 1921 je bilo mesto priključeno Kraljevini Italiji in v maju so bile politične volitve, v januarju 1922 pa še upravne.

Življenje v Trstu se je počasi umirjalo, čeprav so bile okoliščine popolnoma spremenjene zaradi ran, ki jih je povzročila vojna in zaradi epidemije gripe, ki so jo imenovali »španska«. Časi niso bili lahki. Fašizem in njegov pohod na Rim, ki se je zgodil 28. oktobra 1922, je v Trstu oblikoval oblast skupaj z liberalnimi nacionalisti.

Ob priključitvi Trsta Kraljevini Italiji so njeni zakoni začeli veljati tudi v tako imenovanih »osvojenih deželah«. Zdravniška zbornica

je bila v Italiji ustanovljena z zakonom št. 455 z dne 10. 7. 1910. Leta 1922 je zakon začel veljati tudi na novih ozemljih. Prvi predsednik tržaške zbornice je bil Guglielmo de Pastrovich, od 1924 do 1925 pa Renato de Porenta.

Podatke o članih zbornice so vodili in hranili na sedežu zbornice in so še danes delno dosegljivi v ustreznih registrih. Med dokumenti, shranjenimi na sedežu zbornice kirurgov in zobozdravnikov na Trgu Goldoni 10, so tudi tisti iz prvih let delovanja zbornice. Te seznane smo želeli pregledati in ugotoviti delež žensk med tedanjimi člani, ki so bile tedaj tako maloštevilne v primerjavi z današnjim časom. Hkrati smo želeli povzeti nekatere lastnosti teh redkih žensk, ki so se tedaj odločile za zdravniški poklic.

Leta 1922 je bilo v register zbornice vpisanih 282 članov, med katerimi je bilo le pet žensk, štiri delujoče v Trstu in ena, ki se je 11. septembra preselila v Padovo. To je bila Ernestina Maver Legat, ki je diplomirala v Padovi, drugih podatkov o njej ni na voljo. Od ostalih štirih so tri vpisane kot »zdravnice z zasebno prakso« in ena kot bolnišnična zdravnica. Med tremi, ki so samostojno opravljale poklic, so bile Ida Furlani Mayer, rojena v Trstu leta 1891, diplomirala je na Dunaju; Nada Slavik, rojena na Proseku leta 1895, ki je diplomirala v Pragi; Vanda Weiss, rojena leta 1892 v Pakracu v Slavoniji, ki je diplomirala na Dunaju. Bolnišnična

zdravnica je bila Evelina Rawicz, rojena leta 1888 v Lvovu (Leopoli), ki je diplomirala na Dunaju. Leta 1923 je bilo v zbornico vpisanih 291 članov in imenovane štiri zdravnice. Leta 1924 so bili vpisani 303 člani, od tega šest žensk, štiri prejšnje in dve novi. Obe sta imeli zasebno prakso. Ondina Cipriani je bila rojena v Trstu leta 1886 in je diplomirala v Torinu, Maria Scrivanich je bila rojena leta 1889 v Zadru in je diplomirala v Padovi. Nada Slavik je umrla 11. junija 1924, stara komaj 29 let.

Naslednje leto v seznamih ni več podatkov o vrsti delovanja in ne rojstnih podatkov. Hkrati je bilo predpisano, da veljajo le diplome italijanskih univerz. Leta 1925 je bilo v zbornici 333 vpisanih in med njimi dve novi ženski: Maria Piazza, ki je diplomirala leta 1924 v Bologni, in Vanda Sencovich Sedmak, ki je diplomirala leta 1923 v Padovi.

Leta prehodnega obdobja so bila nesporno povezana s prvo svetovno vojno in z vsemi značilnimi problemi pojvne dobe, s katerimi so se soočali naši kraji. Zato se nam je zdelo zanimivo pogledati v tako zelo prekratko življenje slovenske ženske v Trstu, ki je izbrala medicino za svoj poklic. Zdelo se nam je vredno obuditi spomin na to kratko življenje, ki je pripadalo ugledni slovenski družini češkega izvora. Družina je bila zelo znana in dejavna na različnih področjih tedanjega družabnega življenja slovenske skupnosti v Trstu.

Življenjepisni zapisi o zdravnici Nadi Slavik ♦

Praded, Jan Slavik, je bil rojen leta 1783 v Nestopovu na Češkem. Bil je glasbenik in skladatelj, ki se je leta 1814 preselil med Slovence. Učil je po raznih slovenskih krajih, se poročil in imel pet otrok. Med njimi je bil tudi Karel, Nadin dedek. Po Janovi smrti v Postojni leta 1842, se je družina preselila na Prosek. Nada je bila prvi otrok Edvarda, enega izmed šestih Karlovih otrok. Rodila se je na Proseku 3. julija 1895. Osnovno šolo in gimnazijo, kjer so učili v nemškem jeziku, je obiskovala v Trstu. Po gimnaziji se je vpisala na univerzo v Gradcu in po koncu prve svetovne vojne nadaljevala s študijem v Pragi. Diplomirala je 20. marca 1920.

Ustno izročilo družine govori o zanimanju za okulistiko ali morda psihiatrijo. V svoji kratki poklicni dobi je Nada delala kot prostovoljka – očesna zdravnica v Slovenski skupnosti vzajemne pomoči Cirila in Metoda. Poročila se ni. Umrla je za kostno tuberkulozo 11. junija 1924 in je pokopana v družinski grobnici na Proseku.

Motivacijo za študij medicine je morda našla v želji, da bi pomagala sestram Vlasti in Slavici in tudi sebi, da bi razumela bolezen in jo zdravila. Kostno tuberkulozo je namreč imelo več članov njene družine. Sestra Vlasta je zbolela za kostno tuberkulozo v letu 1912 ali 1913 in je umrla 1915. Slika iz leta 1914 jo prikazuje v sanatoriju, verjetno v Afenzu. Sestra je bila leta 1913 najbrž že bolna, ko se je Nada vpisala na študij medicine v Gradcu. Druga sestra Slavica je zbolela med študijem kemije v Gradcu, kamor se je vpisala leta 1914 ali 1915. Slavica je umrla v Trstu med epidemijo »španske« gripe leta 1919.

Nadin oče Edvard Slavik, rojen na Proseku, je obiskoval gimnazijo v Trstu, pravo je študiral na Dunaju in po diplomi je deloval kot odvetnik v Trstu. Politično je bil zelo dejaven. Bil je član uprave slovenskega časopisa »Edinost« in predsednik njegove tiskarne. V prvih letih prejšnjega stoletja je bil tudi predstavnik slovenske skupnosti v tržaškem občinskem svetu. Kot član slovenske politične skupnosti Edinost je bil v delegaciji,



ki se je leta 1920 po požigu Narodnega doma sestala z vlado Giolittija.

Mati Antonija Lavrenčič je bila učiteljica, vendar je po poroki prenehala z delom. Tudi ona je bila dejavna v skupnostih slovenskih žensk in je pisala za »Edinost« pod psevdonimom »B«.

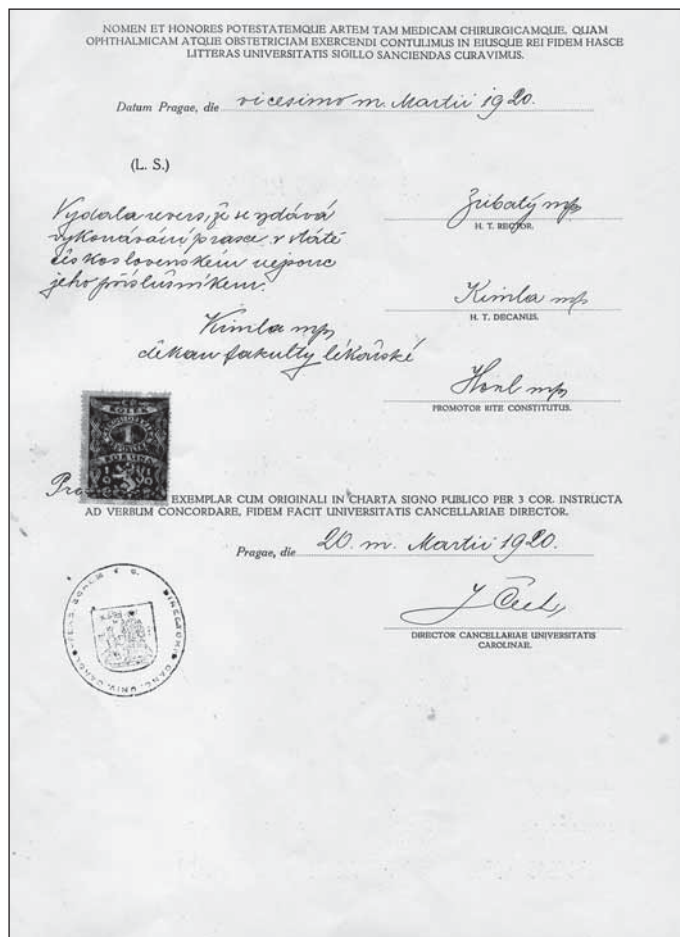
Zanimivi in vredni pozornosti so tudi življenjepisi dveh bratov in treh sester. Vseh pet je pripadalo izobraženskemu krogu in bilo družbeno aktivnih. Brat Slavoj se je rodil 1896 in je obiskoval gimnazijo v Trstu. Po vojni se je vpisal na univerzo v Zagrebu in nato na univerzo v Sieni, kjer je tudi diplomiral. Po očetovi smrti je prevzel njegovo odvetniško pisarno. V zakonu so se mu rodili trije otroci, dva sina in hčerka. Leta 1941 je bil na fašističnem sodišču obsojen na 15 let zapora. Leta 1944 so ga internirali v koncentracijsko taborišče Mauthausen, kjer je leta 1945 tudi umrl. Sestra Slavica se je rodila v Trstu leta 1897, kjer je obiskovala gimnazijo in se

nato vpisala na fakulteto za kemijo v Gradcu. Študija ni zaključila, saj je zbolela za tuberkulozo in je umrla v Trstu leta 1919. Druga sestra Vlasta se je rodila v Trstu leta 1898. Obiskovala je gimnazijo v Trstu (5. ali 6. razred), ko je zbolela za tuberkulozo in umrla v Trstu leta 1915. Brat Boris se je rodil v Trstu leta 1901, kjer je obiskoval osnovno šolo in gimnazijo (nemško do leta 1917, slovensko v letih 1918 in 1919). Po vojni je leta 1919 opravil zadnji letnik v Mariboru in maturiral leta 1920.

Vpisal se je na vojaško akademijo v Beogradu in je odtlej ves čas živel v Jugoslaviji. Bil je častnik hidroaviacije v Dalmaciji in je po drugi svetovni vojni zapustil vojaščino. Zaposlil se je kot glasbeni učitelj in postal ravnatelj glasbene šole, saj je v mladih letih obiskoval konservatorij. V zakonu se mu je rodila hčerka. Leta 1987 je umrl v Sežani. Najmlajša sestra Dušica je bila rojena v Trstu leta 1902. Osnovno šolo in nemško gimnazijo je obiskovala v Trstu do leta 1917, po vojni slovensko gimnazijo v Trstu, v šolskem letu 1918/19 je obiskovala gimnazijo v Mariboru, kjer je leta 1920 tudi maturirala. Vpisala se je na Ekonomsko poslovno fakulteto v Trstu. Ta je bila tedaj edina univerzitetna ustanova, ki je obstajala v Trstu. Na njej je kot prva ženska diplomirala leta 1924. V zakonu sta se ji rodila sin in hčerka. Umrla je v Miranu leta 1979.

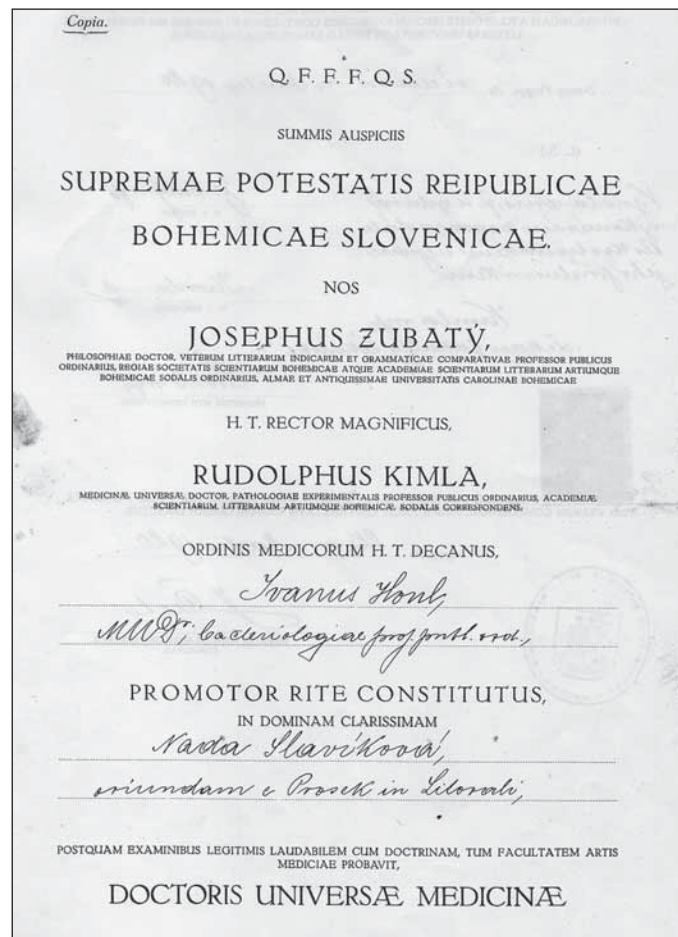
Iz obdobja od 1920 do 1924 je o Nadi malo zapisov. Iz dokumentov brata Borisa in iz slike zdravnikov tistega obdobja lahko zaključimo, da je živela mlada zdravnica običajno življenje ljudi tistih dni. Dneve je preživljala ob morju, praznike z družino: leta 1919, leta 1920 bivanje s sestro Dušico na Bledu. Morda je to tudi prvo znamenje začetka tuberkulozne bolezni. Septembra 1922 je bila nekaj časa v gostišču v Poljčah blizu Bleda, kjer je iz seznamov razvidno, da je bilo nekaj bolnih in med njimi tudi dekleta z boleznijo pljuč.

Mladi Tržčani, ki so želeli študirati medicino, so se pogosto odločali za univerzi v Gradcu in na Dunaju. Veljava obeh univerz in relativna bližina Trstu sta bila zadostna motiva za takšno odločitev. Študij v nemškem jeziku tedaj ni predstavljal ovire, saj je bila tedaj nemščina eden uradnih jezikov v državi in se je pogosto poučevala tudi na šolah srednje stopnje. Spomnimo se, da je od leta 1866 skupnost Lombardo Veneta v kraljevini Italiji dovoljevala tržaškim študentom italijanske narodnosti, da so šli študirat v Padovo, čeprav je Trst tedaj predstavljal tujino. Zato je bilo bolj preprosto iti na najbližjo univerzo, ki je bila v Gradcu. Univerza v Pragi je bila najdlje, vendar najbolj znana, ker je bila Praga za Dunajem drugo najpomembnejše mesto avstro-ogrske monarhije. Univerza v Pragi je imela tradicijo, sloves si je pridobila z napredno medicinsko fakulteto. Študij je potekal v nemščini in češčini.



Leta 1347 je papež Klemen VI. s svojo bulo ukazal, naj se v Pragi razvije splošni študij s štirimi fakultetami: za svobodne znanosti, medicinska, pravna in teološka fakulteta. Naslednje leto je Karel IV., cesar Svetega rimskega cesarstva in kralj Češke, podpisal ustanovno listino univerze v Pragi. Ko so leta 1773 ukinili jezuitski red, ki je vodil praško univerzo, je ta postala državna. Leta 1781 je bil dovoljen vpis tudi nekatolikom. Leta 1848 so študentje zahtevali, da študij v češčini postane enakovreden tistemu v nemščini. Leta 1882 nastaneta dve univerzi, češka in nemška. Leta 1920 je češka univerza prevzela ime Karlova univerza.

Usoda zdravnice Nade Slavik, ki je umrla leta 1924 stara komaj 29 let, ni bila nenavadna v primerjavi z usodami ljudi tistega časa. Zaradi tuberkuloze so tedaj umirali zelo mladi. Ob koncu 19. in v začetku 20. stoletja ni bilo nič čudnega, če so ljudje zbolevali za tuberkulozo. Etiologija bolezni ni bila več skrivnostna, poznali so njen kužni značaj. Leta 1882 je Koch ugotovil, da je povzročitelj tuberkuloze mikobakterija, ki se odtlej imenuje *Mycobacterium tuberculosis* ali Kochov bacil. Stalna prisotnost bakterije v okuženem materialu pojasnjuje kužnost in razširjenost bolezni. Koch je na mah odpravil ostale hipoteze, kot so tiste o tumorskem izvoru bolezni ali o bolezni degenerativne narave z občasnimi vnetnimi epizodami. Identifikacija bacila pa ni bistveno spremenila naravnega razvoja bolezni in ni ustavila njene smrtnosti. Čeprav so se določene stvari izboljšale, v prvi vrsti higienske razmere kot preventiva, na potek bolezni to ni bistveno vplivalo. Nekateri ukrepi, ki so jih izvajali ob koncu 19. stoletja: bivanje v zračnih prostorih,



sončna svetloba, dobra prehrana, niso bili dosegljivi ljudem v mestih in delavcem v prvih industrijskih obratih, ki so bili najbolj izpostavljeni okužbam. Bolezen je bila endemična na vseh ravneh in zbolevali so tudi v premožnih družinah. Nihče ni bil odporen na bolezen in medsebojni odnosi ljudi so bili pač stalni. Tropizem bacila je bil zelo raznolik. Poleg klasične pljučne tuberkuloze, sušice ali jetike so obstajale še druge vrste, ki so bile različno lokalizirane. Obstajala je tuberkuloza prebavnega trakta, kostna tuberkuloza s »hladnimi« ognuji in kožnimi fistulami, ki so bolj ali manj počasi napredovale. Pogosto je ta vrsta bolezni potekala zelo počasi in jo je spremljalo hiranje, ki se je nadaljevalo v popolno shiranost. Ena izmed značilnosti tuberkulozne bolezni je bila psihične narave, ko se je v končni fazi bolezni pojavila vznesenost, evforično stanje ali nemir.

Nada Slavik je umrla prezgodaj, vendar je vredna spomina. V svojem kratkem življenju se je posvetila pomembnemu študiju, kot je medicina, ki je bil takrat v glavnem rezerviran za moške. Ne gre spregledati tudi njene družine, ki je bila na visoki kulturni ravni, številčna, zaposlena in ogledalo neke, ne vedno poznane tržaške resničnosti. V neki knjigi Slavikovih v nemškem jeziku je posvetilo doktorja in pisatelja Gustava Hackla: »Moji študijski kolegi dr. Nadi Slavik, ki je umrla v Trstu 8. junija 1924«. Zapis ni točen, Nada je umrla 11. junija 1924 in je pokopana v družinskem grobu v Proseku.

Zahvaljujem se nečakinji Sonji Slavik in dr. Majdi Cossutta za vse informacije, prijaznost in posredovanje dokumentacije.

Afrika daleč od safarija

Tina Zbašnik, Tinkara Trkaj, Irena Vodopivec

Afrika. Ob tej besedi nam misli uidejo na prelepe safarije v Kenijo, v družbo levov, tigrov, žiraf, zeber, na sprehode med egipčanskimi piramidami, med prekrasne arabske konje, maroške trebušne plesalke. Lepote tega sveta, ki bi jih človek rad videl in je zanje pripravljen privarčevati denar, da se vsaj za 14 dni naužije lepote, ki jih ponuja Afrika. A le redki se ob tem spomnimo na ljudi, ki ne poznajo teh lepote, čeprav živijo le nekaj kilometrov stran od kraja, kamor se zgrinjajo turisti.



Bolnišnica Kabale

Tudi mi smo že potovali po deželah tretjega sveta, vendar se tam nismo ustavili le kot bežni turisti. Nismo videli le turistom namenjenih razvitih delov mest, ki po svoji infrastrukturi prav nič ne zaostajajo za evropskimi prestolnicami, ampak tudi revne predele, ki v mnogo večjem obsegu obdajajo centralizirani blišč. Nismo videli le naravnih lepote, ki so vir zaslužka za državo in peščico ljudi, ampak predvsem ljudi, ki se borijo za preživetje, po drugi strani pa strmijo v daljavo in čakajo konvoje humanitarne pomoči.

Koliko sploh poznamo države, kot je Uganda, razen tega, da je tam nekje daleč v Afriki? Slika, ki jo imamo Evropejci o Afriki, je vsekakor izkrivljena. Podobe, ki nam jih ponujajo mediji, so v glavnem strahovite: lakota, suša, vojne, revščina, izstradani, jokajoči otroci, nedolžni obrazki, prekriti z nadležnimi muhami. Zato smo še toliko bolj presenečeni, ko se znajdemo v prekrasni zeleni deželi na vzhodu Afrike, domovini zadnjih gorskih goril, čudovitih mogočnih bitij s skoraj človeškim pogledom, kjer na vsakem koraku srečujemo nasmejane obraze. Uganda je vsekakor še zelo dobro skrivan zaklad sredi črne celine, ki ga Churchill ni zaman imenoval »biser Afrike«.

Medtem ko je Uganda ena od najlepših držav na svetu, veljajo njeni prebivalci za ene najbolj prijaznih in gostoljubnih Afričanov. Večina 22 milijonov prebivalcev je nastanjena na jugu in zahodu, najštevilčnejše od mnogih etničnih skupin pa je pleme Baganda, ki je naseljeno okoli glavnega mesta Kampale in predstavlja približno petino prebivalstva

države. Njihov jezik luganda je posledično najmočnejši od več kot 30 ugandskih govoric, toda zaradi kolonialne zapuščine je uradni jezik angleščina. Intenzivno zelena Uganda premore fascinantno raznolikost naravnih okolij - od pettisočakov prek tropskega gozda, zaspanih peščenih obal Viktorijinega jezera do savan, na gosto posejanih z drevjem, kjer živijo črede ogromnih slonov. Tukaj najdemo velika jezera, kjer krokodili iz vode molijo oči in oprezajo za plenom, ter mirno gladino reke, ki jo razburka hrbet povodnega konja, ki je prišel vdihniti zrak. Tukaj so nasadi banan in plantaže čaja, ki s svojimi živo zelenimi odtenki pomirjajo oči, in preprosti ljudje, predvsem otroci, ki te znajo še vedno od srca nasmejati. Čeprav je Uganda gospodarsko precej uspešnejša kot večina afriških držav, je z manj kot dolarjem na prebivalca na dan ena najrevnejših držav na svetu, kjer skoraj 40 odstotkov prebivalstva živi pod mejo revščine. Po drugi strani pa ugodna klima večini prebivalstva omogoča, da preživi s kmetijstvom, čeprav večinoma ob matokah (zelene banane) in fižolu.

Naša ugandska izkušnja pa se ni pričela šele takrat, ko je letalo poletelo čez ekvator, ampak že dosti prej, ko so bili naši ponedeljkovi večeri rezervirani za druženje s »tropci«. »Tropci« smo študenti medicine, stomatologije in Visoke šole za zdravstvo, zdravniki in posamezni navdušenci ostalih strok, ki smo bili ali se želimo odpraviti na medicinsko humanitarno odpravo v tretji svet ali pa nas problematika tropskih bolezni samo zanima. Tako smo na Infekcijski kliniki v Ljubljani poslušali predavanja iz tropske medicine, ki jih organizira Medicinska fakulteta



Delo na polju

v sodelovanju s Sekcijo za tropsko medicino. Leta 1977 se je v trope podala prva slovenska zdravniška odprava. Med njimi je bil tudi prof. Franjo Pikelj, ki je tropski medicini posvetil svoje nadaljnje delo. Svoje neusahljivo mladostno navdušenje nad črno celino in njenimi ljudmi je približal mnogim, tudi nam, in po vseh pripravah smo le prispeli v Kampalo, prestolnico Ugande.

Kampala je tipična prestolnica držav »tretjega sveta«: na eni strani se bohotijo moderne zgradbe z lično urejenimi zelenicami, nedaleč stran pa se širijo barakarska naselja, kjer počasi umirajo upi tistih, ki jih je s podeželja pregnala želja po boljšem. Je mesto, kjer lahko z denarjem kupiš



Gorska gorila

vse, kjer se v ličnih lokalih fino oblečene dame in gospodje kratkočasijo s klepetom ob kavici ali pivu po čisto evropski ceni. Nedaleč stran pa je ropot ulice in prometnega kaosa, kjer velja pravilo močnejšega in kjer prečkanje ceste zahteva vsaj nekaj poguma in odločnosti. Še nekaj zbode v oči urejenosti vajenega zahodnega človeka: smeti, kamorkoli seže pogled, v obcestnih jarkih, na travnikih, betonu. In potem si že rahlo jezen sam nase, ko ti ekološka in estetska zavest narekujeta, da po vsem mestu v rokah prenašaš umazan robec in oprezaš za smetnjakom, ki ga seveda nikjer ni, in ko na koncu tvoj droben robec le najde pot v hostelski koš. Velemesto prinaša tudi tisto, česar ne želimo videti, pa vseeno je: berači – stari, mladi, pohabljeni. In potem res zaboli, ko se pred tabo pojavijo suhe podobice otrok v razcapanih, umazanih cunjah, ki samcati beračijo po ulicah milijonskega mesta. Nekateri po videzu ne štejejo več kot štiri, pet let. Počutiš se nemočen, jezen in žalosten hkrati, ker ne razumeš, kako je lahko do nekaterih življenje tako kruto.

Z mešanimi občutki smo zapustili glavno mesto in se odpravili na jugozahod Ugande v mestece Kabale. Stisnjeni na ozkih sedežih avtobusa smo poplesavali v ritmu cestnih lukenj in izboklin. Po zraku je vela čudna mešanica vonjav: polulanih pleníc, znoja, ocvrtega testa in pečenega mesa, ki ga vestni prodajalci ob vsakem najkrajšem postanku ponujajo kar skozi okno avtobusa.

Lenoben utrip mesteca Kabale je bil pravo nasprotje kaotične prestolnice. Ob edini asfaltirani cesti v mestu so majhne trgovinice s precej skromno ponudbo. Električna pride v mesto vsak drugi dan. Zdi se, da se polovica mladih ukvarja s prevažanjem ljudi na boda-boda (oblazjenih prtlačnikih koles). V Kabalah deluje tudi lokalna bolnišnica, kamor smo dva tedna redno zahajali in si nabirali nove izkušnje, dodatno znanje in se seznanili z določenimi doktrinami zdravljenja ter zdravstvenimi razmerami v Ugandi.



Jezero Bunyonyi

Zdravstveni sistem je slabo organiziran, posebej v ruralnem okolju, kjer živi večina prebivalcev. 51 odstotkov prebivalstva nima dostopa do zdravstvene oskrbe. Velik problem predstavljajo bolezni, ki bi se jih dalo preprečiti, predvsem perinatalne bolezni in slabo zdravstveno stanje mater, malarija in akutne respiratorne infekcije. Velik problem je tudi aids, katerega prisotnost med prebivalstvom so z izjemno uspešnimi preventivnimi programi uspeli znižati z okoli 20 na 6 odstotkov. Problematična je tudi podhranjenost, ki pogojuje pojav ostalih, predvsem infekcijskih bolezni, povzroči pa več kot polovico smrti pri otrocih, mlajših od pet let. Pomanjkanje pitne vode predstavlja povečano tveganje za razvoj prebavnih težav, dizenterije, kolere, hepatitisa A, tifusa... Vse večji problem postaja malarija na višji nadmorski višini, kjer je prej ni bilo. Zato lokalno prebivalstvo o malariji ne ve veliko in je precej neodporno.

Tudi razmere, ki vladajo v bolnišnici v Kabalah, so z našega stališča



Odprava s prevajalkama



Otroci

se večina ljudi tja sploh ne odpravi. Že sam avtobusni prevoz je zanje namreč predrag. Vendar pa so nam bili zdravniki in sestre kljub prenapolnjenim ambulantam pripravljeni predajati izkušnje in znanje ter nas seznanjati s svojim delom. In obogateni z novimi spoznanji smo prispeli na naš končni cilj, za katerega smo se trudili, vlagali svoj čas in energijo pretekli dve leti.

V vasici Bufuka ob jezeru Bunyonyi smo si v hišici iz blata, prav takšni, v kakršnih živijo tudi domačini, uredili ambulanto in naše prenočišče. In tu so se začele spletati zgodbe, ki jih piše resnično afriško življenje in ljudje iz plemena Bakiga, ki živijo v vaseh okrog jezera. K nam so prihajali peš ali pa z lesenim kanuji zaradi bolečin v križu, ki so posledica trdega dela za skledo sladkega krompirja in fižola, ki bo nahranila vsa lačna usta. Pogosta nadloga je bila tudi dehidracija in posledični glavobol zaradi premajhnega vnosa tekočin. Živijo v svetu, kjer je skoraj neizogiben življenjski sopotnik boj s številnimi boleznimi, najpogostejše zdravstvene težave pa so povezane s pomanjkanjem sredstev in neizobraženostjo. Zato so v ospredju gliste, garje, glivične bolezni, driske, HIV, druge spolno prenosljive bolezni, malarija in okužbe dihal, zaradi enolične prehrane pa smo občasno pomagali tudi kakšnemu otroku z beljakovinsko podhranjenostjo. Morda si težko predstavljamo, ampak tam se še vedno večina otrok ves čas naokrog podi bosih, zato tudi poškodbe niso nobena redkost. Pokrpalimo marsikatero rano, jim nadeli improvizirane čevlje in upali, da se do naslednjega obiska pri nas in preveze rane ne bo vse skupaj zagnojilo ter umazalo z rdečo afriško zemljo. Poleg samega zdravljenja smo ljudi tudi poučevali o higieni, zadostnem



Patient

res nepredstavljive. Zaradi pomanjkanja medicinskega osebja so interni oddelek v času našega obiska vodili medicinski tehniki. Vsak oddelek ima običajno eno veliko sobo z nagnetenimi posteljami, bolniki pa še vedno ležijo tudi po tleh, matere spijo pod posteljicami svojih otrok. Za bolnika morajo ves čas bivanja v bolnišnici skrbeti svojci, ki se »utaborijo« na trati pred bolnišnico, kjer kuhajo in perejo. Osnovna zdravila naj bi bolniki prejeli brezplačno. Ker pa zdravstvenega zavarovanja v Ugandi ni, se vse prepogosto zgodi, da zdravil zmanjka, da ni igel, infuzijskih sistemov in potem je bolnik primoran, da si potrebno kupi sam, če si seveda sploh lahko. V primeru, da je potrebno zdravljenje v Kampali,



Pred ambulanto

vnosu vedno prekuhane vode, pestrejši, a še vedno njim dostopni prehrani in preprečevanju najpogostejših bolezni, tako da si bodo lahko pomagali tudi sami. Delo je bilo razgibano in nikoli nismo vedeli, kaj nas čaka naslednji dan, kar je imelo svoj čar.

Prav vsak posameznik nam je s svojo zgodbo zapustil svoj pečat. Nikoli ne bomo pozabili triindvajsetletnega fanta, ki je pri nas poiskal pomoč zaradi pol leta stare grde opekline na roki. Nastala je med epileptičnim napadom in verjetno ni treba poudarjati, kako je zaudarjala, ko je roko potegnil iz plastične vrečke in z rane odstranil še del puloverja, s katerim je skrival svojo »sramoto«. Težko je opisati občutke, ko je po začetni oskrbi rane in zdravljenju s sodobnimi oblogami, ki jih še pri nas ni deležen vsak bolnik, vsakič znova prihajal na prevezo bolj zadovoljen in nasmejan, potem pa se je nekega dne kot strela z jasnega odločil, da ne želi več prihajati. Njegova razlaga je bila sicer preprosta, a težko razumljiva. Po njegovem mnenju se rana ni dovolj dobro celila in je smrdela, čeprav je bil v resnici očiten napredek. Kljub prigovarjanju in vsem mogočim razlagam, da so zanj obloge optimalno zdravilo in da se počasi daleč pride, bi bila zanj edina sprejemljiva alternativa čudežna tabletki. To je pravzaprav splošni problem v teh deželah. Ljudje so prepričani, da za vsako težavo obstaja tabletki, ki jo bo odpravila, saj pri svojih zdravnikih »dobijo« tabletko skoraj za vsak simptom, ki ga navedejo. Ker so zdravila kar v prosti prodaji, se pogosto zgodi, da na primer zaradi driske kupijo eno tabletko antibiotika, ker seveda nimajo več denarja. Kaj se bo čez nekaj časa zgodilo z rezistenco, je seveda že drugo vprašanje. Če ne bi vedno skušali gasiti ognja, ampak bi več vedeli o tem, kako lahko sami preprečijo že pojav posameznih težav, bi bil položaj verjetno precej drugačen. Ker smo se znašli v družbi, kjer pravzaprav ženske podpirajo štiri in ne samo tri vogale hiše, se je bilo

toliko bolj presenetljivo in nepopisno lepo srečati z očetom, ki je tako skrbno bdel nad trimesečnim dojenčkom, ki ga je zapuščenega našel pred pošto in ga vzel za svojega. Neverjetna vztrajnost starejše gospe z ranami po ramenih je bila v družbi, kjer je sicer problem povratne informacije pri zdravljenju precejšen, pravi sončni žarek in je bila tudi na koncu bogato poplačana, ko so se tik pred našim odhodom vse rane zacelile. Težko je opisati tudi občutke, ko smo se pogovarjali z desetletno siroto, ki je izgubila starše zaradi aidsa, k nam pa je prišla zaradi zelo visoke vročine, pljučnice.... – samo upali smo lahko, da ni tudi ona HIV-pozitivna. Nepozabna je bila telovadba, katere je bil deležen vsak pacient z bolečinami v križu, saj je na začetku zbujala smeh ter začudene poglede pacientov in tudi naših dveh sicer nepogrešljivih prevajalk, kasneje pa je bila že tako vpeljana, da sta naši prevajalki kar sami začeli kazati vaje vsakemu pacientu, ki je imel podobne težave. Verjetno ni treba niti poudarjati, da sta na koncu že skoraj brali naše misli.

Srečali smo se tudi s tradicionalno medicino, ki je še vedno močno zakoreninjena. K tradicionalnim vračem hodijo skoraj vsi, večina pa tega noče priznati, ker je to nekaj sramotnega. Potem ko smo na telesu večine naših pacientov našli številne brazgotinice kot posledice tradicionalnega zdravljenja, smo se odločili, da obiščemo enega izmed tradicionalnih vračev in spoznamo njegovo delo. Šteli smo si v čast, ko nas je kasneje tudi sam obiskal v naši ambulanti in nas prosil za pomoč zaradi težav z očmi.

Končen, a najpomembnejši delček v mozaiku naše odprave, ki smo ga počasi, a vztrajno gradili s pomočjo dobrih ljudi že doma vse leto pred odhodom, so torej prispevali ljudje, ki so nas sprejeli medse, in neokrnjena narava, ki nas je vsako jutro z nevsiljivim ptičjim petjem prebudila iz trdnega spanca in vsak večer po napornem dnevu pomirila naš pogled z mogočnim vulkanom v daljavi. Srečali smo se z drugačno kulturo, kjer še vedno jutranje bobnanje kliče otroke v šolo, kjer matere s pesmijo na ustih in otrokom na hrbtu okopavajo njivo ali poskušajo na tržnici prodati težko pridelane izdelke, kjer smrt sprejemajo drugače – kot del življenja, kjer se zvezde in luna, ki razsvetljujejo temno noč, zdijo tako blizu, da bi jih skoraj lahko ujel, in kjer so ljudje še vedno zelo povezani, kar izraža tudi njihov državni simbol – kraljevi žerjav, ki je znak zvestobe.

Tako se je sklenila naša afriška izkušnja. V nas je zapustila neprecenljive vtise in podžgala navdušenje za pomoč tudi v prihodnje, saj vemo, na kakšen način lahko pomagamo. Ni rešitev v tem, da v Afriko vedno znova pošiljamo konvoje pomoči, saj s tem ljudje postajajo »odvisni« in sanjajo, da bodo dragoceni zaboji prišli tudi v njihovo vas, hkrati pa ne spoznajo, da nosijo rešitev v svojih rokah. Če pa gremo tja, jim pomagamo na poti do zdravja in jih poučimo, da bodo lažje zdravi tudi ostali, jim »damo« bogastvo, ki jim ga ne more vzeti nihče, hkrati pa življenjsko popotnico, saj se bo le zdrav otrok lahko izšolal in si tako sam krojil svojo usodo. ■

Zgodovina zdravja in bolezni

Aleš Fischinger

Ze tradicionalno aprilsko srečanje Zgodovina zdravja in bolezni (*Geschichte(n) von Gesundheit und Krankheit*), ki ga organizira Inštitut za zgodovino medicine Medicinske univerze na Dunaju (*Institut für Geschichte der Medizin Medizinischer Universität Wien*), je bilo letos prvič v Gradcu. Tu je organizacijo prevzelo Združenje za socialno zgodovino medicine (*Verein für Sozialgeschichte der Medizin*), ki deluje pod okriljem Družbe za sociologijo (*Gesellschaft für Soziologie*) na graški univerzi. Če je lani na Dunaju poslušalstvo na Inštitutu za zgodovino medicine prevzela imenitna knjižnica s starinsko patino in hodniki, polnimi slik znamenitih zdravnikov raznih obdobj, je letos v Gradcu Center WALL impresioniral z moderno tehniko 21. stoletja, ki je omogočala predstavitev vseh vrst.

Srečanje se je pričelo v četrtek, 19. 4., in se zaključilo v soboto, 21. 4., s predavanjem glavnega organizatorja dr. Carlosa Watzke z Inštituta za sociologijo Univerze v Gradcu: Samomor in družba v Avstriji v 20. stoletju (*Suizid und Gesellschaft im Österreich des 20. Jahrhunderts*). Uradna jezika srečanja sta bila nemščina in angleščina. Sodelovalo je 20 predavateljev z 21 predavanji. Predavanja so bila omejena na 30 minut, vsakemu predavanju je takoj sledila 15- do 30-minutna razprava. Mednarodnega srečanja so se udeležili predavatelji iz Avstrije (Univerze: Dunaj, Gradec, Innsbruck, Linz, Salzburg), Nemčije (Univerza Tübingen), Češke (Karlova univerza Praga) in Slovenije (Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije — ZDZZKS). Slovenijo je vsako leto na srečanju kot vabljen predavateljica zastopala predstojnica

Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani in podpredsednica ZDZZKS prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Letos se zaradi drugih službenih obveznosti vabilu ni mogla odzvati. Predlagala je, da se kot člani ZDZZKS srečanja udeležijo podpisani s soavtorjema (Duša in Janez Fischinger) s svojim predavanjem Zdravilišča na Štajerskem, Koroškem in v Istri nekoč in danes (*Kurorte in Steiermark, Kärnten und Istrien - damals (1897) und heute (2007)*). Podatke o 19 zdraviliščih Štajerske, Koroške in Istre iz učbenika prof. dr. Juliusa Glaxa Balneoterapija (*Lehrbuch der Balneotherapie, 1897*), v katerem je opisal čez 1000 pomembnih zdravilišč iz vsega sveta, smo primerjali z današnjim stanjem teh 19 zdravilišč. Glaxov učbenik smo uporabili, ker je avtor od 1875 do 1887 deloval kot deželni zdravnik v zdravilišču Rogaška Slatina, od 1899 do 1919 pa kot predstojnik zdravilišča in morskega kopališča Opatija. Razmere v zdraviliščih, ki smo jih preučevali, je gotovo dobro poznal. V svojem času je veljal za avtoriteto na področju balneologije in talasoterapije in je kot tak uvrščen v Avstrijski biografski leksikon. Primerjavo zdravilišč nekoč in danes so dobro ilustrirale skenirane izvirne razglednice s preloma stoletja.

Primerjava obeh predstavitev je bila zanimiva in glede na vire (učbenik in razglednice za leto 1897, internet za leto 2007) nenavadna. Poslušalci so našemu prispevku zbrano sledili. Živahna razprava je potrdila zanimivost predstavitve in njenih ugotovitev.

Predavanja s tega srečanja bodo objavljena v strokovno-znanstveni reviji VIRUS, ki izide enkrat na leto. ■

Problemi ostajajo nerešeni

Franc Novak

Ko sem prejel sklep uredniškega odbora, da bi za predstavitev v reviji Isis predsedniki regij pripravili poročila o delovanju in življenju zdravnikov v regiji, je bila prva misel: to bo pa lahko. A ko je bilo treba spremeniti vse misli v besede, stavke, jih strniti v nekaj smiselnega, je postalo malo težje.

Najprej mi je prišlo na misel, kaj vse smo zdravniki pričakovali od Zbornice in sem se s kolegi spomnil na že davno leto 1991, ko sta bila med nami s posredovanjem poznejšega prvega predsednika zasavske regije, Antona Adamljeta, dr. med., prvi generalni sekretar France Cukjati, dr. med., in prim. Anton Kunstelj, dr. med., ter nam predstavila prednosti in pomembnost ustanovitve zdravniške zbornice v Sloveniji. Kako smo poslušali in razpravljali o takratnem položaju zdravnika v slovenski družbi ter o vlogi zbornice kot cehovske organizacije, ki bo zastopala in ščitila interese zdravnikov in jim nudila pomoč v njihovih stiskah. Takrat smo se tudi pogovarjali, da je, ne glede na sorazmerno majhno število zdravnikov v Zasavju, zaradi zastopanosti teh zdravnikov v skupni organizaciji zdravnikov in zaradi precejšnje izoliranosti zasavske regije potrebno ustanoviti malo regijo. Tako bi bili vsaj nekoliko vključeni v delo bodoče zbornice. Na teh sestankih so bili vsi navdušeni, da bodo sodelovali in pomagali pri vodenju in delu zbornice.

Potem je bila ustanovna skupščina v prostorih državnega parlamenta in imeli smo svoje vodstvo. Počasi so se sprejemali kodeksi, pravilniki in poslovniki. Med kolegi pa so se takoj pojavili prvi problemi, ki so ostali vse do danes. V ospredju je bilo seveda najprej vprašanje višine članarine, ki smo jo razložili z začetkom dela, ustanovitvijo strokovnih služb, zagonom informacijskega sistema, izdajo glasila... Drugi problem, ki so ga kolegi že takrat izpostavljali, pa je bil problem uvajanja zasebnega dela v sistem javnega zdravstva in razreševanje problemov, ki naj bi nastopili ob tem. Največkrat omenjena je bila primerna organiziranost pravne zaščite zdravnika.

Pa je prišel čas za druge volitve poslancev in predsednikov regij, med kolegi pa se je pojavila neka resigniranost in nezainteresiranost za dogajanje v Zbornici. Volilni zbori so bili komajda sklepčni, kandidatov za poslance kar ni bilo mogoče dobiti... Takrat sem bil izvoljen za predsednika regije in ta funkcija se me drži še danes.

V regiji so zdravniki v glavnem zaposleni v Splošni bolnišnici Trbovlje ter v treh zdravstvenih domovih: v Hrastniku, Trbovljah in Zagorju, nekaj pa je upokojenih zdravnikov. Pred nekaj leti se je še zbralo nekaj zdravnikov na sestanku, ki je bil organiziran zaradi razreševanja skupnih problemov in ob obisku vodstva Zbornice, potem pa so prišli samo še eni in isti ljudje in tisti, ki so bili slučajno v službi takrat, ko je bil sestanek v njihovi ustanovi. Žalostno, ampak resnično.

V teh več kot desetih letih mojega dela so problemi, ki se pojavljajo v naši regiji, podobni kot drugod in nihajo z dogajanjem v naši



Franc Novak, dr. med.

družbi. V začetku je bila velikokrat na dnevnem redu višina članarine, ker večina zdravnikov ni čutila nobene spremembe v svojem položaju, obremenitvah in ker niso čutili nobene zaščite zdravnikovega stanu s strani Zbornice. No, zadnje čase to ni več stalna tema. Potem so prišli časi ministra, ki je sprl zdravnike z ljudmi, in takrat se je pojavilo vprašanje zaščite zdravnika v družbi. In to vprašanje je še vedno v ospredju. Zdravnik kot oseba je po mnenju članstva še vedno premalo zaščiten oziroma »zagovarjan«

ali branjen, ko je njegov poklic in status izpostavljen v družbi. Člani menijo, da Zbornica premalo energično zagovarja svoje člane in še vedno premalo energično reagira ob raznih eskalacijah. Jasno nam je, da so med nami tudi člani, ki mogoče naredijo napako, vendar menimo, da je naš status še vedno premalo zaščiten. Poleg tega se še vedno na vseh sestankih sprašuje, zakaj Zbornica ne sklene pogodbe z neko specializirano pravniško pisarno, kamor bi se lahko zdravnik obrnil v primeru potrebe, saj večina ni zadovoljna s pomočjo, ki jo je dobila s strani pravne službe Zbornice.

V zadnjih letih je glavno vprašanje problem specializacij. Področje družinske medicine je zadovoljivo pokrito s specializacijami. Problem so specializacije v bolnišnici. Sistem razpisa specializacij je trenutno takšen, da favorizira pri izbiri velike ustanove, poleg tega pa majhne regije oziroma periferne bolnišnice, ki v regiji skupaj z veliko ustanovo kandidirajo svoje kandidate, »izvisijo«, ker se novi specializant ne more vezati na delo v tej ustanovi. Če pa je že zainteresiran in predviden za delo tam, ne uspe na razpisu, ker je, po mnenju članstva, premalo upoštevano mnenje regijskega predstavnika ali pa ga prehitijo po točkah nekdo, ki je vpisal magisterij, ker pač tisti čas ni imel druge možnosti in si ji tako pridobil prednost. In kaj ostane »malim«. Da s svojimi sredstvi specializirajo novega specialista. Kot da imajo ogromno denarja, »veliki« pa nič. In da je tragedija še večja: ko nekdo tako konča specializacijo, ga z lahkoto dobesedno odkupi večja ustanova. In potem se spomnim,

kaj sem govoril kolegom, ko sem predstavljal delo Zbornice. Zbornica naj bi skrbela za izpopolnjenost mreže in enakomerno preskrbljenost z zdravniki po vsej državi. Vsekakor bo treba na področju specializacij prevetriti kriterije in jih spremeniti.

Posebno poglavje je obremenjenost zdravnikov in nagrajevanje. Sama izjava, naj gre zdravnik v zasebno delo in bo boljše, ni dovolj. Vemo, da je zdravnikovo delo v primerjavi z zdravnikom v zahodni Evropi (s katerim nas tako radi primerjajo in primerjate) pri nas podcenjeno. Poleg tega je naš zdravnik še krepko obremenjen z visokim normativom. Veliko nezadovoljstva je lani sprožilo med zdravniki v Zasavju pismo prim. Remškarja glede izpolnjevanja anketnih listov o zdravljenju hipertonicov in glede posledičnih sankcij. In potem še zelo diplomatski odgovor Zbornice, da podpira vse stvari, ki spodbujajo večjo kakovost. Se popolnoma strinjam s tem, ampak šele, ko bom imel za boljšo kakovost tudi več časa oziroma bom razbremenjen. In potem preberem še to, da so to delo podprli predstavniki Zbornice na arbitraži. Ali so nam mogoče na arbitraži uspeli zmanjšati tudi obremenitev oziroma uspeli zagotoviti za večje obremenitve tudi boljše nagrajevanje. Zavedamo se pomanjkanja

zdravnikov, vendar so to dogovori, ki imajo že v kali neko napako – vse sloni na tem, da smo sposobni še večjih obremenitev, nagrajevanje je pa bolj postranska zadeva. Člani pogrešajo bolj »cehovsko« delovanje Zbornice in menijo, da je potrebno kdaj reči »tega pa ne bomo delali« in to potem pri svojem članstvu tudi doseči.

Zasebnštvo. Najprej se je začelo med zobozdravniki, ki jim je sledilo še nekaj družinskih zdravnikov. Zaenkrat v Zasavju glede odnosov med zasebniki in javnimi zavodi ni večjih trenj in odhajanje v zasebnštvo še ni usodno vplivalo na poslovanje zavodov. V primeru še večjega odhajanja pa se bo verjetno pojavil problem obstoja javnih zavodov oziroma položaj zdravnikov, ki bodo ostali v zavodih, bo močno nezavidljiv in zanje mora poskrbeti Zbornica.

To je nekaj misli, ki se porajajo ob naših srečanjih in naj bi jih kot predstavnik regije prenesel naprej. Sicer vlada med člani Zbornice neko mrtvilo, ki izhaja največ iz preobremenjenosti in ne ravno rožnate bližnje prihodnosti. In vsi menda čakamo neke čudežne rešitve vseh problemov, po možnosti s čim manj svojega truda. Žal.

Dobrodošli na novo oblikovanem spletnem mestu Zdravniške zbornice Slovenije

Od ugledne organizacije, kot je Zbornica, se pričakuje tudi kakovostno in pregledno spletno mesto. Tako se je Zdravniška zbornica Slovenije odločila, da prenove obstoječe spletno mesto, ki ni več ustrezalo njenim zahtevam. Novo spletno mesto najdete na spletnem naslovu www.zdravniskazbornica.si. Vabimo vas, da ga raziščete in nam zaupate svoje mnenje. Vaše povratne informacije so za nas pomembne. Svoje komentarje, predloge in vprašanja lahko pošljete preko kontaktnega obrazca na spletnem mestu.

Prenova spletnega mesta je bila nujno potrebna, saj so potrebe Zbornice prerasle možnosti obstoječega spletnega mesta. Cilj, ki smo ga ves čas imeli pred očmi, je bila predvsem boljša kakovost storitev Zbornice za njene člane, nove možnosti komuniciranja, kot je npr. e-poštno sprotno obveščanje, hitro in preprosto osveževanje informacij

ter tehnološko izpopolnjeno spletno mesto.

Novo spletno mesto Zbornice vam ponuja vrsto funkcionalnosti, npr.: pogosto zastavljena vprašanja, kontaktni center strokovnih služb, kratke ankete, naročilo na e-novice ter pošiljanje obvestil po ciljnih javnostih, naročilo publikacij, prijavo strokovnih srečanj za organizatorje ter prijavo na strokovna srečanja za člane Zbornice. Spletno mesto je zasnovano tako, da je nadaljnja nadgradnja popolnoma enostavna in mogoča v vsakem trenutku.

Upamo, da boste na spletnem mestu Zbornice našli vse iskane informacije in se boste z veseljem vračali. Trudimo se, in tako bo tudi v prihodnje, da bo spletno mesto vedno posodobljeno ter da vam bomo posredovali čim več koristnih informacij, ki jih boste lahko uporabili v svojem zasebnem in poslovnem življenju. Uredništvo spletnega mesta Zbornice

www.zdravniskazbornica.si

Veliko zanimanje za dvojezično identifikacijsko kartico

Elizabeta Bobnar Najžer

Na podlagi dogovora o sodelovanju med Zdravniško zbornico Slovenije in Zdravniško zbornico za Trst, podpisanega decembra 2006, lahko zdravniki in zobozdravniki, člani katerekoli od obeh zbornic, pridobijo dvojezično identifikacijsko kartico.

V Trstu je za kartico doslej zaprosilo že okoli 450 članov, zanimanje v Sloveniji je zaenkrat precej manjše.

Pogoj za pridobitev je verificirano poznavanje kodeksa medicinske etike in deontologije sosednje države. Namen kartice je izkazovanje pripadnosti zdravniškemu stanu in je osnova, na podlagi katere je imetnik upravičen do pomoči stanovske organizacije v posamezni državi.

Vsaka zbornica vodi seznam imetnikov in bo v primeru suma lahko potrdila identiteto. S kartico se lahko medsebojno identificirajo tudi zdravniki in zobozdravniki, ki bi želeli sodelovati. Na kartici so v slovenskem in italijanskem jeziku zapisani osnovni podatki o nosilcu ter kontaktni podatki obeh zbornic. Poleg tega se imetnik lahko na obeh straneh meje nedvoumno izkaže kot zdravnik ter uveljavlja morebitne ugodnosti iz tega naslova. Posebej je potrebno poudariti, da kartica ni dovoljenje za delo v sosednji državi. ■



Zapisnik IO ZZS

Zapisnik 8. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekal 10. maja 2007

Prisotni člani izvršilnega odbora: prim. asist. dr. Mateja Bulc, dr. med., prim. Jožef Ferk, dr. med., prof. dr. Matija Horvat, dr. med., prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., Mirjam Kovačič Čadež, dr. dent. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Žarko Pinter, dr. med., Igor Praznik, dr. med.

Prisotni vabljeni: Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Vesna Habe Pranjič, univ. dipl. prav., Jožica Osolnik, ekon., Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med.

Vladislav Pegan je pozdravil prisotne in predlagal v sprejem naslednji dnevni red.

Sklep št. 94/8/2007:

1. Potrditev zapisnika 7. seje izvršilnega odbora z dne 26. aprila 2007 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Poročilo o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem trimesečju 2007
3. Sprememba Pravilnika o podelitvi odličja »Hipokratovo priznanje« in naziva »častni/-a član/-ica Zdravniške zbornice Slovenije«

4. Projekt Pomoč zdravnikom v stiski

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 7. seje izvršilnega odbora z dne 26. aprila 2007 in poročilo o izvršitvi sklepov

Elizabeta Bobnar Najžer je predlagala, da se določena zdravnica umakne s seznama v predlogu za izbriz iz registra Zbornice v sklepu 83/7/2007, saj je bila pomotoma vključena na seznam.

Prisotni so se s predlogom strinjali.

Sklep št. 95/8/2007:

Izvršilni odbor je potrdil dopolnjen zapisnik 7. seje z dne 26. aprila 2007.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 2. točki dnevnega reda: Poročilo o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem trimesečju 2007

Vladislav Pegan je podal poročilo poslovanja Zbornice v prvem trimesečju ter omenil, da Zbornica posluje pozitivno.

Sklep št. 96/8/2007:

Izvršilni odbor se je seznanil s poročilom o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem trimesečju 2007 in ga sprejel. Sklep je bil soglasno sprejet.

K 3. točki dnevnega reda: Sprememba Pravilnika o podelitvi odličja »Hipokratovo priznanje« in naziva »častni/-a član/-ica Zdravniške zbornice Slovenije«

Vladislav Pegan je razložil bistveni spremembi, in sicer podelitev dveh novih odličij: »zaslužni član Zdravniške zbornice Slovenije« ter »zahvala Zdravniške zbornice Slovenije«.

Mateja Bulc je pohvalila idejo ter podprla omenjene spremembe.

Sklep št. 97/8/2007:

Izvršilni odbor po obravnavi sprejema predloge sprememb Pravilnika o podelitvi odličij Zdravniške zbornice Slovenije.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 4. točki dnevnega reda: Projekt Pomoč zdravnikom v stiski

Žarko Pinter je predstavil načrt projekta Organizirana strokovna pomoč zdravnikom, ki je namenjen pripravi predlogov za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom, ki so se zaradi svoje bolezni znašli v težavah. Cilji projekta so, da se z anketo pridobijo ključni podatki o stanju zdravnikov. Projekt je zastavljen tako, da je tudi primerljiv s študijo CINDI Health Monitor Study, ki je bila opravljena pred leti. Faze projekta so: priprava strukturiranih vprašanj, razpošiljanje in zbiranje vprašalnikov ter analiza vrnjenih vprašalnikov, vsebinsko-strokovna

analiza statističnih obdelav, priprava predlogov za strokovno pomoč zdravnikom. Predstavil je tudi ocenjene stroške projekta.

Vladislav Pegan je podprl idejo projekta.

Matija Horvat je vprašal, kakšna naj bi bila sama pomoč po že prejetih podatkih.

Žarko Pinter je povedal, da so potrebe velike ter da bi bilo v prihodnosti priporočljivo razmišljati o vzpostavitvi posebnega oddelka za pomoč zdravnikom v stiski.

Mateja Bulc je pozdravila projekt ter omenila možne rezultate. Povedala je, da imajo različne zdravniške zbornice v Evropi že izdelane programe v smislu pomoči.

Jože Ferk se je strinjal s tem, da se opravi anketa, vendar podvomil v kakršnekoli dejanske rezultate, ki bi jih prinesla. Predlagal je individualne rešitve.

Vladislav Pegan se je strinjal z bojaznijo, da vsi zdravniki v stiski ne bodo priznali problemov, vendar je predlagal optimističen pogled na zadevo, in sicer v smislu, da je potrebno napraviti prvi korak k rešitvi.

Elizabeta Bobnar Najžer je omenila študije ozkih poklicnih skupin ter povedala, da predstavlja največjo nevarnost stigmatizacija. Izpeljava ankete je pomembna že zaradi zavedanja o obstoju problema.

Po krajši razpravi so prisotni sprejeli naslednji sklep.

Sklep št. 98/8/2007:

Izvršilni odbor je vsebinsko in finančno podprl projekt Pomoč zdravnikom v stiski.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Zapisala: Katja Martinc

Na podlagi določb 29. a člena statuta Zdravniške zbornice Slovenije (Uradni list RS, št. 64/96, 22/98, 113/00, 30/01, 43/02, 124/03 in 34/04) je izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije na svoji seji, dne 10. 5. 2007, sprejel naslednji

Pravilnik

o podelitvi odličij Zdravniške zbornice Slovenije

1. Splošna določila ◆

1. člen

Pravilnik o podelitvi odličij Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljnjem besedilu: pravilnik) določa vrste in število odličij Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zbornica), merila in postopek za predlaganje kandidatov, sestavo in število članov komisije, način dela komisije ter postopek predlaganja in izbire kandidatov za odličje ter način podelitve odličja.

2. člen

Za odličje »Hipokratovo priznanje« je lahko predlagan zdravnik/zdravnica (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) ali zobozdravnik/zobozdravnica (v nadaljnjem besedilu: zobozdravnik), član/članica (v nadaljnjem besedilu: član) Zbornice, ki se je izkazal z izjemnim stanovskim in organizacijskim delom ter bistveno prispeval k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Za odličje »častni član/častna članica (v nadaljnjem besedilu: častni član) Zdravniške zbornice Slovenije« je lahko predlagan zdravnik ali zobozdravnik, ki se je izkazal z izjemnim prispevkom k uveljavljanju slovenskega zdravništva in zobozdravništva doma in v tujini.

Za odličje »zaslužni član Zdravniške zbornice Slovenije« je lahko predlagan zdravnik ali zobozdravnik, ki se je izkazal z izjemnim prispevkom pri uveljavljanju poslanstva stanovske organizacije – Zbornice doma in v tujini.

Za odličje »zahvala Zdravniške zbornice Slovenije« je lahko predlagana fizična ali pravna oseba, član ali nečlan Zbornice, ki se je izkazala s prispevkom pri uveljavljanju poslanstva stanovske organizacije – Zbornice doma in v tujini.

3. člen

Posameznik lahko dobi vsako odličje le enkrat.

Odličje se podeli enkrat na leto, praviloma na prvi redni letni seji skupščine Zbornice, lahko tudi ob drugi slovesni priložnosti.

Praviloma se podeli sočasno le po eno odličje zdravniku in po eno odličje zobozdravniku.

2. Namen odličij ◆

4. člen

Namen odličij je izkazati hvaležnost vsem, ki so s svojim izjemnim delom dosegli izredne dosežke na področju stanovskih interesov zdravništva in zobozdravništva, skrbi za pravilno ravnanje in ugled zdrav-

kov ter s tem bistveno prispevali k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva v celoti.

3. Oblika odličij ◆

5. člen

Odličje »Hipokratovo priznanje« obsega: pisno utemeljitev in diplomu z medaljonom.

Odličje »častni član Zdravniške zbornice Slovenije« obsega: pisno utemeljitev, vpis v register častnih članov Zbornice in diplomu z medaljonom.

Odličje »zaslužni član Zdravniške zbornice Slovenije« obsega: pisno utemeljitev, vpis v register zaslužnih članov Zbornice in diplomu z medaljonom.

Odličje »zahvala Zdravniške zbornice Slovenije« obsega: pisno utemeljitev in diplomu z medaljonom.

Diploma z medaljonom za odličja Zbornice vsebuje: ustrezno likovno rešitev, ime Zbornice, ime in priimek oz. naziv (za pravne osebe) prejemnika priznanja, namen podelitve, datum in kraj podelitve, podpis predsednika Zbornice in predsednika skupščine Zbornice.

Medaljon je grb Zdravniške zbornice Slovenije. Izdelan je lahko v različnih kovinah.

4. Predlagatelji odličij ◆

6. člen

Predlagatelji kandidatov za odličja so lahko:

1. regijski odbori Zbornice,
2. izvršilni odbor,
3. odbori izvršilnega odbora in svet za izobraževanje,
4. skupščinski svet.

5. Komisija za odličja Zbornice ◆

7. člen

Komisijo sestavlja 5 članov: predsednik in podpredsednika Zbornice ter predsednik in podpredsednik skupščine Zbornice. Predsednik komisije je predsednik Zbornice.

8. člen

Sedež komisije je na sedežu Zbornice.

Delo v komisiji je častno.

Članom komisije Zbornica povrne potne stroške.

9. člen

Naloge komisije so:

1. zbere predloge za odličja,
2. na podlagi prispelih predlogov izbere najustreznejše kandidate,
3. izvršilnemu odboru poroča o opravljenem postopku,
4. predlaga najustreznejše kandidate v nadaljnji postopek izvršilnemu odboru,
5. pripravi kratko pisno poročilo z utemeljitvijo o predlaganih nagrajenih,
6. vodi pripravo in izvedbo diplome z medaljonom,
7. opravi vse druge naloge v postopku do predloga izvršilnemu odboru.

6. Postopek za podelitev odličij ◆

10. člen

Komisija obvesti predlagatelje iz 6. člena o uvedbi postopka za podelitev odličij Zbornice do 10. septembra v tekočem letu. Komisija določi rok za prejem predlogov.

6.1. Kriteriji za podelitev odličij

11. člen

Kriteriji za podelitev so:

1. vsebina stanovskega delovanja,
2. dolžina delovanja,
3. dosežki pri delu,
4. inovativnost in kreativnost,
5. trud za spoštovanje in uveljavljanje kodeksa medicinske deontologije,
6. članstvo ali aktivnost v slovenskih ali tujih stanovskih in drugih podobnih združenjih,
7. cenjenost in spoštovanje med kolegi zdravniki/zobozdravniki, kolegialnost,
8. bistven prispevek k uveljavitvi Zbornice in ugledu slovenskega zdravništva ali zobozdravništva,
9. prispevek pri uveljavljanju poslanstva stanovske organizacije – Zbornice doma in v tujini.

6.2. Predlog

12. člen

Predlog za dodelitev odličja mora vsebovati:

1. podatke o kandidatu,
2. utemeljitev,
3. podpis predlagateljev.

Predlog mora biti vložen na komisijo s pisno pošiljko ali po elektronski pošti.

13. člen

Komisija dela in odloča na sejah. Komisija sklepa veljavno, če so na seji prisotni vsi njeni člani.

Komisija odloča soglasno.

Predsednik komisije sklicuje seje, jih vodi in podpisuje sklepe, ki jih sprejme komisija.

14. člen

Komisija mora obravnavati vse predloge in odločiti o posameznem predlogu v roku 60 dni od prejema vloge. Komisija lahko v roku 30 dni od prejema vloge zaprosi za dodatna mnenja.

15. člen

Na podlagi dokumentacije mora komisija proučiti utemeljenost predlogov in razvrstiti kandidate, ki so po njeni oceni dosegli najpomembnejše uspehe.

Komisija se ob razvrstitvi odloči tudi o številu podeljenih odličij častnega članstva in Hipokratovih priznanj, upoštevajoč določila tega pravilnika.

16. člen

Komisija poda svoj predlog izvršilnemu odboru in skupščinskemu svetu najkasneje do 15. januarja naslednjega leta.

V kolikor se izvršilni odbor in skupščinski svet ne strinjata s predlogi, vrnete predlog komisiji, ki ga mora ponovno proučiti in predlagati rešitev.

6.3. Podelitev

17. člen

Izvršilni odbor posreduje potrjeni predlog skupščini Zbornice, ki brez glasovanja podeli odličja.

Na seji skupščine ob utemeljitvi odličje izroči predsednik Zbornice.

7. Pravice prejemnikov odličij ◆

18. člen

O podeljenih odličjih se vodi posebna evidenca, ki se shrani v arhivu Zbornice.

19. člen

Prejemnik odličja »častni član Zdravniške zbornice Slovenije« ali »zaslužni član Zdravniške zbornice Slovenije« je oproščen plačila članarine. Vsako leto je vabljen na sejo skupščine ali na slovesnost, na kateri se podelijo odličja. Potne stroške plača Zbornica. Po vpisu v register častnih članov prejema revijo Isis.

Prejemnik odličja »Hipokratovo priznanje« je vsako leto vabljen na sejo skupščine, na kateri se podelijo odličja. Potne stroške plača Zbornica.

8. Prehodne in končne določbe ◆

20. člen

Za prvo podelitev odličij ne veljajo roki za prijavo in odločanje. Postopek vodi izvršilni odbor v duhu določil tega pravilnika.

21. člen

Ta pravilnik začne veljati z dnem sprejema. Objavi se v glasilu Zbornice.

Ljubljana, 10. maj 2007

*prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.
Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije*

Odbor za zobozdravstvo – novice

Sabina Markoli

Predstavniki OZB smo se v začetku junija sestali z ministrom za zdravje mag. Andrejem Bručanom, s katerim smo se pogovarjali o organiziranju javne zobozdravstvene službe in odgovorni osebi za zobozdravstvo na Ministrstvu za zdravje (MZ).

Najprej smo izpostavili problem javne zobozdravstvene mreže, kjer smo skupaj ugotovili, da MZ kljub nekaterim zagotovilom te mreže ne pripravlja. Glede na to, da na Zbornici pripravljamo mrežo zobozdravnikov, splošnih in specialistov, smo ministru ponudili sodelovanje pri tem projektu.

V nadaljevanju smo ministra opozorili, da zobozdravstvo ni omejeno v Strategiji zdravstva, ki so jo pripravili na MZ in o kateri poteka javna razprava, zato bomo do 15. junija podali nekaj naših pripomb.

V zvezi z ZZZS smo ministra opozorili, da ZZZS želi uvedbi glavarinski sistem financiranja tudi v zobozdravstvu, na kar kažejo njihovi predlogi na pogajanjih ter nekatera navodila območnih enot ZZZS. Izkušnje iz nekaterih držav EU kažejo na to, da je po uvedbi glavarinskega sistema prišlo do razpada javnega zobozdravstva, in tudi zaradi tega smo zobozdravniške organizacije enotno proti uvedbi glavarin v zobozdravstvu.

V okviru tega vprašanja smo se pogovarjali tudi o pravicah iz obveznega zavarovanja, ki se po besedah ministra ne bodo spremenile. Opozorili smo na krčenje pravic s strani ZZZS, ki poteka na prefinjen način že vrsto let. Verjetno bi bilo dolgoročno smiselno razmišljati o prerazporeditvi pravic.

Omenili smo tudi zvišanje normativa iz leta 1993, za katerega še danes, kljub našim večkratnim dopisom, nismo dobili odgovora, na kakšen način je do zvišanja sploh prišlo.

Pogovarjali smo se tudi o podcenjenosti našega dela s strani javnega financerja ZZZS.

V zobozdravstvu se pogosto pojavlja vprašanje dežurstev in nujne zobozdravstvene pomoči, ki je financirana na devetih mestih v Slovenji ob nedeljah in praznikih dopoldan. Predlagali smo, da se dežurstvo razširi še na soboto, tudi zaradi tega, da ne bi prihajalo do situacij, kjer sobotno delo na posameznih območjih organizirajo na svoj način. V delo v dežurstvu se naj vključijo vsi zobozdravniki na določenem območju, zasebniki in zaposleni v javnih zavodih, seveda za ustrezno plačilo.

Veliko problemov bi bilo v sodelovanju z ministrstvom lažje rešljivih, če bi na ministrstvu delovala odgovorna oseba oz. koordinator za zobozdravstvo. Žal je prim. Janez Vrbošek, ki je bil imenovan na to mesto, zbolel, zato smo ministru predlagali, da za čas njegove odsotnosti imenuje za koordinatorja za zobozdravstvo na MZ izr. prof. Matjaža Rodeta.

Prof. Rode ima tudi veliko izkušenj s sodelovanjem v mednarodnih zobozdravniških organizacijah, kar bi lahko v letu 2008, ko predsedujemo

EU in organiziramo mednarodno srečanje CED v Portorožu, izkoristili za seznanitev in reševanje naših problemov.

V letu 2006 smo zobozdravniki po naših izračunih zaradi poročuna s strani ZZZS izgubili kar nekaj finančnih sredstev, ki jih v določenem deležu izplačujejo zavarovalnice, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Ministra smo seznanili, da je po naših ocenah skupni znesek našega primanjkljaja približno 300.000 EUR na letni ravni, kar je eden od pokazateljev, da je veliko določenih lobijev (gradbeni, farmacevtski, prodajalci aparatov in materialov, zavarovalniški...), ki od javnega zdravstvenega denarja zaslužijo mnogo več od nas, neposrednih izvajalcev zdravstvenih storitev.

Zaradi pomanjkanja časa se nismo uspeli dotakniti problema s podeljevanjem koncesij, kar ostaja, predvsem zaradi velikega interesa zobozdravnikov za opravljanje svojega dela kot koncesionarji, eden od velikih problemov našega ceha. Kar nekaj očitkov, predvsem s strani kolegov, ki so na vodstvenih funkcijah v javnih zavodih, je bil deležen tudi odbor za zobozdravstvo, ki se po njihovem mnenju preveč ukvarja s to problematiko.

Glede na to, da je to verjetno, poleg pomanjkanja specializantskih delovnih mest za določene specializacije in podcenjenosti našega dela s strani ZZZS, glavni problem zobozdravništva, si bomo kot odbor za zobozdravstvo prizadevali, da bi bilo naše poklicno delo neodvisno, samostojno, predvsem pa strokovno in kakovostno, z možnostjo izobraževanja.

Izkušnje so pokazale, da je to lažje uresničljivo, če delaš kot zasebnik koncesionar, predvsem pa je pomembno, da so pacienti vsaj enako, po nekaterih anketah so pa celo bolj zadovoljni pri koncesionarjih.

Žal so odločitve o podeljevanju koncesij v rokah politike, predvsem županov v posameznih občinah. Pogosto o tem odločajo ljudje, ki o organizaciji zdravstva ne vedo skorajda nič in se ravna po mnenju direktorjev zdravstvenih domov, ki so pa prav od teh istih ljudi – župana in občinskih svetnikov, tudi potrjeni. Velikokrat je mnenje direktorjev do podeljevanja koncesij odklonilno, iz različnih razlogov, predvsem zaradi zaščite lastnih stolčkov.

Menim, da bi bilo bolje, če bi tudi koncesije na primarni ravni, na osnovi mreže, podeljevalo ministrstvo, kjer je kljub vsemu zaposlenih več ljudi, ki so strokovno usposobljeni za področje zdravstva.

S sodelovanjem in dogovarjanjem bi marsikdaj lahko rešili določene zadeve.

Še enkrat bom zapisala to, kar sem v enem od uvodnikov Izide že napisala:

Naj nobenemu izmed nas kakršnakoli politična funkcija, mednje štejem tudi zdravnike direktorje javnih zdravstvenih zavodov, kjerkoli ne pomeni večje vrednote od spoštovanja do kolegov. ■

Občutljivost ali mens sana in corpore sano

Duška Meh

Uvod ♦

Z delovanjem somatosenzornega živčevja se je ukvarjalo že veliko strokovnjakov, kljub temu pa tudi ta del živčevja skriva še veliko več vprašanj, kot pa je znanih odgovorov. Posebej zato, ker je bilo to področje dolgo neupravičeno zanemarjeno in se v pretežno »motorično« usmerjenem nevrološkem in nefiziološkem svetu šele danes uveljavlja. V revijah je vedno več člankov, ki se ukvarjajo z občutljivostjo. Spremenjena je pri različnih boleznih, sprememba je lahko zelo obremenjujoča ali le nepomembna spremljevalka bolezenskega dogajanja, je začetni simptom ali pa se razvije pozneje. Okvare občutljivosti so vsaj enako pogoste kot motnje gibljivosti, pogosto se pojavijo prej, so pa manj očitne in jih je težje natančno oceniti. Natančna preiskava občutljivosti je pomembna, saj razporeditev motenj občutkov in njihovih modalnosti pomaga pri lokalizaciji okvar in določitvi njihove velikosti, kakovost spremenjenega občutka omogoča razpoznavo prizadete strukture, količinsko in časovno ovrednotenje sta pomembna za določitev stopnje okvare, ponavljanje preiskave pa pomaga pri spremljanju razvoja bolezni.

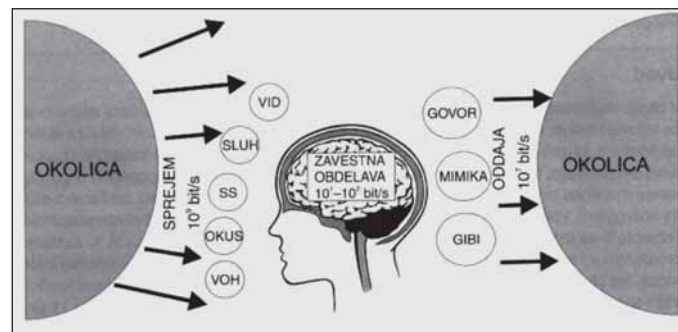
Občutljivost je tudi človekova sposobnost, da zazna določen dražljaj (energijo) v okolju in jo v natančno določenem procesu (dogajanju) prevede v podatek, ki ga telo prepozna in se nanj na ustrezen način odzove. Občutljiv je za energije, za katere ima ustrezne receptorje (tabela 1), ki sprejmejo vsako sekundo 10^9 bitov dražljajev in izzovejo dogajanja, ki se odrazijo v 10^7 bitov oddanih informacij v sekundi (slika 1) (1–6).

Tabela 1. Človekovi senzorni sistemi

modalnost	dražljaj	tip receptorja	receptor
vid	svetloba	fotoreceptor	čepnice, paličnice
sluh	zvok	mehanoreceptor	lasaste celice (polž)
somatosenzorika	mehanski	mehanoreceptor	nevroni v spinalnih ganglijah
	toplota, hlad	termoreceptor	
	bolečina	nociceptor	
	kemične snovi	kemoreceptor	
okus	kemične snovi	kemoreceptor	okušalne brbončice
voh	kemične snovi	kemoreceptor	olfaktorni senzorni nevroni

Prepoznavna temelji na določenih izkušnjah, ki človeku omogočajo preživetje v ne vedno prijetnih in prijaznih razmerah. Spremenjena je pri motenem delovanju perifernega živčevja, pri različnih sistemskih motnjah in spremembah v osrednjem živčevju. Rezultati raziskav zdravega živčevja so podlaga za razlago mehanizmov sprememb, ki jih pričakujemo pri delovanju spremenjenih struktur ali delovanja bolnega in za spremljanje učinkov različnih terapevtskih postopkov na zaznavanje.

Najbolj moteča motnja občutljivosti je bolečina. Je kompleksen občutek, ki poleg zaznave izzove še vrsto somatskih in avtonomnih refleksov, endokrinih sprememb in motivacijsko-afektivnih odzivov.



Slika 1. Receptorji so preplavljeni z 10^9 bitov podatkov iz zunanjega okolja v sekundi. Zavedno jih obdelamo le 10^2 bitov na sekundo. Človek odda v okolje v 1 sekundi 10^7 bitov informacij (Keidel). SS – somatosenzorika ali telesni občutki (npr. toplota, hlad, bolečina, dotik, vibracija...).

Bolečina je osebna izkušnja, ki izzove senzorne in čustvene odzive, pomeni spremembo, ki poruši ustaljeno ravnotežje v telesu in sproži plaz spremenjenih odzivov. Potrjujejo jo fiziološka odkritja in biološki mehanizmi, oboje pa z zaznavo povezuje psihofizika. Posamični nevroni lahko sodelujejo pri enem ali pri več odzivih. Je lahko visceralna ali somatska, to pa delimo v globoko in površinsko, ki je ali hitra (prva, epikritična) ali počasna (druga, protopatična).

Bolečina je neprijetna senzorna in čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali možno okvaro tkiva ali pa se kot takšna vsaj kaže (1). Je subjektivni občutek, osebna izkušnja, ki jo je nemogoče deliti. Doživeti ali celo doživljati bolečino je huda preizkušnja, ki zahteva ogromno moči in volje. Tudi zato, ker je večinoma nemogoče predvideti, sploh pa ne napovedati njene značilnosti (moč, neprijetnost, trajanje, razširjenost...). Pravila so le zelo okvirna, saj je izkušnja bolečine zelo subjektivna in ljudje se pri doživljanju bolečine zelo razlikujemo. Osebno izkušnjo potrjujejo fiziološka odkritja in biološki mehanizmi, oboje pa z zaznavo povezuje psihofizika.

Preizkušanje občutljivosti ♦

Preizkušanje občutljivosti je pomemben, zahteven, utrudljiv in dolgotrajen del klinične nevrološke preiskave, ocene pa so večinoma le kakovostne. Merila, ki jih za »normalnost« postavita zdravnik in bolnik, so različna in podatki o spremenjeni občutljivosti, posebej če je sprememba majhna, so nezanesljivi. Na osnovi podatkov klinične preiskave občutljivosti tudi naj ne bi mogli spremljati razvijanja opaženih sprememb, kar pa za natančno in skrbno dokumentirano delo ne drži. Danes poznamo tudi instrumentalne preiskave, ki so dobrodošle pomočnice, a samo to. Natančno in ponovljivo ocenjevanje občutljivosti omogoča določanje zaznavnih pragov: za dotik s von Freyevimi laski (8), za toploto, hlad in bolečino s termotestom (9) in za vibracijo z vibrometrom (10). Osnova pa so še vedno in bodo tudi ostale skrbno vodena anamneza in klinične značilnosti, povezane z znanjem in z izkušnjami.

Psihofizikalna preiskava, s katero določamo občutljivost za hlad,

toploto, bolečino zaradi mraza in bolečino zaradi vročine, je termotest. Uporabljamo metodo Marstock (9), ki so jo razvili švedski in nemški raziskovalci in se po mestih (Marburgu in Stockholmu), v katerih so delali, tudi imenuje. Uporabljamo TSA 2001 Thermal Sensory Analyser (Medoc Ltd, Ramat Yishai Israel).

Prage zaznavanja rahlega (von Freyevi laski (11), Aesthesiometer, The SOMEDIC von Frey set, Samedic AB Stockholm, Švedska) in grobega, bolečega (algometer (8) Samedic AB Stockholm, Švedska) dotika oziroma pritiska ter vibracije (10), VSA-3000 Vibratory Sensory Analyzer (Medoc Ltd, Ramat Yishai Israel), določamo v naši ambulanti in laboratoriju vsaj zaenkrat redkeje.

Za vse preiskave velja, da niso popolnoma objektivne, saj preiskovanec sam sporoča zaznave, preiskovalec pa mora natančno spremljati njegove odzive. Resničnost preiskovančevih navedb lahko preiskovalec preveri z vrsto drobnih zvijač. Navidezna pomanjkljivost je v resnici velika prednost, saj se ukvarjamo s področjem, kjer so objektivna dejstva veljavna šele, ko ugotovimo, koliko so pomembna za preiskovanca in njegove dejavnosti. Psihofizika je namreč področje, ki preučuje odnose med fizikalnimi lastnostmi dražljaja in senzornimi izkušnjami, psihofizikalne metode pa temeljijo na določanju zaznavnih pragov. Dražljaj doseže zaznavni prag, ko je dovolj močan, da izzove zaznavo v vsaj polovici poskusov. V senzornih poteh je stalna, naključna aktivnost (šum), ki jo zunanji dražljaj poveča in preiskovanec primerja izrazitost nove zaznave z notranjim merilom in se pri prazni vrednosti odloči, da je nova aktivnost toliko večja od šuma, da dražljaj, ki jo je izzval, lahko opredeli kot prazni - določi torej svoje merilo (9-11). Notranje merilo je pri različnih preiskovancih različno, nanj pa vpliva še vrsta dejavnikov.

Dražiti začnemo vedno s podpraznim dražljajem, ki ne izzove proženja impulzov in preiskovanec ničesar ne zazna. Določimo tudi mejne uporabljene vrednosti, ki že izzovejo občutek, so zanj specifične, ne morejo pa škoditi preiskovancu. Določanje zaznavnih pragov je zahtevno delo, ki ga dobro opravi le natančen, potrpežljiv in dobro teoretično podkovan preiskovalec. Na izmerjene zaznavne prage močno vplivajo dejavniki, ki preoblikujejo (zavirajo ali spodbujajo) dražljaj, ki potuje proti možganski skorji. Hrup, utrujenost, vznemirjenost, sočasni drugi dražljaji so nekateri od dejavnikov, ki motijo zaznavanje in onemogočajo natančno določitev pragov. Preiskave otežuje tudi preiskovančev strah in za veliko ljudi morda nepričakovan, pri določanju občutljivosti za nekatere dražljaje tudi neznan in težko prepoznaven dražljaj (12)

Uporaba podatkov, ki jih zberemo med delom, zahteva poznavanje vrste medicinskih področij, razumevanje mehanizmov dogajanj in pomena rezultatov preiskav, povezovanje pogosto navidežno nezdružljivih ugotovitev, na osnovi zbranih podatkov, izkušenj in znanja pa seveda izbiro načina zdravljenja ali vsaj blaženja sprememb. Večinoma poskušamo doseči uspeh z uporabo fizikalnih načinov zdravljenja, ki

- spodbudijo telesu lastne obrambne (zdravilne) sposobnosti,
- pravilno vodena nimajo škodljivih stranskih učinkov,
- ne izzovejo privajenosti,
- ne vplivajo na učinkovanje drugih zdravilnih snovi,
- niso alergogena in, kar ni zanemarljivo,
- ne povzročijo odvisnosti.

Pomen občutljivosti v rehabilitaciji ◆

Človeka in njegovo življenje določajo občutljivost (senzorika), gibljivost (motorika) in spoznavne funkcije (kognicija), ki so neprestano izpostavljeni spreminjanju. Vse dogajanje se odraža v živčevju, ki je odslikovalec dogajanj. Človek tudi v drugačnih razmerah, ki so prirojene ali posledica bolezenskega dogajanja, deluje kot celota, le da so

prispevki različnih sistemov lahko različni. V rehabilitacijski medicini smo prepogosto pozorni le na spremembe gibljivosti. Bolečino, ki je, posebej če je osrednja, očitno motec dejavnik pri rehabilitaciji (12), še opazimo. Predvsem subklinične spremembe občutljivosti ostanejo pogosto neprepoznane, saj so največkrat prekrite z drugimi, navidežno bolj obremenjujočimi težavami.

Izbiri bolnikov, za katere je rehabilitacija smiselna in potrebna, opravljamo po dogovorjenih merilih. Med rehabilitacijo želimo doseči funkcionalno okrevanje - vzpostavitev za organizem običajnih in pričakovanih dejavnosti. Poteka različno hitro, odvisna je od narave in obsežnosti spremembe. Najočitnejše in običajno enostavno dokazljive so spremembe gibalnih sposobnosti; teže je določiti motnje občutljivosti in spremembe spoznavnih sposobnosti. Naše dejavnosti bi morale biti usmerjene v vzpodbujanje vseh sistemov, če pa želimo biti pri tem uspešni, moramo poznati vse okvare. Telesne dejavnosti določamo klinično, posebej za subklinične spremembe občutljivosti pa uporabljamo psihofizikalne preiskave.

Obnovitev in prilagoditev sposobnosti omogoča reorganizacija živčevja, preuredita se tako senzorni kot motorični del možganske skorje (13-17). Pri tem so izredno pomembni medsebojni vplivi posamičnih funkcionalnih delov (14, 17-19), preučevanje teh vplivov in verjetni učinek višjih živčnih dejavnosti, še posebej spoznavnih sposobnosti, pa je dokazljiv samo posredno, z elektro- in s psihofiziološkimi ter psihofizikalnimi preiskavami. Raziskav, ki bi ugotovile razmerje med njimi, vplive in učinke posamičnih delov, pa v nam dostopni literaturi nismo našli.

Po izkušnjah iz periferne nevrologije spremembe zaznavanja bistveno vplivajo na gibljivost (20).

Prepoznavanje motenj občutljivosti je klinično pogosto neuspešno. Spremembe so lahko subklinične ali prekrite z drugimi, vsaj navzven bolj obremenjujočimi težavami. Zanesljiva pomoč je pri takih primerih psihofizika z različnimi preiskavami (15) in s količinskim, kakovostnim, časovnim in prostorskim opredeljevanjem sprememb.

Izboljšanje zaznavanja smo pri bolnikih s perifernimi okvarami dosegli s fizikalnimi sredstvi, tako s površinskim protibolečinskim električnim draženjem (TENS) kot s frekvenčno modulirano biofoto-stimulacijo (FMB) (9). TENS na osrednje strukture zanesljivo vpliva. Lastnih objektivnih podatkov o FMB sicer še nimamo, učinki pri uvodnih preiskavah pa so prepričljivi.

Preučevanje občutljivosti na Katedri za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani in na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo ◆

Člani skupine zaposlenih na Katedri za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani in na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo smo se odločili, da se bomo problemom občutljivosti posvetili tudi raziskovalno. Oboroženi z voljo, znanjem, delavnostjo, podprti z opremo in ustreznimi servisnimi službami ter s hotenjem, da tudi z raziskavami še izboljšamo naše delo, smo se lotili dela. Pregledovali bomo prostovoljce in bolnike. Vsi bodo podpisali informirano privoljenje, saj jih bomo obravnavali v ambulanti, kjer bolj kot učinek farmakoterapevtikov izkoriščamo učinke fizikalnih dejavnikov in telesu lastnih obrambnih mehanizmov. O vsem se dogovarjamo z ustreznimi strokovnjaki Medicinske fakultete Univerze v

Ljubljani, Medicinske fakultete Maribor, Kliničnega centra Ljubljana, Univerzitetne bolnišnice Maribor, drugih zdravstvenih in zdraviliških ustanov v Sloveniji.

Z občutljivostjo se naša raziskovalna skupina ukvarja od leta 1989. Naši najpomembnejši dosežki so:

- uvedli smo termotest v Slovenijo, na Inštitut za klinično nevrofiziologijo (kjer so ga vsaj začasno opustili) in na Inštitut RS za rehabilitacijo
- v Slovenijo smo uvedli drugi psihofizikalni metodi, pomembni za pravilno vrednotenje motenj občutljivosti (torej tudi bolečine), vibrametrijo na Inštitut za klinično nevrofiziologijo (kjer so jo vsaj začasno opustili) in na Inštitut RS za rehabilitacijo ter ocenjevanje rahlega dotika na Inštitut RS za rehabilitacijo
- vodimo uvajanje površinskega protibolečinskega električnega draženja (TENS) pri vrsti indikacij, novih tudi v svetovnem merilu *
- vodimo uvajanje novega načina fizikalnega zdravljenja, frekvenčno modulirane biofotostimulacije (FMB), v Sloveniji *
- razvili smo vrsto novih orodij
- uvedli smo ocenjevanje uspešnosti zdravljenja s termotestom in z modalno prilagojeno vidno analogno lestvico (VAS) *
- preverili, priredili in razširili smo doslej uveljavljene lestvice (npr. VAS) *
- izbiramo in prilagajamo vprašalnike *
- prilagajamo protokole za zdravljenje s TENS *
- protokole za nove načine zdravljenja sestavljamo na osnovi rezultatov raziskav *

* v sodelovanju z Zdraviliščem Šmarješke Toplice (mag. Martina Bregar, dr. med.) poteka interno ovrednotenje (evalvacija)

Sklep ◆

Občutljivost postaja vedno pomembnejši dejavnik v razmišljanju o celoviti obravnavi ljudi, ki so se nam zaupali. Ker znamo ceniti njihovo odločitev, bomo prestopili mejo, ki jo prepogosto neupravičeno postavljamo med gibanje in občutenje, še večkrat pa med spoznavne sposobnosti in telo.

Želimo se ukvarjati s področji, ki jim zaenkrat posvečamo manj pozornosti in so tudi drugje podcenjena. Občutljivost je sicer vedno bolj opažena značilnost, še vedno pa je le redko ovrednotena. Želimo utirati nove poti, saj imamo znanje in voljo.

Literatura:

1. Carpenter MB. Core text of neuroanatomy. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
2. Brodal A. Neurological anatomy. New York: Oxford University Press, 1981.
3. Keidel WD. Kurzgefaßtes Lehrbuch der Physiologie. Stuttgart: Thieme, 1979.
4. Kandel ER, Schwartz JH. Principles of neural science. New York: Elsevier, 1985.
5. Duus P. Neurologisch-topische Diagnostik. Stuttgart: Thieme, 1987.
6. Gardner EP, Martin JH, Jessell TM. The bodily senses. In: Kandel ER, Schwartz JS, Jessell TM, editors. Principles of neural science New York: McGraw-Hill; 2000. p. 430-49.
7. Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press, 1994.
8. Lindblom U. Quantitative testing of sensibility including pain. In: Stålberg E, Young R, eds. Clinical neurophysiology. London: Butterworths, 1981:168-90.
9. Frustorfer H, Lindblom U, Schmidt WG. Method for quantitative estimation of thermal thresholds in patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1976;39:1071-5.
10. Goldberg JM, Lindblom U. Standardised method of determining vibratory perception thresholds for diagnosis and screening in neurological investigation. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1979;42:793-803.
11. Johansson RS, Vallbo AB, Westlind G. Thresholds of mechanosensitive in the human hand as measured with von Frey hairs. Brain Res 1980;184:343-51.
12. Ducreux D, Attal N, Parker F, Bouhassira D. Mechanisms of central neuropathic pain: a combined psychophysical and fMRI study in syringomyelia Brain 2006; 129: 963-76.
13. Finnerup NB, Johannesen IL, Fuglsang-Frederiksen A., Bach FW, Jensen TS. Sensory-function in spinal cord injury patients with and without central pain. Brain 2003; 126: 57-70.
14. McCrea DA. Spinal circuitry of sensorimotor control of locomotion. J Physiol 2001; 533: 41-50.
15. Meh D. Psihofizikalne preiskave. In: Kersnik J, editor. Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program. Zbornik predavanj 4. Fajdigovi dnevi; 2002 okt 11-12; Kranjska Gora. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003; 51-4.
16. Nelles G, Spiekermann G, Jueptner M, Leonhardt G, Müller S, Gerhard H, Diener HC. Reorganization of Sensory and Motor Systems in Hemiplegic Stroke Patients : A Positron Emission Tomography Study. Stroke 1999; 30: 1510-6.
17. Taylor JL, Petersen NT, Butler JE, and Gandevia SC. Interaction of transcranial magnetic stimulation and electrical transmastoid stimulation in human subjects. J Physiol 2002; 541: 949-58.
18. Aymard C, Baret M, Katz R, Lafitte C, Penicaud A, Raoul S. Modulation of presynaptic inhibition of Ia afferents during voluntary wrist flexion and extension in man. Exp Brain Res 137: 127-31.
19. Green JB, Sora E, Bialy Y, Ricamato A, Thatcher RW. Cortical sensorimotor reorganization after spinal cord injury: an electroencephalographic study. Neurology 1998; 50: 1115-21.
20. Novak P, Burger H, Marinček Č, Meh D. Influence of foot pain on walking ability of diabetic patients. J Rehabil Med 2004; 36: 249-52.

NOVA SPLETNA STRAN ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

www.zdravniskazbornica.si

Štirivalentno cepivo proti okužbi s HPV – kaj se je zgodilo v zadnjih šestih mesecih?

Mario Poljak, Marjetka Uršič Vrščaj

Humani virusi papiloma (HPV) so zelo heterogena skupina virusov, ki jih povezujemo z nastankom številnih benignih in malignih novotvorb ploščatoceličnega epitelija. Petnajst t.i. visokorizičnih genotipov HPV (najpomembnejša sta genotipa HPV-16 in HPV-18) je odgovornih za nastanek več kot 99 odstotkov raka materničnega vratu, več kot 80 odstotkov raka zadnjika, več kot 60 odstotkov raka penisa, nožnice in ženskega zunanega spolovila ter približno 20 odstotkov raka v ustni votlini (večinoma rak tonzil). Nasprotno je 12 t.i. nizkorizičnih genotipov HPV (najpomembnejša sta genotipa HPV-6 in HPV-11) odgovornih za nastanek več kot 95 odstotkov genitalnih bradavic (*condylomata acuminata*) in ploščatoceličnih papilomov grla (1, 2).

Ker dolgotrajna persistentna okužba s HPV predstavlja nujen, čeprav nezadosten, etiološki dejavnik pri razvoju novotvorb, povezanih s HPV, vključno z rakom materničnega vratu, bi lahko nastanek raka materničnega vratu in ostalih s HPV povezanih novotvorb preprečili z uporabo cepiv. V nedavnem preglednem prispevku, objavljenem v januarški številki našega stanovskega glasila (3), smo podrobno predstavili štirivalentno cepivo družbe Merck Sharp & Dohme (MSD), ki vsebuje virusom podobne delce genotipov HPV-6, HPV-11, HPV-16 in HPV-18 in ki ga od septembra 2006 v državah EU lahko uporabljamo za preprečevanje nastanka naslednjih novotvorb, povezanih z okužbo z navedenimi štirimi genotipi HPV: karcinoma materničnega vratu, cervikalne displazije hude stopnje (CIN 2/3), displastičnih sprememb hude stopnje na vulvi (VIN 2/3) ter genitalnih bradavic. Indikacija temelji na dokazu klinične učinkovitosti cepiva pri ženskah, starih od 16 do 24 let, in dokazu imunogenosti cepiva pri 9 do 15 let starih otrocih in mladostnikih obeh spolov.

V tokratnem prispevku želiva opozoriti na nova spoznanja, povezana s štirivalentnim cepivom proti HPV, ki so bila predstavljena strokovni javnosti v zadnjih šestih mesecih. Novosti so razdeljene v tri skupine: (i) novi dokazi o učinkovitosti cepiva, ki temeljijo na izsledkih, objavljenih v vodilnih medicinskih revijah, (ii) novi dokazi o varnosti cepiva, ki temeljijo predvsem na izkušnjah po rutinski aplikaciji približno osmih milijonov odmerkov cepiva, zlasti v ZDA, (iii) novosti, povezane z izredno hitro registracijo in implementacijo cepiva v več kot 70 državah na svetu.

Novi dokazi o učinkovitosti štirivalentnega cepiva proti HPV ♦

Kot je bilo podrobno opisano v predhodnem preglednem prispevku (3), so učinkovitost štirivalentnega cepiva proti HPV preverjali v štirih

s placebom nadzorovanih, dvojno slepih, randomiziranih kliničnih raziskavah faze II in III, ki so skupno zajele več kot 21.000 žensk, starih od 16 do 26 let. Po objavi izsledkov dveh raziskav faze II v letu 2006 (4, 5) so bili 10. maja letos v reviji New England Journal of Medicine objavljeni dolgo pričakovani rezultati dveh s placebom nadzorovanih, dvojno slepih, randomiziranih kliničnih raziskav faze III, in sicer raziskav FUTURE I (6) in FUTURE II (7). Skupni izsledki vseh štirih s placebom nadzorovanih, dvojno slepih, randomiziranih kliničnih raziskav pa so bili objavljeni 19. maja in 2. junija letos v dveh člankih v reviji Lancet (8, 9). Če kratko povzamemo rezultate, pri ženskah, ki so bile v enem letu po vključitvi v raziskave cepljene z vsemi tremi odmerki cepiva in ki niso bile predhodno okužene z nobenim od štirih genotipov HPV, vključenih v cepivo (učinkovitost »per-protokol« ali analiza PPT), je štirivalentno cepivo proti HPV (4-9):

a) preprečilo nastanek 99 odstotkov (interval zaupanja 93–100 odstotkov) s HPV-16 in HPV-18 povezanih primerov cervikalne displazije hude stopnje (CIN 2/3), neinvazivnega raka materničnega vratu in adenokarcinoma in situ. Pri 8.579 ženskah, ki so prejele štirivalentno cepivo, so tako opisali en primer s HPV-16 povezane CIN 3, medtem ko so pri 8.550 ženskah, ki so dobile placebo, skupaj ugotovili 85 primerov CIN 2/3 in adenokarcinoma in situ. Bolj natančno, pri ženskah, ki so dobile placebo, so ugotovili 56 primerov CIN 2, 51 primerov CIN 3 in 7 primerov adenokarcinoma in situ. 73 primerov navedenih sprememb je bilo povezanih s HPV-16 in 18 primerov s HPV-18 (9).

b) preprečilo nastanek 100 odstotkov (interval zaupanja 72–100 odstotkov) s HPV-16 in HPV-18 povezanih displastičnih predrakavih sprememb hude stopnje na vulvi (VIN 2/3) in vagini (VaIN 2/3) ter neinvazivnega raka ženskega zunanega spolovila ter nožnice. Pri 7.811 ženskah, ki so prejele štirivalentno cepivo, tako ni bilo nobenega primera navedenih sprememb, medtem ko so pri 7.785 ženskah, ki so dobile placebo, ugotovili 15 primerov teh sprememb. Bolj natančno, pri ženskah, ki so dobile placebo, so ugotovili 8 primerov VIN 2/3 in 7 primerov VaIN 2/3. 13 primerov navedenih sprememb je bilo povezanih s HPV-16 in 2 primera s HPV-18 (8).

c) preprečilo nastanek 99 odstotkov (interval zaupanja 93,7–100 odstotkov) s HPV-6 in HPV-11 povezanih genitalnih bradavic. Pri 7.897 ženskah, ki so prejele štirivalentno cepivo, so tako opisali dva primera genitalnih bradavic, medtem ko so pri 7.899 ženskah, ki so dobile placebo, ugotovili 189 primerov genitalnih bradavic (4-9).

Poleg opisane učinkovitosti »per-protokol«, ki simulira učinkovitost cepiva v populaciji oseb, ki še niso prišle v stik s HPV (npr. deklace v starosti od 10 do 12 let), so bili v navedenih člankih predstavljeni tudi rezultati učinkovitosti cepiva po protokolu »intention-to-treat«, ki opisuje, kaj se zgodi, če cepimo celotno populacijo žensk v starosti od 16 do 26 let, ne da bi iz analize izključili tiste, ki so pred cepljenjem že bile v stiku s HPV (6-9). Navadno je namreč pri raziskavah učinkovitosti

cepi predhodni kontakt z virusom, proti kateremu cepimo, izključitveni kriterij. Populacija žensk v starosti od 16 do 26 let je glede na izsledke raziskav (ne glede na to, iz katerega dela sveta prihaja), sestavljena iz približno 70 odstotkov žensk, ki še niso prišle v stik z nobenim izmed štirih genotipov HPV, vključenih v cepivo, ter približno 30 odstotkov posameznic, ki so bile pred cepljenjem HPV DNK-pozitivne (osebe, trenutno okužene s HPV) in/ali anti-HPV-pozitivne (prebolela okužba s HPV) na enega ali več genotipov HPV, vključenih v cepivo. Navedena analiza populacije »intention-to-treat« je pokazala, da cepivo ne ščiti pred razvojem bolezni, povzročene z genotipom HPV, s katerim je oseba bila ali je še vedno okužena, vendar so bile te posameznice (kljub pozitivnosti na HPV) zaščitene pred pojavom klinične bolezni, povzročene s preostalimi genotipi HPV, ki jih vsebuje cepivo. Tako je cepivo v celotni populaciji žensk v starosti od 16 do 26 let (69,1 odstotka negativnih na HPV, 23,7 odstotka pozitivnih na en genotip HPV, 6 odstotkov pozitivnih na dva genotipa, 1,1 odstotka pozitivnih na tri genotipe in 0,1 odstotka pozitivnih na vsa štiri genotipe) preprečilo nastanek naslednjih novotvorb: (i) 44 odstotkov (interval zaupanja 26–58 odstotkov) s HPV-16 in HPV-18 povezanih primerov cervikalne displazije hude stopnje (CIN 2/3) in adenokarcinoma in situ, (ii) 71 odstotkov (interval zaupanja 37–88 odstotkov) s HPV-16 in HPV-18 povezanih displastičnih predrakavih sprememb hude stopnje na vulvi (VIN 2/3) in vagini (VaIN 2/3) ter (iii) 49 odstotkov (interval zaupanja 40–57 odstotkov) s HPV-6 in HPV-11 povezanih genitalnih bradavic (6–9).

Trajanje zaščite po cepljenju s štirivalentnim cepivom je še vedno neznano. Nedavna raziskava, objavljena v reviji British Journal of Cancer, je pokazala, da predhodne ugotovitve (4, 10) o nekajletni zaščitni učinkovitosti cepiva, ki so temeljile na nadomestnih kazalcih (titer anti-HPV-protiteles) držijo in da s cepivom spodbujena anti-HPV-protitelesa nudijo vsaj 5-letno zaščito proti razvoju novotvorb, povezanih s štirimi genotipi HPV, vključenimi v cepivo. Tako pri cepljenih osebah niti po petletnem spremljanju (vsakih 6 mesecev) niso opisali nastanka niti enega samega primera s HPV-16 in HPV-18 povezane cervikalne displazije hude stopnje (CIN 2/3), adenokarcinoma in situ, VIN 2/3, VaIN 2/3 in prav tako niti enega primera s HPV-6 in HPV-11 povezanih genitalnih bradavic (11). Raziskave z dolgotrajnejšim spremljanjem še potekajo.

Novi dokazi o varnosti štirivalentnega cepiva proti HPV ◆

Možni hujši stranski učinki cepiva so vedno največja skrb pri izvajanju cepljenja, saj pri cepljenju cepivo dajemo zdravemu prebivalstvu. Kot je bilo podrobno opisano v predhodnem preglednem prispevku (3), je bilo v štirih kliničnih raziskavah faze II in III zaradi neželenih učinkov izključenih 0,2 odstotka oseb (4–9, 12). Podobno kot pri večini cepiv so najpogostejše opisali naslednje stranske učinke: zelo pogosto: zvišano telesno temperaturo, glavobol, eritem, bolečino in otekline na mestu aplikacije; pogosto: krvavitev in srbenje na mestu aplikacije; redko: urtikarijo; zelo redko: bronhospazem. Večina neželenih učinkov cepiva na mestu aplikacije je bila, kot pri večini drugih cepiv, statistično pogostejša v skupini cepljenih v primerjavi s placebom. Nasprotno pa razlika med pogostostjo resnejših neželenih učinkov (sistemskih) v skupini cepljenih v primerjavi s skupino, ki je prejela placebo, ni bila statistično pomembna (4–9, 12).

Kot pri vsakem novem cepivu, takoj po uvedbi cepljenja regulatorni organi (predvsem v ZDA) pogosto in zelo skrbno spremljajo vse prijave možnih stranskih učinkov cepiva in po potrebi (npr. pojav nepričakovanih stranskih učinkov, ki zaradi relativno malega števila

sodelujočih v raziskavah mogoče ni bil zabeležen) zelo ostro ukrepajo in cepivo (vsaj začasno) umaknejo s tržišča. Vse prijave možnih stranskih učinkov štirivalentnega cepiva proti HPV po aplikaciji približno dveh milijonov odmerkov cepiva so bile tako v ZDA obravnavane na sestanku Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 22. februarja 2007. Zaključek ocenjevanja je bil, da pojavnost vseh prijavljenih možnih stranskih učinkov štirivalentnega cepiva proti HPV ni statistično različna od pričakovane pojavnosti enakih dogodkov v ameriški ženski populaciji enake starostne sestave.

Podobno kot v ZDA, niso v niti eni izmed 52 držav, kjer so začeli z aktivnim cepljenjem s štirivalentnim cepivom proti HPV (glej naprej), cepljenja prekinili ali začasno ustavili zaradi stranskih učinkov. Trenutni podatki torej kažejo, da je cepivo relativno varno, saj po aplikaciji približno osmih milijonov odmerkov cepiva ni bilo zaznati povečane pojavnosti hujših in hudih stranskih učinkov v primerjavi s pojavnostjo enakih dogodkov v splošni populaciji. Ker gre za novo cepivo, bo treba kljub temu možne stranske učinke še vedno zelo skrbno prijavljati in pogosto ocenjevati.

Novosti, povezane z registracijo in implementacijo štirivalentnega cepiva proti HPV ◆

Do 1. maja 2007 je bilo štirivalentno cepivo proti HPV registrirano v 76 državah, in sicer v 36 evropskih državah, 19 državah Severne in Južne Amerike, 11 afriških državah, 8 azijskih državah ter v Avstraliji in Novi Zelandiji. V vseh 76 državah je bilo cepivo registrirano po pospešenem postopku registracije. Aktivno se trenutno cepi v 52 državah po svetu. V nobeni državi pred cepljenjem ne svetujejo testiranja na HPV.

Prva država, ki je registrirala cepivo, je bila Mehika (1. junija 2006), sledila je registracija ameriške Uprave za hrano in zdravila (FDA) 8. junija 2006. Slab mesec po odobritvi cepiva s strani FDA se je 50 vodilnih zasebnih ameriških zavarovalnic odločilo v celoti kriti stroške cepljenja za svoje zavarovance. Za preostale otroke v ZDA, večinoma revnejše in nezavarovane, od 1. novembra 2006 stroške cepljenja proti HPV v celoti krije sklad Vaccines for Children Program. Marca 2007 so bila v ZDA objavljena MMWR-priporočila za cepljenje s štirivalentnim cepivom proti HPV (12). Po teh priporočilih se v ZDA po cepilnem koledarju cepijo deklice v starosti od 11 do 12 let, cepivo je priporočeno tudi za deklice/ženske v starosti od 13 do 26 let (t.i. »catch-up« cepljenje), tudi za tiste ženske, ki so spolno dejavne, imajo patološki PAP-test ali so HPV DNA-pozitivne (12).

V Avstraliji je bilo štirivalentno cepivo proti HPV odobreno 16. junija 2006. Po veljavnih priporočilih (13) se v breme države po cepilnem koledarju cepijo vse deklice v starosti od 12 do 13 let, cepivo je tudi priporočeno in je za obdobje dveh let brezplačno za vse deklice/ženske v starosti od 14 do 26 let, tudi za tiste ženske, ki so spolno dejavne (13). Cepljenje je v Avstraliji priporočeno tudi za fante od 9 do 14 let, ampak le samoplačniško.

V Kanadi je bilo štirivalentno cepivo proti HPV odobreno 10. julija 2006 in februarja 2007 so bila objavljena CCDR/RMTC-priporočila za cepljenje (14). Po teh priporočilih se v Kanadi po cepilnem koledarju cepijo deklice v starosti od 9 do 13 let, cepivo je priporočeno tudi za deklice/ženske v starosti od 14 do 26 let, tudi za tiste ženske, ki so spolno dejavne, imajo patološki PAP-test ali so HPV DNA-pozitivne (14). Priporočila dovoljujejo tudi cepljenje žensk, starejših od 26 let, po predhodni individualni obravnavi (14).

Septembra 2006 je po centraliziranem postopku uporabo štirivalent-

nega cepiva proti HPV v EU odobrila tudi pristojna Evropska agencija za zdravila (EMA), kar pomeni, da štirivalentno cepivo proti HPV od takrat lahko uporabljamo v vseh članicah EU. EMA priporoča cepljenje za preprečevanje karcinoma materničnega vratu, cervikalne displazije hude stopnje (CIN 2/3), displastičnih sprememb hude stopnje na vulvi (VIN 2/3) ter genitalnih bradavic, vendar v priporočilih ne definira natančno spola, niti starostnega razpona za cepljenje. EMA le navaja, da indikacija za cepljenje temelji na dokazu učinkovitosti cepiva pri odraslih ženskah, starih od 16 do 24 let, in dokazu imunogenosti cepiva pri 9 do 15 let starih otrocih in mladostnikih obeh spolov. EMA tudi poudarja, da podatkov o klinični učinkovitosti cepiva pri moških zaenkrat ni.

Kot ponavadi pri drugih cepivih, EU zaostaja tudi pri implementaciji štirivalentnega cepiva proti HPV, kar ni nujno slabo. Kljub enotnim priporočilom EMA, kot kaže, vsaka država EU ubira svojo pot implementacije štirivalentnega cepiva proti HPV. Po trenutnih podatkih je štirivalentno cepivo proti HPV vključeno v redni cepilni program v Avstriji, Nemčiji, Italiji, Franciji, Belgiji in Luksemburgu ter na Švedskem in Norveškem.

V Avstriji bodo po nacionalnem cepilnem koledarju cepili 9 do 17 let stare otroke/adolescente obeh spolov, predvidoma izključno pred prvim spolnim odnosom. Trenutno cepljenje v Avstriji poteka le samoplačniško.

V Franciji bodo po cepilnem koledarju primarno cepili 14 let stare deklice ter dodatno deklice/ženske v starosti od 15 do 23 let, vendar le pred oziroma znotraj prvega leta od prvega spolnega odnosa. Z rednim cepljenjem na stroške države/zavarovalnice bodo v Franciji začeli pred koncem leta 2007.

V Nemčiji bodo po cepilnem koledarju cepili primarno deklice v starosti od 12 do 17 let, vendar le pred začetkom spolnega življenja. Večina nemških zavarovalnic krije stroške cepljenja za svoje zavarovance v celoti od decembra 2006.

V Italiji bodo po cepilnem koledarju kmalu oziroma so v nekaterih krajih že začeli s cepljenjem deklic v starosti 12 let. Stroške cepljenja za to populacijo v Italiji v celoti krije država.

Na Švedskem bodo po cepilnem koledarju cepili deklice v starosti od 13 do 17 let. Stroške cepljenja za to populacijo na Švedskem v celoti krije država oziroma zavarovalnice.

Zaključek

Kljub odlični učinkovitosti in varnosti štirivalentnega cepiva proti HPV, je potrebno ponovno poudariti, da cepivo proti HPV, podobno kot druga cepiva, ne bo popolnoma zaščitilo vseh cepljenih. Ker cepivo ščiti le pred okužbo s štirimi genotipi, HPV-6, HPV-11, HPV-16 in HPV-18, je po uspešnem cepljenju moč pričakovati zaščito proti nastanku največ 70 odstotkov vseh primerov raka materničnega vratu in največ 90 odstotkov vseh primerov genitalnih bradavic. Idealen čas za cepljenje je pred izpostavitvijo okužbi s štirimi genotipi HPV oziroma pred prvimi spolnimi stiki in ni neposredno povezan s starostjo. Cepljenje proti HPV z obstoječim cepivom ni zamenjava za presejanje raka materničnega vratu. Zato je potrebno pri cepljenih posameznikah testiranje PAP izvajati v enakem obsegu in na enak način kot pri necepljenih.

Cepivo proti HPV nima terapevtskega učinka. Cepivo torej ni indicirano za zdravljenje raka materničnega vratu, cervikalne displazije, displastičnih sprememb na vulvi ter genitalnih bradavic, kakor tudi ne preprečevanju napredovanja navedenih displastičnih sprememb.

Kot smo zapisali v predhodnem preglednem prispevku (3), je štirivalentno cepivo proti HPV zaradi svojega koncepta (cepivo proti raku materničnega vratu, raku nožnice, raku ženskega zunanjega spolovila in genitalnim bradavicam) nedvomno pomembna, tako znanstvena kot tudi miselna, prelomnica v medicini. Pred šestimi meseci smo optimistično upali, da ji bomo kos, a kot se trenutno zdi, ji vsaj v Sloveniji še zdaleč nismo.

Literatura:

1. Poljak M et al. *Onkologija* 2005; 9: 60-72.
2. de Villiers EM et al. *Virology* 2004; 324: 17-27.
3. Poljak M. *ISIS* 2007; 16: 44-45.
4. Mao C et al. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 18-27.
5. Villa LL et al. *Vaccine* 2006; 24: 5571-5583.
6. Garland SM et al. *New Engl J Med* 2007; 356: 1928-1943.
7. The FUTURE II Study Group. *New Engl J Med* 2007; 356: 1915-1927.
8. Joura EA et al. *Lancet* 2007; 369: 1693-1702.
9. The FUTURE II Study Group. *Lancet* 2007; 369: 1861-1868.
10. Villa LL et al. *Lancet Oncol* 2005; 6: 271-278.
11. Villa LL et al. *Br J Cancer* 2006; 95: 1459-1466.
12. Center for Disease Control and Prevention. *MMWR* 2007; 56 (RR-2): 1-32.
13. <http://www.cancerscreening.gov.au>
14. National Advisory Committee on Immunization. *CCDR/RMTC* 2007; 33 (DCC-2): 1-32.



Vseevropska pobuda za preprečevanje raka debelega črevesa in danke: prihodnost zdravja v Evropi

Milan Stefanovič

V Bruslju je bila 9. maja 2007 enodnevna konferenca o preprečevanju karcinoma debelega črevesa (KDČ).

Na pobudo »Felix Burda Fundacije« in pod pokroviteljstvom nemškega predsedstva Evropski uniji so se zbrali znanstveniki, zdravniki in politiki iz 28 držav. Namen konference je bil sprožiti politično akcijo in vzpodbuditi pričetek preventive na področju KDČ, tako na nacionalni kot tudi vseevropski ravni. Pristojne so pozvali k ustanovitvi standardiziranih in dovolj kakovostnih programov na področju preventive KDČ ter h konkretnemu ukrepanju v celotni Evropi.

KDČ predstavlja velik zdravstveni problem. V Evropi vsako leto zaradi KDČ na novo zboli 400.000 ljudi, 212.000 na leto pa jih zaradi tega umre. Tako pri ženskah kot pri moških je KDČ po pogostnosti in tudi kot vzrok karcinomske smrti na drugem mestu, in to kljub temu, da se ga z ustreznim preventivnim programom da preprečiti ali z odkritjem v zgodnji fazi tudi v celoti pozdraviti. Na osnovi tega je Evropska komisija že leta 2003 članicam svetovala, da pričnejo s presejanjem KDČ na nacionalni ravni. Do sedaj jih je le polovica tudi pričela s presejanjem ali pa s pilotskimi študijami pred pričetkom presejanja. Na konferenci so bile prikazane dosedanje izkušnje. Način, kakovost in uspehi presejanja se med članicami zelo

razlikujejo! Osem evropskih držav izvaja presejanje s pomočjo testa na prikrito krvavitev iz prebavil, pet držav pa kombinira ta test s kolonoskopijo. Kar v nekaj državah je udeležba ljudi v presejanju prenizka, da bi to imelo vpliv na incidenco in smrtnost zaradi KDČ. Tam, kjer so bile ustanovljene centralne agencije z individualnim »klicem in odgovorom« vseh oseb s povprečnim tveganjem za KDČ in tudi iz vseh družbenoekonomskih okolij, je udeležba najvišja. Po drugi strani je v nekaterih državah, kjer se program izvaja decentralizirano in na nestandardizirani način, prisotna pomembna stopnja napak brez vpliva na incidenco KDČ, ki tam še naprej narašča. Samo centralizirani pristop omogoča ustrezno vrednotenje rezultatov presejanja, skupaj z jasno določenimi standardi za kakovost.

Na srečanju je bila Evropska komisija pozvana, da uporabi svojo avtoriteto in moč, tako da bi omogočila kakovosten program presejanja KDČ. Določila naj bi osnove in ustrezne elemente za bodoči akcijski načrt, kar bi omogočilo dobro osnovo za evropski boj proti velikemu zdravstvenemu problemu. Evropska komisija naj bi uporabila sklepe bruseljske konference kot temelj za ustanovitev svoje lastne »vseevropske mreže za boj proti KDČ«.

Slovenija ima svoj nacionalni program presejanja KDČ, vendar ga v praksi še ne izvaja. V Sloveniji incidenca KDČ še vedno narašča, odkrivamo ga pozno, v napredovalih stadijih, ko je prognoza slaba. Strm porast KDČ opazamo v zadnjih 15 letih, ko se je incidenca podvojila. Po podatkih za leto 2003 je bila incidenca pri moških 69,9 na 100.000 in pri ženskah 52 na 100.000. Slovenija se tako uvršča glede incidence KDČ v sam evropski vrh, obenem pa je pri dnu, kar zadeva petletno preživetje. Tudi zaradi tega je treba pohiteti. Priprave na izpeljavo programa nacionalnega presejanja trajajo od leta 2002, s programom naj bi predvidoma pričeli v prvi polovici leta 2008. Že letos jeseni naj bi se pričela široko zastavljena kampanja seznanjanja javnosti z razsežnostjo problem KDČ ter pozitivnimi učinki ustreznega presejalnega programa. Vključeni naj bi bili mediji, javne osebnosti, politiki, zdravstveno osebje ...

Na pobudo prof. dr. Saše Markovič je predsedstvo konference predlagalo, da bi bilo naslednje vseevropsko srečanje na temo KDČ v naši državi, in to v času predsedovanja Slovenije Evropski uniji, kar so udeleženci soglasno sprejeli.

Udeležbo na konferenci je finančno omogočila farmacevtska družba Astra-Zeneca. ■

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

SEPTEMBER 2007

TEMA

VSEBINA

5.–8. ob 9.00

št. kandidatov

PORTOROŽHotel Bernardin,
dvorana Evropa16. EVROPSKI KONGRES GINEKOLOŠKE
ENDOSKOPIJE (ESGE 2007): K IDEALNI
OPERACIJI ZA ŽENSKE – VLOGA PRED-
IN POOPERATIVNEGA HORMONKEGA
ZDRAVLJENJA (16th ANNUAL CONGRESS
OF THE ESGE: TOWARDS IDEAL SURGERY
FOR WOMEN – THE ROLE OF PRE- AND
POSTOPERATIVE HORMONAL TREATMENT)

1000

endoskopska operacija v ginekologiji s poudarkom na pred- in
pooperativnem hormonskem zdravljenju, kongres je namenjen
specialistom in specializantom ginekologije in porodništva

7.–9.

LJUBLJANA

Hotel Mons

20th ANAESTHESIA SYMPOSIUM ALPE-ADRIA

mednarodno strokovno srečanje za anesteziologe

11.–13.

LJUBLJANACINDI Slovenija,
Ulica stare pravde 2CINDI DELAVNICA O IZVAJANJU
ZDRAVSTVENOVZGOJNIH PROGRAMOV V
PRAKSI

25

učne delavnice so namenjene zdravstvenim delavcem, ki so
zaključili CINDI šolo za promocijo zdravja in preprečevanje
kroničnih bolezni v osnovnem zdravstvu/družinski medicini

13.–16. ob 16.00

MARIBOR

Kongresni center Habakuk

INTERNATIONAL CELIAC DISEASE MEETING

ni omejeno

mednarodni simpozij za zdravnike družinske medicine, zdravnike v
osnovnem zdravstvu, pediatre, interniste, dermatologe, nevrologe,
dietetike, medicinske sestre

15. ob 10.30

LJUBLJANAMestni muzej, Trg
francoske revolucije1st ALPE-ADRIA SYMPOSIUM ON
CONTINUOUS DOPAMINERGIC STIMULATION

81

mednarodno srečanje za nevrologe in vse zdravnike, ki imajo med
svojimi bolniki take z napredovalo Parkinsonovo boleznijo

17.

LJUBLJANA

Onkološki inštitut

TEČAJ PROSTORSKE STATISTIKE V
ONKOLOŠKI EPIDEMIOLOGIJI

80

tečaj je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom
vseh smeri javnega zdravja, medicinskim sestram, informatikom
in statistikom, ki se pri svojem delu srečujejo z obdelavo in
interpretacijo geografskih podatkov v zdravstvu

18.–20.

LJUBLJANA

Cankarjev dom

29th IACR ANNUAL MEETING (29. LETNO
SREČANJE MEDNARODNE ZVEZE
REGISTROV RAKA)

300

mednarodno strokovno srečanje s področja registracije raka
in analize podatkov registrov raka za zdravnike specialiste in
specializante vseh smeri javnega zdravja in onkologije, medicinske
sestre, informatike in statistike, ki se pri svojem delu srečujejo z
zbiranjem in obdelavo podatkov v zdravstvu

18.–22.

BLED

Hotel Jelovica

16. MEDNARODNI TEČAJ UČENJE IN
POUČEVANJE O VKLJUČEVANJU BOLNIKOV V
LASTNO ZDRAVLJENJE

45

strokovno izobraževanje za zdravnike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Evropsko združenje za ginekološko endoskopijo (European Society of Gynaecological Endoscopy – ESGE) v sodelovanju z Združenjem ginekologov in porodničarjev Slovenije, doc. dr. Martina Ribič Pucelj, dr. med.	online prijava: www.esge2007.org , informacije: www.esge2007.org , Congress Organisation, Rue du Lac 22b, CH-1020 Renens-Lusanne, Switzerland, T: +41 (0) 21 312 92 61, F: +41 (0) 21 312 92 63, W: www.esge2007.org , E: esge@meeting-com.ch	400–600 EUR	***
SZD - Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, doc. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave: W: http://www.go.to/szaim , E: szaim@mf.uni-lj.si	80 EUR, upokoenci in študentje brezplačno	***
Zdravstveni dom Ljubljana, Enota preventive CINDI Slovenija, Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.	prijave: CINDI Slovenija, Ulica stare pravde 2, 1000 Ljubljana, informacije: Barbara Lapuh, T: 01 23 07 360	100 EUR	***
Slovensko društvo za celiakijo, SB Maribor – KO za pediatrijo, mag. Jernej Dolinšek, dr. med.	prijave: Auditoria, d.o.o., Tržaška c. 286 d, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Natalija Bah Čad, T: 01 244 56 74, 244 56 70, F: 01 244 56 75, E: natalija.bah.cad@auditoria.si	***	***
Center za ekstrapiramidne motnje, UKC in Solvay Pharmaceuticals GmbH, prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med., Irena Jesenko, mag. farm.	prijave: Solvay Pharmaceuticals GmbH, Dunajska c. 22, 1000 Ljubljana, E: irena.jesenko@solvay.com , F: 01 430 21 24, informacije: Irena Jesenko, T: 01 430 21 22, F: 01 430 21 24, E: irena.jesenko@solvay.com	kotizacije ni	***
Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Maja Primic Žakelj	W: http://www.iacr2007.si , E: iacr2007@onko-i.si	50 EUR	***
Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka za Slovenijo, prof. dr. Maja Primic Žakelj	W: http://www.iacr07.si , E: register@onko-i.si	300 EUR	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. dr. Marija Petek Šter, dr. med., asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., mag. Leopold Zonik, dr. med., Katja Pesjak, univ. dipl. soc., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , W: http://www.drmed.org/novica.php?id=10483	kotizacije ni	***

SEPTEMBER 2007

TEMA

VSEBINA

21. ob 9.00

št. kandidatov

LJUBLJANA

Inštitut za rehabilitacijo RS,
predavalnica v
IV. nadstropju

UPORABA MEDNARODNE KLASIFIKACIJE
FUNKCIONIRANJA, ZMANJŠANE ZMOŽNOSTI
IN ZDRAVJA (ICF) PRI OTROCIH

[podroben program](#) • Isis 6/2007

ni omejeno

seminar je namenjen zdravnikom vseh specialnosti in vsem
drugim zdravstvenim delavcem in strokovnjakom, ki se pri svojem
delu srečujejo z osebami z zmanjšanimi zmožnostmi in njihovimi
težavami

21–22.

MORAVSKE
TOPLICE

Terme Vivat

EVROPSKE SMERNICE ZA OSKRBO RAN V
PRAKSI Z UČNIMI DELAVNICAMI

dvodnevni seminar z učnimi delavnicami je namenjen zdravnikom
in medicinskim sestram

22. ob 9.00

LJUBLJANA

TK Olimpija, Športni park
Tivoli

XI. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN
ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU

[podroben program](#) • Isis 7/2007

športno srečanje

25. ob 8.30

LJUBLJANA

Medicinska fakulteta, velika
predavalnica, Korytkova 2

ZDRAVILA IN PROMETNA VARNOST

[podroben program](#) • Isis 5/2007

simpozij

27.–29.

PORTOROŽ

3. MEDNARODNI IZOBRAŽEVALNI TEČAJ
SREDNJEVROPSKEGA ŽILNEGA FORUMA Z
NASLOVOM »PERIFERNO ŽILJE – OKNO DO
SRCA«/3rd INTERNATIONAL EDUCATIONAL
COURSE OF THE CENTRAL EUROPEAN
VASCULAR FORUM: »PERIPHERAL VESSELS
– A WINDOW TO THE HEART«

[podroben program](#) • Isis 6/2007

izobraževalni tečaj

28.

LJUBLJANA

3. CVAHTETОВI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA
– OTROCI IN OKOLJE

[podroben program](#) • Isis 8-9/2007

120

posvet je namenjen vsem, ki se pri svojem delu srečujejo s
problematiko dejavnikov okolja ter njihovega vpliva na zdravje
otrok

28. ob 9.00

LJUBLJANA

Fakulteta za farmacijo,
Aškerčeva 7,
predavalnica P1

SODOBNA FITOTERAPIJA

[podroben program](#) • Isis 8-9/2007

strokovno izobraževanje za zdravnike

28.–29.

LJUBLJANA

Smelt, velika dvorana,
Dunajska c. 160

STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA
INTERNISTOV SZD

strokovno srečanje za interniste

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Inštitut RS za rehabilitacijo	prijave do 16. 9. 2007 pošljite na naslov Ela Loparič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si	85 EUR (DDV vključen), TRR št.: 01100-6030278088 , tri dni pred pričetkom seminarja. Ob registraciji predložite potrdilo o plačilu kotizacije	***
Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS	***	za člane DORS-a 130 EUR, za nečlane 150 EUR	***
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus - Teniška sekcija	prijave sprejemamo do žrebanja: do četrтка, 20. septembra, lahko pošljete prijavo po E: ratko.tatalovic@siol.net ali jo sporočite po telefonu, po tem datumu je možna samo ustna prijava na T: 041 667 929	***	***
Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete in Združenje za razvoj forenzične toksikologije in drugih forenzičnih ved (FORTOX)	prijave: dr. Majda Zorec Karlovšek, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, T: 01 543 72 20, E: majda.zorec-karlovsek@mf.uni-lj.si, podrobnejši program in prijavnice na W: www.fortox.net	***	***
Srednjeevropski žilni forum (CEVF), Združenje za žilne bolezni Slovenskega zdravniškega društva	prijave: E: www.cevf2007.org	350 EUR za prijave pred 31. julijem 2007, 400 EUR po tem datumu, za študente in medicinske sestre/ zdravstvenike 150 EUR za prijave pred 31. julijem, 200 EUR po tem datumu	***
Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, organizacijski odbor: Ivan Eržen, Lijana Zaletel Kragelj, Marjan Bilban	Vabimo vse, ki delajo na tem področju, da svoje znanje in izkušnje delijo z nami. Vse zainteresirane vabimo, da sporočijo naslov svojega prispevka s kratkim povzetkom (do 250 besed) do 15. 6. 2007 na elektronski naslov organizatorja prim. doc. dr. Ivana Eržena, E: ivan@zzv-ce.si ali na Katedro za javno zdravje MF UL, Zaloška 4, Ljubljana. O izbiri prispevka in natančnem urniku boste obveščeni do 30. junija	80 EUR (vključuje zbornik, prigrizek, napitek)	***
SZD – Združenje zdravnikov družinske medicine, Fakulteta za farmacijo	prijave in informacije: ga. Barbara Krajnc, Farmedica, d.o.o., Leskoškova 12, 1000 Ljubljana, T: 01 524 02 13, F: 01 524 02 14, E: barbara@farmecica.si	***	v postopku
Združenje internistov SZD	informacije: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net	150 EUR	***

SEPTEMBER 2007

TEMA

VSEBINA

28.–29. ob 8.00

št. kandidatov

MARIBOR

Hotel Habakuk

NOGOMET IN MEDICINA

ni omejeno

multidisciplinarni kongres, namenjen zdravnikom, nogometnim trenerjem, profesorjem telesne vzgoje, kondicijskim trenerjem, fizioterapevtom, nogometašem, študentom

28.–29. ob 9.00

NOVA GORICA

Hotel Perla

GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI

[podroben program](#) • Isis 6/2007

100,
delavnica 25

strokovni simpozij s praktičnimi delavnicami za specialiste in specializante splošne kirurgije in travmatologije

28. in 29.

BLED

Hotel Lovec

DEPRESIVNOST IN PSIHOZA

simpozij, namenjen psihiatrom, psihoterapevtom, splošnim zdravnikom

28.–29. ob 8.00

LJUBLJANA

Rdeča predavalnica Pravne fakultete, Poljanski nasip 2

8. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI

[podroben program](#) • Isis 7/2007

350

seznanitev z različnimi vidiki uporabe sodobnih tehnik in sredstev v otroškem in preventivnem zobozdravstvu. Strokovno srečanje, na katerem bodo sodelovali strokovnjaki iz Slovenije in tujine, ni namenjeno samo zobozdravnikom, ki delajo na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, ampak tudi vsem drugim zobozdravstvenim delavcem, saj je prav usklajeno delovanje sodelavcev v delovni skupini pogoj za uspešno delo, še posebej pri uporabi sodobnih sredstev in tehnik

OKTOBER 2007

1.

GOLNIK

Bolnišnica Golnik - KOPA

GOLNIŠKI SIMPOZIJ: TEČAJ CITOLOGIJE BAL

15

tečaj, namenjen zdravnikom specialistom/specializantom patologije, citologom, citoskrinerjem

2.–5.

GOLNIK

Bolnišnica Golnik – KOPA
in Hotel Park BLED

GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DIAGNOSTIKA IN
ZDRAVLJENJE IMUNSKIH BOLEZNI

30 delavnice,
200 simpozij

simpozij z učnimi delavnicami, namenjen zdravnikom specialistom/specializantom pulmologije, interne medicine

3.–6.

PORTOROŽ

Kongresni center,
Hotel St. Bernardin

EVROPSKI KONGRES RAZISKOVALNE IN
KLINIČNE OFTALMOLOGIJE (EVER)

1100

mednarodno strokovno srečanje s področja raziskovalne in klinične oftalmologije za oftalmologe in raziskovalce na področju oči in vidnega sistema

4.–6.

PORTOROŽ

Grand hotel Metropol

33. EPOS (European Paediatric Ophthalmol.
Society annual meeting)

ni omejeno

strokovno srečanje, namenjeno zdravnikom oftalmologom, pediatrom, nevrofiziologom, genetikom

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Splošna bolnišnica Maribor, Matjaž Vogrin	informacije in prijave: PR.PLUS, Svetozarevska 10, 2000 Maribor, T: 02 234 25 30, F: 02 252 37 83, E: katja.pusnik@prplus.si, ali Matjaž Vogrin, T: 040 732 135, E: matjazvogirn@hotmail.com	200 EUR za zdravnike, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Travmatološki oddelek kirurške službe, Splošna bolnišnica Nova Gorica, Franci Koglot, dr. med.	prijave: ga. Tanja Birska, Adminstracija krg. službe, Splošna bolnišnica Dr. F. Derganca, 5290 Šempeter pri Gorici, informacije: ga. Tanja Birska, T: 031 818 611, 05 330 16 00, F: 05 330 10 24	40 EUR simpozij, 100 EUR praktične delavnice	***
Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, mag. Marjeta Blinc Pesek	prijave in informacije: Psihiatrična ordinacija Rudnik, Rudnik II/1, Barbara Marolt, T: 031 574 619, capitan@siol.net	***	***
Sekcija pedontologov SZD, Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo MF Ljubljana, asist. Rok Kosem, dr. dent. med.	informacije: Tanja Tantegel, dr. dent. med., T: 02 787 16 68, F: 02 787 12 81, E: tatjana.tantegel@zd-ptuj.si	***	***
Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, KO za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	100 EUR	***
Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, KO za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	300 EUR	***
European Association for Vision and Eye Research (EVER), Cankarjev dom, prof. dr. Marko Hawlina	prijave: www.ever.be, za namestitev: alenka.kregar@cd-cc.si, informacije: prof. dr. Marko Hawlina, Očesna klinika UKC, Grablovičeva 46, Ljubljana, T: 01 522 19 04, F: 01 522 19 60 E: marko.hawlina@mf.uni-lj.si	glej www.ever.be	***
EPOS (European Paediatric Ophthalmol. Society), prof. dr. Branka Stirn Kranjc, dr. med., Očesna klinika Ljubljana	prijave: www.epos-focus.org, informacije: prof. dr. Branka Stirn Kranjc, dr. med., Očesna klinika Ljubljana, Grablovičeva 46, Ljubljana, T: 01 522 19 13, F: 01 522 19 60, E: branka.stirn@guest.arnes.si	glej www.epos-focus.org	***

OKTOBER 2007

TEMA

VSEBINA

4.–6. ob 15.00

št. kandidatov

MARIBOR

Kongresni center Habakuk

AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI,
SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN
UKREPANJE - 3. STROKOVNI SEMINAR

300

strokovno srečanje s področja akutne in nujne medicine z
mednarodno udeležbo in učnimi delavnicami za zdravnike
družinske in urgentne medicine, specializante vseh strok,
medicinske sestre in zdravstvene tehnike nujne medicinske
pomoči ter intenzivne in družinske medicine

5.–6. ob 12.30

LJUBLJANA

II. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA
ZDRAVLJENJA

20

izobraževanje za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja,
izobraževanje, namenjeno vsem zdravnikom[podroben program](#) • Isis 7/2007

5.–6. ob 9.00

LAŠKO

Kulturni dom

5. SIMPOZIJA O DOJENJU IN LAKTACIJI
»Prvo dojenje – jamstvo za uspešno
dojenje«/»Early breastfeeding – basis for
successfull«

simpozij je namenjen zdravstvenim delavcem, ki se ukvarjajo z
dojenjem, materami in njihovimi otroki[podroben program](#) • Isis 7/2007

5.–6. ob 9.00

CERKNO

Hotel Cerkno,
Sedejev trg 8,
5282 Cerkno

OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA

40

učna delavnica je namenjena zdravnikom in medicinskim sestram
v osnovnem zdravstvu, diabetoloških in kirurških ambulantah[podroben program](#) • Isis 7/2007

5.–7.

GOLNIK

Bolnišnica Golnik – KOPA
in Hotel Park BLEĐGOLNIŠKI SIMPOZIJ: ERS ŠOLA
BRONHOLOGIJE

50

šola, namenjena zdravnikom specialistom/specializantom
pulmologije, interne medicine

11. ob 9.00

LJUBLJANA

Hotel City, Dalmatinova 15,
Ljubljana

SEMINAR O MEDICINSKI DOKUMENTACIJI

ni omejeno

seminar je namenjen zdravnikom kot vsebinskim tvorcem
in hkrati uporabnikom zdravstvene dokumentacije, drugim
zdravstvenim delavcem, ki uporabljajo zdravstveno dokumentacijo
(administracija), predstavnikom zdravstvenega zavarovanja[podroben program](#) • Isis 7/2007

12. ob 13.00

LJUBLJANA

MOTNJE SLUHA IN GOVORA

50-60

stalno strokovno izobraževanje je namenjeno šolskim zdravnikom,
pediatrom, zdravnikom, ki delajo s šolskimi otroki

12.–13. ob 16.00

MARIBOR

Hotel Bellevue na Pohorju

IV. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU

70

strokovni posvet, namenjen dermatologom

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, doc. dr. Štefek Grmec	kontaktne osebe: doc. dr. Štefek Grmec, T: 051 394 806, Darko Čander, T: 051 394 803, prijave: Dejan Kupnik, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, E: dejan.kupnik@triera.net	specialisti/specializanti 180/220 EUR, sekundariji 130/170 EUR, višje/diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki/zdravstveni tehniki 105/145 EUR (prva cena je do 15. 5.), študenti/upokojeni zdravniki brezplačno. Doplačilo za učne delavnice 60 EUR. Enotna enodnevna kotizacija za 4. ali 5. 10. 2007 je 100 EUR.	14
Sekcija za antikogulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromemboličnih bolezni pri SZD, doc. dr. Alenka Mavri, dr. med.	prijave in informacije: doc. dr. Alenka Mavri, dr. med., E: alenka@trombo.net	120 EUR	v postopku
Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo UNICEF Slovenija, Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje	prijava in dodatne informacije: Vesna Savnik, Društvo UNICEF Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, F: 01 583 80 81, E: Vesna.Savnik@unicef.si, T: 01 583 80 78. Priporočamo, da si pravočasno rezervirate nočitev v Hotelu Hum, Trg svobode 1, Laško, T: 03 573 13 21, ali v Zdravilišču Laško, T: 03 73 45 111, F: 03 73 45 298, E: info@zdravilisce-lasko.si	125,00 EUR (DDV je vključen v ceno), upokojenci in študentje brezplačno	***
SZD - Združenje endokrinologov Slovenije, predsednik doc. dr. Marko Medvešček, delovna skupina za diabetično nogo, vodja dr. Vilma Urbančič, dr. med.	prijave: doc. dr. Vilma Urbančič, dr. med., Klinični center – KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: doc. dr. Vilma Urbančič, dr. med., gospa Marija Novak, T/F: 01 522 27 38, E: vilma.urbancic@kclj.si	40.000 SIT + DDV, plačilo na podlagi računa, ki ga pošljemo po predhodni prijavi	***
Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, KO za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	300 EUR	v postopku
ODIN, d.o.o., Stegne 21, Ljubljana, g. Janez Juvan	informacije in prijave: ODIN, d.o.o., Stegne 21, Ljubljana, E: info@odin.si, T: 01 511 31 60, F: 01 519 71 26	161,40 EUR/38.677,90 SIT	***
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD, Jože Šumak, dr. med., predsednik sekcije	informacije in prijave: Jože Šumak, dr. med., ZD Ljutomer, T: 02 585 14 24	***	***
Oddelek za kožne in spolne bolezni SB Maribor, ZSD, prim. doc. dr. Jovan Miljković, dr. med.	prijave: Oddelek za kožne in spolne bolezni SB Maribor, Ljubljanska 5, Maribor, informacije: ga. Brigita Giber, T: 02 321 27 05, F: 02 321 27 13	***	***

OKTOBER 2007

TEMA

VSEBINA

12.–13. ob 9.00

št. kandidatov

RADENCI

Hotel Radin

INDIKACIJE ZA PSIHOTERAPIJO IN
PROGNOSTIČNA OCENA

17.–25.

LJUBLJANA

seminarski prostor stare
travmatologije, Zaloška 24. TEČAJ IZ DIABETOLOGIJE ZA
SPECIALIZANTE IN SEKUNDARIJE

20

učne delavnice za specializante, sekundarije

[podroben program](#) • Isis 12/2006

18.–20. ob 9.00

LJUBLJANA

Klinični center, avla,
predavalnica 1, Zaloška 7,
LjubljanaPERITONITIS – STANDARDI IN NOVOSTI
– KIRURŠKA DELAVNICA IN SIMPOZIJ

ni omejeno

kirurška delavnica in simpozij sta namenjena kirurgom
specialistom, specializantom internistom gastroenterologom,
splošnim zdravnikom

18.–20. ob 9.00

LJUBLJANA

Inštitut RS za rehabilitacijo,
predavalnica v 4.
nadstropjuFUNKCIONALNA ELEKTRIČNA STIMULACIJA
EKSTREMITET

20

mednarodna delavnica za zdravnike in fizioterapevte bo potekala
v angleščini. Učna delavnica je namenjena zdravnikom in
fizioterapevtom, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti z
ohromelimi stanji. Izvajalci so sodelavci Inštituta RS za rehabilitacijo
in Fakultete za elektrotehniko v Ljubljani

19.–20. ob 14.00

MARIBOR

Medicinska fakulteta
Univerze v Mariboru,
velika predavalnica

1. OSTEOLŠKI DNEVI

ni omejeno

strokovni sestanek, namenjen zdravnikom, ki obravnavajo
starostnike z zlomi

22.–26. ob 9.00

LJUBLJANA

KC, Klinični oddelek za
gastroenterologijo,
Japljeva 2

TEČAJ UZ ABDOMNA

30

tečaj je namenjen specializantom gastroenterologije in drugih
sorodnih vej interne medicine, teoretični del – 3 dni,
praktične vaje – 2 dni[podroben program](#) • Isis 5/2007

25. ob 9.00

LJUBLJANA

Farmacevtska družba LEK,
d.d., Verovškova ul. 57RAK PRI MOŠKIH - XV. seminar »In memoriam
dr. Dušana Reje«

130

seminar je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram in
drugim zdravstvenim delavcem

26.–27.

KRANJSKA GORA

Hotel Kompas

9. FAJDIGOVI DNEVI

150

strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre,
zdravstvene tehnike in patronažne sestre[podroben program](#) • Isis 5/2007

26.–27. ob 10.30

RIBNO

Hotel Ribno, Bled

ČAS – POMEN ČASA V PSIHOTERAPIJI IN
ŽIVLJENJU NASPLOH

učna delavnica, namenjena vsem, ki jih zanima delo s skupinami

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje psihoterapevtov Slovenije, Gorazd V. Mrevlje	informacije in prijave: Ga. Fani Zorec, Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, Ljubljana, T: 01 58 74 908	80 EUR za člane Združenja psihoterapevtov Slovenije, 100 EUR za ostale	***
KC, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, ga. Jelka Zaletel Vrtovec	ga. Jelka Zaletel Vrtovec, T: 01 522 39 90, F: 01 522 27 38, E: jelka.zaletel@kclj.si	kotizacije ni	***
KC, Oddelek za abdominalno kirurgijo, prof. dr. Stane Repše, dr. med., asist. mag. Robert Juvan, dr. med.	informacije in prijave: KC, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, Saša Rus, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09	200 EUR	v postopku
Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Martin Štefančič	ga. Vesna Grabljevec, ga. Valeria Sotlar, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana, T: 01 475 82 53, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	250 EUR (DDV vključen)	***
Katedra za kirurgijo in Katedra za interno medicino Medicinske fakultete Maribor, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik	prijave: E: sbcrdi@guest.arnes.si, informacije: Radko Komadina, E: sbcrdi@guest.arnes.si, F: 03 423 38 99	100 EUR na račun Zdravniškega društva Maribor, Vošnjakova ul. 4, 2000 Maribor, DŠ 42918847, št.: 04515-0000124280, sklic 1083 (NKB, d.d.)	***
Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, KC, Janez Jereb, dr. med.	prijave: melita.susmelj@kclj.si, F: 01 433 41 90, T: 01 522 26 39, informacije: Janez Jereb, dr. med., T: 01 522 26 39 (tajništvo)	***	***
Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.	prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Mira Klemenčič, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, E: zdbpr@onko-i.si	48 EUR (DDV je vključen)	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Sašo Stepanović, dr. med., Nataša Kern, dr. med., asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., Renata Rajapakse, dr. med., Katja Žerjav, dr. med., Primož Kušar, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	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, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=10747	150 EUR	***
Slovensko društvo za skupinsko analizo in Psihiatrična klinika Ljubljana, Vladislava Stamos	prijave in informacije: SDSA, ga. Andreja Grom, Njegoševa 4, Ljubljana, T: 01 587 49 64, E: vladka.stamos@pb-begunje.si	150 EUR	***

NOVEMBER 2007

TEMA

VSEBINA

6. 11. 2007–12. 4. 2008

št. kandidatov

LJUBLJANA

Fakulteta za šport,
Gortanova 22

MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE

Mednarodna šola akupunkture je namenjena zdravnikom,
zobozdravnikom in absolventom medicine in stomatologije[podroben program](#) • Isis 7/2007

8.–10.

ROGAŠKA SLATINA

21. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR
- STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE
KLINIKE

350–400

seminar je namenjen vsem zobozdravstvenim poklicem

9. ob 9.00

IDRIJA

Psihiatrična bolnišnica,
Pot sv. Antona 49, Idrija,
predavalnica bolnišnicePREPOZNAVANJE IN ZDRAVLJENJE
RAZLIČNIH OBLIK DEPRESIJ

90

strokovno srečanje, namenjeno zdravnikom v osnovnem zdravstvu,
psihiatrom, psihologom in psihoterapevtom

23.–24. ob 9.00

MARIBOR

velika predavalnica
Splošne bolnišnice Maribor,
Ljubljanska 5, Kirurška
stolpnica, 16. nadstropjeDELAVNICE KIRURŠKIH TEHNIK
INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV/
INTRAMEDULLARY FRACTURE FIXATION

18

delavnica je namenjena specialistom in specialistom kirurgije,
travmatologije in ortopedije[podroben program](#) • Isis 7/2007

23.–24. ob 16.00

LJUBLJANA

3. MEDNARODNI KONGRES – PREVENTIVA IN
REHABILITACIJA V ŠPORTU

kongres je namenjen zdravnikom, fizioterapevtom, trenerjem,
športnikom in vsem, ki strokovno sodelujejo v trenajžno-
tekmovalnem procesu športnikov[podroben program](#) • Isis 7/2007

23.–24. ob 9.00

NOVO MESTO,
OTOČEC OB KRKI
Šport hotel Otočec

ČREVESNE OKUŽBE

150

strokovno srečanje, namenjeno vsem zdravnikom, medicinskim
mikrobiologom, u.d. mikrobiologom in drugim strokovnjakom na
področju mikrobiologije

23.–24. in 30.–1.12.

LJUBLJANA

Medicinska fakulteta

BOLEZNI UŠES, NOSU, ŽRELA IN GRILA V
AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA24–26: za
delavnico
23. 11. in
30. 11

podiplomski seminar, namenjen zdravnikom za osnovno zdravstvo

[podroben program](#) • Isis 6/2007

24. ob 9.00

LJUBLJANA

dvorana Krke, d.d.,
Dunajska cesta 54–5616. OBČNI ZBOR STROKOVNEGA
ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN
ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

100–120

občni zbor, namenjen vsem članom Strokovnega združenja
zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Katedra za medicino športa Fakultete za šport v Ljubljani	prijave, obvestila ter mesto izvajanja šolanja: Fakulteta za šport Ljubljana, Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana, kontaktna oseba: gospod Miha Kürner, T: 01 520 77 00, 01 540 33 68	cena šolanja v Mednarodni šoli za akupunkturo znaša 975 EUR. Možnost plačila v šestih mesečnih obrokih. Rok plačila je 3 dni pred začetkom vsakega tedenskega predavanja ali na licu mesta. Praktični del pouka ni vračunan v ceno	***
Društvo zobozdravstvenih delavcev, prof. dr. Uroš Skalarič	prijave: Stomatološka klinika, Martina Kajzer, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, T: 01 300 21 10, F: 01 522 24 94	***	***
Psihiatrična bolnišnica Idrija, mag. Marko Pišljar, dr. med.	prijave: Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, informacije: ga. Natalija Taljat Tušar, E: natalija.taljat@bp-idrija.si, T: 05 37 34 422, F: 05 37 73 651	80 EUR	***
Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta v Mariboru, Travmatološki oddelek Splošne bolnišnice Maribor, Podiplomska šola kirurških tehnik	informacije in prijave: Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 524 73 84. Program in prijavnica sta objavljena na spletnih straneh E: www.mf.uni-lj.si/kirurgija. Rok prijave: 10. oktober 2007	120 EUR (brez DDV)	v postopku
Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Katedra za medicino športa Ljubljana, Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana	prijave in prispevke za proste teme sprejemamo do 1. novembra 2007. Več informacij o kongresu in delavnicah na E: www.sportsrehabilitation.net, informacije: Katedra za medicino športa, T: 01 52 07 828, 829, E: vedran.hadzic@fsp.uni-lj.si, edvin.dervisevic@fsp.uni-lj.si, Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana, T/F: 01 58 52 209, 031 228 794	Kotizacija za kongres znaša 150 EUR, za delavnice 100 EUR. Več informacij o načinu plačila in popustih dobite na spletni strani kongresa, kjer lahko opravite tudi spletno prijavo na kongres	***
Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe in ZZV Novo mesto, Tatjana Harlander, dr. med.	prijave: ZZV Novo mesto, Mej vrti 5, 8000 Novo mesto, Tatjana Harlander, Petra Vovko, T: 07 39 34 126, 07 39 34 120, F: 07 39 34 101, E: tatjana.harlander@zzv-nm.si, petra.vovko@zzv-nm.si	100 EUR, za upokojene zdravnike in študente ni kotizacije	***
Klinični center Ljubljana, Klinika za ORL in CFK, Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete Ljubljana, prof. dr. Miha Žargi, dr. med.	prijave in informacije: ga. Tatjana Železnik, Klinika za ORL in CFK, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, F: 01 522 48 15, E: tatjana.zeleznik@kclj.si	220 EUR + DDV, samo za delavnico: 20 EUR + DDV, samo za posamezno soboto: 100 EUR + DDV (vsaka sobota)	***
Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, predsednik Združenja asist. Dean Klančič, dr. med.	informacije: tajništvo Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00	kotizacije ni	***

NOVEMBER 2007

TEMA

VSEBINA

24. št. kandidatov

LJUBLJANA

Gospodarsko razstavišče
– Marmorna dvorana

IMPLANTOLOGIJA V VSAKDANJI PRAKSI

600

9. strokovni seminar Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije

[podroben program](#) • Isis 7/2007

24. ob 9.00

LJUBLJANA

9. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA
MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO
SLOVENIJE: IMPLANTOLOGIJA V VSAKDANJI
PRAKSI

600

strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike

28.–29.

LJUBLJANA

KC Ljubljana

ULTRAZVOK IN DOPPLER V NEFROLOGIJI

podiplomska šola za rentgenologe, pediatre, interniste, nefrologe

29.

CELJE

2. MAJHNOV DAN

150

strokovno izobraževanje za zdravnike

30. ob 14.00

LJUBLJANA

ORTOPEDIJA V PEDIATRIJI

ni omejeno

strokovno srečanje združenja za pediatrijo

30. ob 9.00

LJUBLJANA

Hotel Mons

IV. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE
ANDOLŠEK JERAS, TEMA »SODOBNE OBLIKE
ZDRAVLJENJA NEPLODNOSTI«

250

strokovni sestanek, namenjen ginekologom, biologom ter drugim zdravnikom in zdravstvenim delavcem

30.–1. 12.

KRANJSKA GORA

Hotel Lek

XXI. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA
NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA

strokovni sestanek za nefrologe in interniste

MARIBOR

Kongresni center Habakuk,
MariborSODOBNI POGLEDI NA MOŽGANSKOŽILNE
BOLEZNI

ni omejeno

kongres z mednarodno udeležbo - srečanje nevrologov, zdravnikov kliničnih področij, ki tudi obravnavajo možganskožilne bolezni ter zdravnikov spleens medicine

[podroben program](#) • Isis 8-9/2007

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave in informacije: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, ga. Milena Žajdela, T: 041 573 791, E: zajdelam@volja.net ali maxfac.oral@kclj.si. Prijavnico in aktualne informacije lahko najdete od septembra na: www.zmok.si	do 10. novembra: 240 EUR (z vključenim 20-odstotnim DDV), po 11. novembru ali na recepciji seminarja: 280 EUR (z vključenim 20-odstotnim DDV), na TRR Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo pri Novi Ljubljanski banki, d.d.: 02014-0087754603 . Davčna številka ZMOK Slovenije: SI10830316	***
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. dent. med.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 041 57 37 91, E: zajdelam@volja.net	***	***
Slovensko nefrološko društvo in KO za nefrologijo, KC Ljubljana, prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., višja svetnica	prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., višja svetnica, Center za dializo, KO za nefrologijo, KC, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 31 12, F: 01 522 22 98, E: jadranka.buturovic@mf.uni-lj.si	200 EUR (DDV vključen)	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. Jana Govc Eržen, dr. med.	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=69	90 EUR	***
Združenje za pediatrijo, Ivan Vidmar, dr. med.	informacije: Nevenka Lepin, E: nevi.lepin@gmail.com	***	***
Slovensko društvo za reproduktivno medicino, SPS Ginekološka klinika Kliničnega centra Ljubljana, Katedra za ginekologijo in porodništvo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani	prijave: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: Nataša Petkovšek, T: 01 522 60 13, F: 01 522 61 30, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	***	***
Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., višji svetnik	prijave: ga. Vanja Meglen, Center za dializo, KC, KO za nefrologijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: andreja.marn@kclj.si, T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92	kotizacije ni	***
Oddelek za nevrološke bolezni, Klinični center Maribor, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Zdravniško društvo Maribor, Center za možganskožilne bolezni RS	informacije: tajništvo Oddelka za nevrološke bolezni Kliničnega centra Maribor, ga. Nada Vračko in ga. Tatjana Korošec, T 02 321 23 64, F: 02 33 12 393	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

Zdravniška zbornica Slovenije



organizira

17. SEMINAR ZA KANDIDATE ZA ZASEBNO ZDRAVNIŠKO SLUŽBO

**v drugi polovici meseca septembra 2007, v Ljubljani
seminar traja 1 dan in pol (v petek cel dan, v soboto dopoldne)**

Kotizacija za udeležbo na seminarju znaša 147,50 EUR (35.000,00 SIT).

Vabimo vse zdravnike, ki se nameravate udeležiti seminarja in še niste oddali prijave za udeležbo na seminarju, da svojo prijavo posredujete na Zbornico najkasneje do 15. julija 2007.

Prijavo lahko posredujete po pošti, faksu, e-pošti ali telefonu.

Naslov za prijave: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana;
faks: 01 30 72 109; e-pošta: darja.klancar@zzs-mcs.si; telefon: 01 30 72 123.

1st ALPE-ADRIA SYMPOSIUM ON CONTINUOUS DOPAMINERGIC STIMULATION

organizator •
Center za ekstrapiramidne motnje Nevrološke klinike

LJUBLJANA,
Mestni muzej, Trg francoske revolucije
Saturday, 15th September 2007

PROGRAM:

Chairman: prof. dr. Zvezdan Pirtošek

- 10.30 Welcome
- 10.30 prof. dr. Zvezdan Pirtošek (Slovenia): Continuous Dopaminergic Stimulation – the Treatment of Choice in PD?
- 11.15 prof. dr. Per Odin, Bremerhaven (Germany): The Duodopa® pump – A new therapeutical option for patients with advanced Parkinson's Disease
- 12.00 Stefan Åsberg, Hannover (Germany): Duodopa® pump and tubing system – How to use, how to handle
- 12.30 Lunch
- 14.00 Lidija Ocepek, PDNS (Slovenia): PD Nurse Role and Extrapyrmidal Team
- 14.30 Experiences from hospitals
- dr. Mariella Kögl -Wallner, dr. Ronald Saurugg: University Hospital, Neurological Clinic, Graz (Austria)
- 15.00 Coffee break
- 15.30 Advantages and challenges of Duodopa® as treatment in advanced Parkinson's Disease
Round table discussion with speakers and participants
- 16.30 Final remarks and fare well

Scientific Committee: Zvezdan Pirtošek (Ljubljana), Chairman, Erwin Ott (Graz), Maja Relja (Zagreb), Stefan Åsberg (Hannover)

Organized by the Centre for Extrapyrmidal Disorders, University Clinical Centre, Ljubljana and Solvay Pharmaceuticals GmbH

Kotizacije ni.

Število udeležencev je omejeno, zato prosimo, da prijave pošljete na naslov:
Solvay Pharmaceuticals GmbH, Podružnica Ljubljana, Dunajska 22, 1511 Ljubljana,
E: irena.jesenko@solvay.com. Dodatne informacije: T: 01 430 21 22; F: 01 430 21 24

SPATIAL STATISTICS IN CANCER EPIDEMIOLOGY COURSE TEČAJ PROSTORSKE STATISTIKE V ONKOLOŠKI EPIDEMIOLOGIJI

organizator •
Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka za Slovenijo

LJUBLJANA,
Onkološki inštitut
17. september 2007

PREDHODNI PROGRAM:

Ponedeljek, 17. septembra 2007

9.00–13.00 Registration

Pukkala E: Introduction to descriptive spatial epidemiology: maps, responses to local worries
Pukkala E, Žagar T: Measures: basic rates, Bayesian corrections, smoothing
Žagar T: Analytical spatial epidemiology: analyzing clusters

13.00–14.00 Lunch

14.00–18.00 Pukkala E, Žagar T, Patami T, Zadnik V: Group work: interpret and comment examples prepared by the faculty on selected participants' datasets
Pukkala E, Žagar T, Patami T, Zadnik V: Group reports, discussion and conclusions

Kotizacija: 50 EUR

Za dodatne informacije, prijave in kontakte je na voljo domača stran
W: www.iacr2007.si/cancer-mapping-course/
ali E: register@onko-i.si.

29th IACR ANNUAL MEETING 29. LETNO SREČANJE MEDNARODNE ZVEZE REGISTROV RAKA

organizator •
Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka za Slovenijo

LJUBLJANA,
Cankarjev dom
17.–20. september 2007

PREDHODNI PROGRAM:

Ponedeljek, 17. septembra 2007

- 17.30–19.30 Registration
- 20.00–22.00 Opening ceremony and welcome reception

Torek, 18. septembra 2007

- 8.00 Registration and setting-up posters
- 9.00 At the crossroad of tradition and new technologies in cancer registration:** the use of computerised sources of information in the registries
- 9.00 Keynote speaker: Lynne Pennberthy (USA)
- 9.30 Oral presentations
- 11.00 Coffee break – Poster viewing
- 11.30 Round table discussion on computerised sources of information in cancer registration: Hans Storm (Denmark), Anna Gavin (UK), Lorenzo Simonato (Italy)
- 13.00 Lunch break
- 14.00 The role of cancer registries in cancer control
- Session 1:** Cancer registries in the evaluation of impact of primary prevention measures
- 14.00 Keynote speaker: David Hill (Australia)
- 14.30 Oral presentations
- 16.30 Coffee break – Poster viewing
- 17.00 Keynote speaker: to be announced
- 17.30 Oral presentations

Sreda, 19. septembra 2007

- 8.00 Setting-up posters
- 9.00 The role of cancer registries in cancer control
- Session 2:** Cancer registries in the evaluation of screening and early detection
- 9.00 Keynote speaker: Wendy Atkin (UK)
- 9.30 Oral presentations
- 10.30 Coffee break – Poster viewing
- 11.00 Keynote speaker: Antonio Ponti (Italy)
- 11.30 Oral presentations
- 13.00 Lunch break
- 14.00 The role of cancer registries in cancer control

Session 3: Cancer Registries in the evaluation of cancer care and survival

- 14.00 Keynote speakers: Franco Berrino (Italy), Hermann Brenner (Germany)
 15.00 Oral presentations
 16.00 Coffee break – Poster viewing
 16.30 Oral presentations

Četrtek, 20. september 2007

- 8.00 Setting-up posters
 9.00 The role of cancer registries in cancer control

Session 4: Cancer registries in the evaluation of late effects of treatment for a primary cancer

- 9.00 Keynote speaker: Jorgen H. Olsen (Denmark)
 9.30 Oral presentations
 10.45 Posters presentation and awards
 11.00 Coffee break

11.30 IACR business meeting & Presentation of the 2008 conference organiser

- 13.00 Closing ceremony

Kotizacija: 300 EUR

Za dodatne informacije, prijave in kontakte
 je na voljo domača stran W: www.iacr2007.si ali
 E: register@onko-i.si.

GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI - POŠKODBE MEHKIH TKIV - Konzervativno zdravljenje poškodb lokomotornega aparata

organizatorja •

Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani
 Travmatološki oddelek kirurške službe, Splošna
 bolnišnica »Dr. F. Derganca« Nova Gorica

NOVA GORICA, Hotel Perla
 28.–29. september 2007

PROGRAM:**Petek, 28. septembra 2007**

- 9.00 Odprtje simpozija
 Biološke osnove in načela zdravljenja
 poškodb mehkih tkiv in vezi
 9.40 Konzervativno zdravljenje poškodb
 vezi hrbtnice
 10.00 Konzervativno zdravljenje poškodb
 vezi in mehkih tkiv ramena in komolca

- 10.30 Odmor za kavo
 10.45 Konzervativno zdravljenje poškodb vezi
 in mehkih tkiv zapestja in prstov
 11.15 Konzervativno zdravljenje poškodb vezi
 in mehkih tkiv kolka in kolena
 11.45 Konzervativno zdravljenje poškodb
 vezi in mehkih tkiv skočnega sklepa in
 stopala
 12.15 Pojasnilna dolžnost zdravnika v
 konzervativnem zdravljenju poškodb
 gibal
 12.25 Odnosi med zdravnikom in bolnikom
 ter med zdravniki kot temelj kakovosti v
 zdravljenju poškodb
 12.45 Razprava
 13.00 Odmor za kosilo
 14.30 **Delavnice za praktično
usposabljanje**
 • Podlaket in roka
 • Nadlaket, komolec in rama
 • Minerva mavec, Schanzova ovrtnica
 • Steznik
 • Noga – koleno in golen
 • Gleženj in stopalo
 19.00 Odhod avtobusa – prevoz gostov na
 večerjo v Goriška brda

Sobota, 29. septembra 2007

- 8.30 **Delavnice za praktično
usposabljanje**
 • Podlaket in roka
 • Nadlaket, komolec in rama
 • Minerva mavec, Schanzova
 ovrtnica
 • Steznik
 • Noga – koleno in golen
 • Gleženj in stopalo
 12.00 Razprava in zaključki simpozija
 12.20 Test za udeležence delavnic

UPORABA MEDNARODNE KLASIFIKACIJE FUNKCIONIRANJA, ZMANJŠANE ZMOŽNOSTI IN ZDRAVJA (MKF ali ICF)

organizator •

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo

**LJUBLJANA, Inštitut Republike Slovenije
za rehabilitacijo, Ljubljana (predavalnica v 4.
nadstropju Klinike, vhod s Tomačevske c. 1)
21. september 2007**

**PROGRAM:**

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo
Petek, 21. septembra 2007

- 9.00 Prijava udeležencev
 9.15 asist. mag. Andrejka Fatur Videtič, dr.
 med.: Zgodovinski pregled klasifikacij
 SZO
 10.00 prof. dr. Helena Burger, dr. med.: Uvod
 v MKF
 10.45 Odmor
 11.15 dr. Nika Goljar, dr. med.: Klinična
 uporaba MKF
 12.00 Jerneja Jeraj, dipl. del. terap.: Pregled
 relevantne literature o klinični uporabi
 MKF
 12.45 Razprava
 13.00 Kosilo
 14.00 Jerneja Jeraj, dipl. del. terap., dr. Nika
 Goljar, dr. med.: Klinična uporaba MKF
 – primer
 15.00 Jerneja Jeraj, dipl. del. terap., prof.
 dr. Helena Burger, dr. med.: Poizkus
 klinične uporabe (kodiranje primera v
 manjših skupinah)
 16.00 Jerneja Jeraj, dipl. del. terap., prof. dr.
 Helena Burger, dr. med.: Razprava o
 primeru

Kotizacija v višini 85 EUR (DDV vključen)
 nakažite na transakcijski račun št.: 01100-
 6030278088 tri dni pred pričetkom seminarja.
 Ob registraciji predložite potrdilo o plačilu
 kotizacije. V osmih dneh po končanem
 seminarju vam bomo po pošti poslali račun.
 Kotizacija vključuje gradivo na CD, predavanja,
 kosilo ter prigrizke in napitke v odmoru ter
 potrdilo o udeležbi.

Prijave in informacije: Prijave pošljite do
 16. septembra 2007 na naslov: Ela Loparič,
 Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51,
 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41,
 F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si

SODOBNA FITOTERAPIJA

organizatorja •
SZD – Združenje zdravnikov družinske medicine,
Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo

LJUBLJANA, Fakulteta za farmacijo,
Aškerčeva 7, predavalnica P1
28. september 2007



PROGRAM:

Petek, 28. septembra 2007

- 9.00 Pozdravne besede
- 9.15 dr. Aleš Mlinarič: Zdravilne rastline za zdravljenje motenj v delovanju centralnega živčnega sistema
- 10.00 prof. dr. Samo Kreft: Zdravilne rastline za krepitev imunskega sistema
- 14.40 Odmor
- 11.00 dr. Javor Kac: Zdravilne rastline kot antitusiki, ekspektoransi in antiastmatiki
- 11.45 dr. Bojan Doljak: Zdravilne rastline pri boleznih srca in ožilja
- 12.30 Kosilo
- 14.00 prof. dr. Borut Štrukelj, dr. Petra Slanc: Zdravilne rastline za zdravljenje boleznih prebavil
- 14.45 doc. dr. Andrej Umek: Zdravilne rastline pri ženskih in moških težavah
- 15.30 Mojca Lunder: Rastlinski diuretiki in uroantiseptiki
- 15.50 Odmor
- 16.10 Jernej Kristl: Zdravilne rastline in koža
- 16.30 Nina Kočever: Zdravilne rastline in sluznice
- 16.45 prof. dr. Samo Kreft: Kako je področje zdravilnih rastlin zakonsko urejeno
- 17.00 Damjan Janež: Zdravilne rastline v zdravilih na recept
- 17.15 Nina Kočever: Antioksidanti
- 17.30 Mojca Lunder: »Čudežne« rešilne bilke
- 17.45 Razprava

XI. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU

organizator •
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus
- Teniška sekcija

LJUBLJANA,
TK Olimpija, Športni park Tivoli
22. september 2007

PROGRAM:

Petek, 21. septembra 2007

- 16.00 Žrebanje ob teniških igriščih TK Olimpija v Ljubljani med 18. in 20. uro.
- Informacije o razvrstitvi tekmovalcev:
Ratko Tatalovič, dr. med.,
T: 041 667 929, in
g. Edi Smeh, T: 041 740 200.

Sobota, 22. septembra 2007

- 9.00 Pričetek tekmovanja

Žoge: Dunlop Fort

Kategorije:

+25, +35, +40, +45, +50, +55, +60, +65, +70

Tekmovalni sistem bo prilagojen številu prijavljenih v posamezni starostni skupini. Skušali bomo sestaviti čim več manjših skupin, v katerih se bo igralo po sistemu Round Robin (vsak z vsakim). Igrali bomo na 9 dobljenih iger. Zaključne igre na dva dobljena niza. Veliko pozornost bomo namenili temu, da bi se vsi udeleženci prvenstva naigrali tenisa.

Vodja tekmovanja: Ratko Tatalovič, dr. med., glavni sodnik g. Edi Smeh.

Prijave sprejemamo do žrebanja. Do četrтка, 20. septembra, lahko pošljete prijavo po E: ratko.tatalovic@siol.net ali jo sporočite po telefonu. Po tem datumu je možna samo ustna prijava na T: 041 667 929.

1. MEDNARODNA KONFERENCA "NOGOMED"

organizator •
Univerzitetni klinični center Maribor

MARIBOR,
Hotel Habakuk
28.–29. september 2007

SEZNAM PREDAVANJ:

Epidemiologija nogometnih poškodb

- F. Benazzo: Delo klubskega zdravnika v poklicnem nogometnem moštvu
- J. Ekstrand: Študija poškodb v Ligi prvakov
- M. Vogrin: Nogometne poškodbe v Sloveniji

Fiziologija nogometa

- M. Milič: Fiziologija nogometa
- V. Hadžić: Incidenca in mehanizem poškodovanja pri mladih slovenskih nogometaših
- R. Hajdinjak: Biološko sledenje športnika v procesu treninga
- M. Lovše: Nogometaš v ambulantni medicini dela, prometa in športa
- R. Vauhnik: Medicina in ženski nogomet

Prehrana nogometaša

- D. Pokorn: Prehrana nogometaša
- R. Segura: Prehrana nogometašev, izkušnje FC Barcelona

Vloga trenerja in kondicijskega trenerja pri preprečevanju poškodb in optimalni pripravi nogometaša

- Z. Verdenik: Značilnosti nogometne igre
- M. Kek: Sodelovanje med selektorjem in zdravstveno službo v slovenski nogometni reprezentanci
- M. Pušnik: Sodelovanje med trenerjem in zdravstveno službo v poklicnem nogometnem moštvu
- M. Forsblad: Preprečevanje poškodb v poklicnem nogometnem moštvu - švedske izkušnje

Nogomet in srčnožilni sistem

- B. Korošec: Nenadna srčna smrt nogometaša
- V. Kanič: Ali lahko udarec v prsni koš povzroči srčni infarkt?

Sindromi preobremenitve v nogometu

- F. Benazzo: Preobremenitvene poškodbe pri nogometu
- A. Čretnik: Okvare Ahilove tetive pri nogometaših
- K. Stažar: Ingvinalna bolečina pri poklicnem nogometašu - diagnostika in zdravljenje
- J. Barovič: Peronealni spazem pri nogometašu

- D. Lonžarič: Neoperativno zdravljenje težav z Ahilovo tetivo
- M. Marič: Kako pravilno masirati nogometaša

Poškodbe glave in hrbtenice v nogometu

- G. Bunc: Ali lahko udarci nogometne žoge z glavo poškodujejo možgane?
- B. Čizmarevič: Poškodbe obraznih kosti v nogometu
- M. Franič: Poškodbe hrbtenice v poklicnem nogometu

Poškodbe lokomotornega aparata pri nogometašu

- N. Doral: Izolirane poškodbe stranskih vezi (MCL) pri nogometu
- A. Valentin: Poškodbe gležnjev pri nogometaših
- Ž. Horvat: Zlom gležnja pri nogometašu - operativno zdravljenje
- M. Vogrin: Poškodbe kolenskega sklepa pri nogometaših
- M. Veselko: Kako hitra je lahko rehabilitacija po rekonstrukciji strgane sprednje križne vezi?
- B. Poberaj: Poškodbe ramen pri nogometaših
- T. Crnjac: Poškodbe prsnega koša na nogometnem igrišču
- M. Drobnič: Poškodbe hrustanca pri nogometu in njihovo zdravljenje
- M. Knežević: Vloga tkivnega inženiringa v športni medicini

Zdravstveno stanje poklicnega nogometaša po končani karieri

- Z. Krajnc: So obrabne spremembe velikih sklepov in hrbtenice pri nogometaših pogostejše?
- A. Moličnik: Terapevtske možnosti pri degenerativnih spremembah lokomotornega sistema nogometaša po zaključeni karieri
- Nadji: Kasne posledice na srčnožilnem sistemu pri poklicnih nogometaših

Doping v nogometu

- UEFA: Doping v nogometu
- B. Nemec: Novi izzivi v medicini športa

Organizacija zdravstvene službe pri mladih nogometaših, v profesionalnem nogometnem klubu in v reprezentanci

- A. Valentin: Organizacija zdravstvene službe v švedski nogometni reprezentanci
- V. Kruh: Moje delo s športniki - Primus non nocere
- G. Rečnik: Organizacija zdravstvene službe v NK Maribor

Zdravniki nogometaši

- B. Iskra: Nogometaši v belem

Aktualne informacije in prijavnico lahko najdete na uradni spletni strani konference:
<http://www.nogomed.si/>.
 Višina kotizacije: 240 EUR

Dodatne informacije: PRplus, d.o.o.,
 Svetozarevska 10, 2000 Maribor, Katja Pušnik:
 T: 02 234 25 35, E: katja.pusnik@prplus.si

8. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI

organizatorja •
 Sekcija pedontologov SZD, Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo MF Ljubljana

LJUBLJANA, Rdeča predavalnica Pravne fakultete, Poljanski nasip 2
 28.–29. september 2007



Glavna tema: Sodobne tehnike in sredstva v otroškem in preventivnem zobozdravstvu

PREDHODNI PROGRAM:

Petek, 28. septembra 2007

- 8.00 Prijava udeležencev
- 9.00 Odprtje srečanja
- 9.30 T. DeRouen (Seattle, ZDA): Results of a randomised clinical trial on health effects and restoration longevity for amalgam versus composite in large posterior restorations in children
- 11.00 Odmor
- 11.30 L. Marks (Gent, Belgija): Restorative dental materials in paediatric dentistry: present and future
- 13.00 N. Košir s sod.: Razprava o sredstvih, ki se uporabljajo v otroškem in preventivnem zobozdravstvu
- 14.00 Odmor za kosilo
- 15.30 M. Bartenjev: Upoštevanje morfoloških posebnosti otroških zob pri uvajanju novih tehnik
- 15.50 A. Pavlič: Metode ohranjanja zdravlja zob glede na demineralizacijsko gradacijo fisur
- 16.10 T. Tomažević, D. Miklavčič, G. Pucihar, N. Košir, R. Kosem: Prebadanje jezika in električne lastnosti parov amalgam – kovina lepotevnega dodatka
- 16.30 R. Kosem: Odlomek kot sredstvo za rekonstrukcijo zlomljene zobne krone
- 16.50 Razprava

- 17.10 Odmor
- 17.30 M. Križnar Škapin, M. Tome: Rizični dejavniki za nastanek zgodnjih okvar mlečnih zob
- 17.50 M. Tome, R. Kosem, N. Košir: Strah pred zobozdravnikom in posegi v zobozdravstveni ordinaciji
- 18.10 P. Vukovič: Parcialna pulpotomija – prikaz primerov
- 18.30 Razprava

Sobota, 29. septembra 2007

- 09.00 L. Martens (Gent, Belgija): Laser assisted paediatric dentistry
- 10.30 T. Tantegel, L. Vidovič, J. Reberc: Prikaz primerov uporabe laserja pri endodontskem zdravljenju otrok in mladostnikov
- 10.45 Razprava
- 11.00 Odmor
- 11.30 E. Sheehy (London, Velika Britanija): Prevalence, diagnosis and microbiology of fissure caries
- 12.30 D. Glavina (Zagreb, Hrvaška): Clinical evaluation of modern materials for fissure sealing
- 13.00 I. Potočnik: Kvantitativna svetlobna fluorescenca (QLF) kot metoda za odkrivanje zgodnjih karioznih sprememb
- 13.20 A. Fidler, T. Hitič, M. Rode: Možnost vpliva sredstev za zalivanje fisur in drugih materialov na odkrivanje karioznih sprememb z lasersko fluorescenca (DIAGNOdent)
- 13.40 A. Ferlež, A. Fidler, R. Kosem: Uporaba laserske fluorescenca (DIAGNOdent) za oceno stanja fisur pred in po zalitju s prozornimi sredstvi
- 13.55 Razprava

Namen: seznanitev z različnimi vidiki uporabe sodobnih tehnik in sredstev v otroškem in preventivnem zobozdravstvu. Strokovno srečanje, na katerem bodo sodelovali strokovnjaki iz Slovenije in tujine, ni namenjeno samo zobozdravnikom, ki delajo na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, ampak tudi vsem drugim zobozdravstvenim delavcem, saj je prav usklajeno delovanje sodelavcev v delovni skupini pogoj za uspešno delo, še posebno pri uporabi sodobnih sredstev in tehnik.

Informacije:

Tanja Tantegel, dr. dent. med.,

OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA

organizatorja • Združenje endokrinologov Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu
– Delovna skupina za diabetično nogo
Slovensko osteološko društvo

**CERKNO, Hotel Cerkno, Sedejev trg 8,
5282 Cerkno, 5.–6. oktober 2007**

PROGRAM:

Uvodna predavanja:

- Sladkorna bolezen in kronični zapleti
- Diabetična noga – etiopatogeneza in klasifikacija
- Nevropatična noga
- Periferna žilna bolezen in diabetična noga
- Glivične okužbe stopal in nohtov
- Konzervativno zdravljenje razjed
- Mavčenje in druge metode razbremenitve
- Kirurško zdravljenje neinficirane nevropatične noge
- Kirurško zdravljenje razjed in vnetja na stopalu
- Obloge za rane
- Fizikalne metode zdravljenja razjed
- Ukrepi za obvladovanje MRSA
- Obutev za sladkornega bolnika
- Rehabilitacija po amputaciji

Učne delavnice

- Presejalni test za diabetično stopalo – izvedba
- Merjenje perfuzijskih pritiskov
- Medicinska pedikura
- Izobraževanje
- Obvezilni materiali

Kotizacija:

40.000 SIT + DDV. Plačilo kotizacije na podlagi računa, ki ga pošljemo po prehodni prijavi.

Podroben program bo objavljen v reviji Isis avgusta 2007.

Informacije in prijave:

doc. dr. Vilma Urbančič, dr. med.,
T/F: 01 522 27 38, E: vilma.urbancic@kolj.si,
gospa Marija Novak, T/F: 01 522 27 38.

II. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA

organizator •
Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri SZD

**LJUBLJANA
5.–6. oktober 2007**

PROGRAM:

Petek, 5. oktobra 2007

- 12.30 Sprejem in razporeditev po skupinah za vaje
- 13.00 N. Vene: Antikoagulacijsko (AK) zdravljenje pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo
- 14.00 G. Tratar: AK-zdravljenje pri bolnikih z umetnimi srčnimi zaklopkami
- 14.30 M. Štalc: AK-zdravljenje pri bolnikih z antifosfolipidnim sindromom
- 15.00 Odmor
- 15.30 M. Gubenšek: AK-zdravljenje pri bolnikih z venskimi tromboembolizmi
- 16.30 N. Vene: AK-zdravljenje pri bolnikih s koronarno boleznijo

Sobota, 6. oktobra 2007

- 9.00 M. K. Ježovnik: AK-zdravljenje pri bolnikih s periferno arterijsko boleznijo
- 9.20 N. Ostaševski: AK-zdravljenje pri bolnikih z boleznijo mitralne zaklopke
- 9.40 B. Krevel: AK-zdravljenje pri bolnikih s paradoksnimi embolizmi
- 10.00 A. Mavri: Vodenje AK-zdravljenja s pomočjo računalniškega programa
- 10.15 Odmor
- 10.30 Vaje – reševanje praktičnih primerov s pomočjo računalniškega programa
- 13.00 Pisni preizkus znanja
- 14.00 Odmor
- 15.00 Pregled rezultatov preizkusa znanja, zaključek šole

Kotizacija: 120 EUR (v ceno je vključen DDV). Kotizacijo poravnate na podlagi računa, ki vam ga bomo poslali potem, ko bomo prejeli vašo prijavo.

Prijava: do 31. avgusta 2007 na

E: alenka@trombo.net. Prijava naj vsebuje ime in priimek, naslov, podatke o zaposlitvi, naslov in davčno številko plačnika.

Mesto srečanja bomo udeležencem sporočili naknadno.

5. SIMPOZIJ O DOJENJU IN LAKTACIJI

»Prvo dojenje – jamstvo za uspešno dojenje«/»Early breastfeeding – basis for successful breastfeeding«

organizatorji • Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo UNICEF Slovenija
Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije

**LAŠKO, Kulturni dom
5.–6. oktober 2007**

PROGRAM:

Petek, 5. oktobra 2007

1. Dojenje, nosečnost in po porodu

Organizacija teme: V. Weber, B. Bratanič

- 9.00 Borut Bratanič: Prvo dojenje za uspešno nadaljevanje dojenja v Sloveniji
- 9.15 Barbka Novak: Vpliv analgezije in anestezije na prvi podoj
- 9.30 Andreja Tekauc Golob: Ali je novorojencem prijazna porodnišnica tudi materam prijazna?
- 9.45 Martin Bigec, Milena Frankič, Slavojka Šrok, Barbara Skačej Bigec: Dojenju prijazna zdravstvena ustanova Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor
- 10.00 Brigita Kraševce: Dojenje po odpustu iz porodnišnice
- 10.15 Razprava
- 10.30 Odmor

2. Omejitve pri dojenju

Organizacija teme: Z. Felc, M. Ocvirk

- 10.45 Petra Šket, Vladimir Weber: Fiziološka in anatomska stanja dojke, ki lahko ovirajo dojenje
- 11.00 Marija Ocvirk: Absolutne in relativne kontraindikacije za dojenje pri materi
- 11.15 Zlata Felc: Absolutne in relativne kontraindikacije za dojenje pri otroku
- 11.30 Alenka Bindas: Primarni sindrom pomanjkanja mleka
- 11.45 Jasna Baliban: Zunanji dejavniki, ki lahko motijo dojenje
- 12.00 Razprava
- 12.30 Odmor za kosilo

3. Dohranjevanje dojenih otrok

Organizacija teme: A. Tekauc Golob, M. Pestevšek

- 14.00 Elizabeth Hormann: Caring for non-breastfeeding mothers in Baby-Friendly Hospitals

- 14.30 Gillian Weaver: Milk banks in Europe
 15.00 Maja Pestevšek: Zgodovina mlečnih bank in stanje v Sloveniji
 15.00 Vilma Novak: Predstavitve laktarija v ljubljanski porodnišnici
 15.15 Razprava

15.30 Odmor

4. Vloga zdravstvenih ustanov in državnih institucij pri spodbujanju dojenja

Organizacija teme: L. Kastelic, M. Bigec

- 16.00 Rok Poličnik: Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike s poudarkom na promociji dojenja
 16.30 Nataša Jamnik in Breda Skubic: Pravica do odmora za dojenje
 16.45 Dunja Obersnel Kveder: Vlaganje v dojenje kot javnozdravstvena intervencija za boljše zdravje otrok in vsega prebivalstva
 17.00 Polonca Truden Dobrin: Nove referenčne rastne tabele za izključno dojene otroke
 17.15 Andreja Domjan Arnšek: Dojenje in hranjenje nedonošenčkov v novorojencem prijazni porodnišnici Ljubljana
 17.30 Razprava
 19.00 Skupna večerja v hotelu Hum za vse udeležence in udeležence simpozija

Sobota, 6. oktobra 2007

5. Svetovanje za dojenje v Sloveniji

Organizacija teme: C. Skale, A. Domjan Arnšek

- 8.30 Cvetka Skale: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije
 9.00 Andreja Tekauc Golob: Izpiti za IBCLC v Sloveniji
 9.15 Alenka Benedik: Izkušnje s svetovanjem za dojenje – tandemsko dojenje
 9.30 Razprava
 10.00 Odmor

6. Svetovanje za dojenje – praktične izkušnje, proste teme

Organizacija teme: M. Jereb Kosi, K. Mlinar

- 10.30 Mojca Jereb Kosi: Celjski dispanzer za otroke: izkušnje s skupinami za pomoč pri dojenju
 11.00 Rosemarie Franc: Anamneza in opazovanje dojenja: matere, ki potrebujejo večjo pozornost
 11.15 Ester Šauperl: Izbrizgavanje in dohranjevanje z materinim mlekom
 11.30 Karmen Mlinar: Praktične izkušnje svetovalke za dojenje pri LLLI

- 11.45 Barbara Jelen: Dojenje, sesalne razvade in čeljustne nepravilnosti

- 12.00 Razprava in zaključek srečanja

Cilj simpozija je aktivna izmenjava izkušenj o dojenju in materinem mleku med strokovnjaki različnih poklicev, kot so: pediatri, porodničarji, družinski zdravniki, zobozdravniki, patronažne medicinske sestre, zdravstveno osebje porodnišnic, pediatričnih oddelkov in ambulant. Organizatorji so namenili večino časa prav aktivnim prispevkom tako zdravnikov, zobozdravnikov, medicinskih sester, patronažnih medicinskih sester kot tudi drugih, ki bi želeli izmenjati izkušnje iz dela z bodočimi ali doječimi materami in njihovimi otroki. Zato so predvidena vabljenja predavanj in možnost predstavitve primerov ali drugih tem na plakatih. Ostali čas je na voljo za čim bolj pestro paleto prispevkov o dojenju (v porodnišnicah, na otroških oddelkih, doma in drugod) ter o materinem mleku. Ciljna skupina so vsi tisti zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo z dojenjem, materami in njihovimi otroki.

Organizacijski odbor: asist. dr. Borut Bratanič, dr. med. (peds.), prim. doc. dr. Zlata Felc, dr. med., IBCLC, dr. Silvestra Hoyer, univ. dipl. ped., Vesna Savnik, dipl. org. dela, Cvetka Skale, dipl. med. ses., IBCLC, asist. Andreja Tekauc Golob, dr. med., IBCLC.

Kotizacija: 125 EUR (DDV je vključen v ceno).

Upokojenci in študentje imajo prost vstop. V kotizacijo je vključena pravica do udeležbe na vseh predavanjih in razpravah, gradivo s povzetki predavanj, svečana večerja v hotelu Hum (Laško) in osvežitve s kavo in pijačo med odmori. Kosilo v petek ni vključeno v kotizacijo.

Prijava in dodatne informacije:

Vesna Savnik, Društvo UNICEF Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, F: 01 583 80 81, E: Vesna.Savnik@unicef.si, T: 01 583 80 78. Priporočamo, da si pravočasno rezervirate nočitev v Hotelu Hum, Trg svobode 1, Laško, T: 03 573 13 21, ali v Zdravilišču Laško, T: 03 73 45 111, F: 03 73 45 298, E: info@zdravilisce-laško.si

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA – EVROPSKI STANDARDI ZASEBNOSTI IN ZAUPNOSTI V MEDICINI HRANJENJE, ARHIVIRANJE IN ELEKTRONSKO ARHIVIRANJE – SKLADNO Z NOVIM ZAKONOM PRAVICA DO VPOGLEDA V MEDICINSKO DOKUMENTACIJO

NOVO – VSA POVEZANA ZAKONODAJA NA CD-JU!

organizator •

ODIN, d.o.o., Stegne 21, Ljubljana

LJUBLJANA,
Hotel City, Dalmatinova 15
 11. oktober 2007

PROGRAM:

Četrtek, 11. oktobra 2007

Strokovni izvajalec:

Vojko Flis, dr. med., žilni kirurg v Splošni bolnišnici Maribor, odličen poznavalec zakonodaje in drugih predpisov s področja medicinske dokumentacije ter praktičnih izkušenj

- Pomen medicinskih podatkov
- Vrste medicinskih podatkov
- Ravnanje z medicinsko dokumentacijo - primerjalni pregled kontinentalnih in anglosaksonskih držav
- Hranjenje in varovanje medicinskih podatkov
- Medicinska dokumentacija in elektronsko arhiviranje
- Zdravniška molčečnost
- Kaj naj ve bolnik o pravnih vprašanjih pred sprejemom v bolnišnico ali zdravljenjem
- Pravica do vpogleda v medicinsko dokumentacijo
- Razkritje podatkov iz medicinske dokumentacije
- Evropski standardi zasebnosti in zaupnosti v medicini
- Zdravstvena dokumentacija - zavarovalnice, ZPIZ, cenzorji
- Medicinska dokumentacija v kazenskem in civilnem postopku
- Pritožbeni postopki v zdravstvu
- Obravnavanje primerov iz prakse udeležencev

TEČAJ IZ ULTRAZVOKA ABDOMNA NA KLINIČNEM ODDELKU ZA GASTROENTEROLOGIJO

organizator •

Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna
klinika, Klinični center

**LJUBLJANA, KC, Klinični oddelek za
gastroenterologijo, Japljeva 2**
15.–19. oktober 2007

PROGRAM:

- fizikalne osnove ultrazvoka
- topografska anatomija abdomna – prerezi
- vrste aparatov, sonde, zgodovina ultrazvoka
- uvod v diagnostični ultrazvok – prednosti in slabosti, omejitve, artefakti, predpriprava bolnika, ravnine, terminologija glede ehogenosti tkiva, meritve, akustična okna
- jetra – normalna anatomija, segmenti, žilje, difuzne lezije, ciste, benigni in maligni tumorji
- žolčnik in žolčne poti – anatomija, anatomske variante, obstrukcija žolčevodov, vnetje žolčnika, konkrementi, polipi, malignom
- pankreas – anatomija, akutni in kronični pankreatitis, psevdociste, tumorji
- vranica – anatomija, vzroki povečane vranice, poškodbe, abscesi, benigni in maligni tumorji
- ledvici in sečni mehur ter sečne poti – anatomija, anatomske variante, poškodbe, vnetja, konkrementi, benigni in maligni tumorji, transplantirana ledvica
- nadledvični žlezi, trebušna stena, peritonej z ascitesom, retroperitonej, abdominalne bezgavke
- prostata in obsečnici – anatomija, preseki, meritve volumna, vnetja, BHP, malignom
- črevo – stena pri vnetjih, Crohnu, divertiklih, ileusu, tumorji
- osnove dopplerskega ultrazvoka (dopplerski učinek, spektralni, duplex, barvni, energijski)
- doppler abdominalnega žilja in portalna hipertenzija
- uporaba ultrazvočnih kontrastnih sredstev
- interventni ultrazvok – cito- in histobiopsije, sklerozacije, drenaže

Informacije:

Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS
Interna klinika, Klinični center, Janez Jereb,
dr. med., T: 01 522 26 39, tajništvo

Prijave: melita.susmelj@kclj.si,
F: 01 433 41 90, T: 01 522 26 39

FUNKCIONALNA ELEKTRIČNA STIMULACIJA EKSTREMITET - Mednarodna delavnica

organizator •

Inštitut RS za rehabilitacijo

LJUBLJANA

**Inštitut RS za rehabilitacijo, Tomačevska 1,
predavalnica v IV. nadstropju**
18.–20. oktober 2007



Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo

PRELIMINARY PROGRAM:

Thursday, October 18, 2007

- Opening of the workshop
- Basic principles of FES of extremities
- Clinical aspects of FES application in patients with cerebral lesions
- Clinical aspects of FES application of spinal cord injury patients
- Characteristic of FES in children
- Demonstration of FES

Friday, October 19, 2007

- Electrophysiological responses in muscles during FES
- FES systems for support of sensory motor training in the rehabilitation of movement
- Visit of kinesiological laboratory
- Practical training of FES application

Saturday, October 20, 2007

- Electrical stimulation of chronic wounds in spinal cord injury patients (Addendum)
- Continuation of training of FES application
- Awarding of attendance certificates
- Closing of the workshop

Učna delavnica je namenjena zdravnikom in fizioterapevtom, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti z ohromelimi stanji. Izvajalci so sodelavci Inštituta RS za rehabilitacijo in Fakultete za elektrotehniko v Ljubljani. Delavnica bo potekala v angleškem jeziku. Strokovni vodja delavnice je prof. dr. Martin Štefančič.

Število udeležencev je omejeno. Vrstni red se bo oblikoval po zaporedju prijav.

Kotizacija znaša 250 EUR (DDV vključen).

Prijave: ga. Vesna Grabljevec, Inštitut RS za
rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana,
T: 01 47 58 243, F: 01 43 72 070,
E: vesna.grabljevec@ir-rs.si.

18th ANNUAL CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY OF AMBULATORY PAEDIATRICS (ESAP)

**BUDAPEST,
Hungary**

October 26-27, 2007

**Congress Organizers and Secretariat
Association of Hungarian Primary Care
Paediatricians**

H-1136 Budapest, Tátra u. 52, Hungary,
T: +36 1 3300 900, F: +36 1 2380388,
E: hgye@mail.datanet.hu

For more information click:
www.esapbudapest.com

Main topics:

Changes in the spectrum of the diseases and the way it influences paediatric care
Adulthood morbidity due to pathologic events of the newborn period
Paediatric primary care of ethnic minority groups
Vaccination rate and herd-immunity
New vaccines for old problems
Paediatric primary care in Europe

ČAS... (Skupinska analitična eksploracija v malih in srednji/veliki skupini) - 6. jesenska mednarodna delavnica skupinske analitične psihoterapije

organizatorja •

Slovensko društvo za skupinsko analizo in
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

**BLED,
Hotel Ribno**

26.–28. oktober 2007

PROGRAM:

Petek, 26. oktobra 2007

- | | |
|-------|---|
| 10.00 | Prijava |
| 10.30 | Dobrodošlica
V. Stamos, R. Korenjak (vodji)
Kulturni dogodek in podelitev naziva
»častni član« |
| 11.15 | Male skupine |
| 12.45 | Kava, sadje, prigrizek |
| 13.15 | Predavanje: ČAS – Bogdan Lešnik |

- 14.30 Kava, čaj, pecivo
 15.00 Male skupine
 16.45 Srednja/velika skupina
 18.00 Kava, čaj, sadje
 18.15 Skupina vodij skupin
 20.00 Pogovor s F. Peternelom (vodi Roman Korenjak)
 21.15 Večerja ob glasbi

Sobota, 27. oktobra 2007

- 8.30 Male skupine
 10.00 Kava, čaj, sadje
 10.15 Srednja/velika skupina
 11.30 Kosilo
 12.30 Male skupine
 14.00 Kava, čaj, sadje
 14.30 Srednja/velika skupina
 15.45 Kava, čaj, pecivo
 16.15 Male skupine
 17.55 Evalvacija
 18.30 Skupina vodij skupin
 20.00 Zaključek - kozarček na prihodnjic

Nedelja, 28. oktobra 2007

Neformalni konec delavnice: pohod v bližnjo okolico Ribna
 Odhod izpred Hotela Ribno ob 8. uri.

Skupinsko analitično raziskovanje pomena časa v psihoterapiji in življenju nasploh je namenjeno vsem, ki jih zanima psihoterapija in delo s pacienti oziroma klienti v skupinah. Analitične male skupine in srednjo oziroma veliko skupino bodo vodili skupinski analitiki z mednarodno priznano kvalifikacijo.

Kotizacija, ki vključuje okrepčila med odmori in večerjo, je 150 EUR, za člane Slovenskega društva za skupinsko analizo s plačano članarino znaša 125 EUR. Kotizacijo nakažete na transakcijski račun pri NLB: 020140087828226 in skupaj s prijavnico pošljete fotokopijo dokazila o plačilu na naslov: Slovensko društvo za skupinsko analizo, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana.

Informacije: Vladislava Stamos, dr. med.,
 T: 04 53 35 246, E: vladka.stamos@pb-begunje.si

Prosimo, da zaradi omejenih hotelskih zmogljivosti sobe čim prej rezervirate sami z opombo »za delavnico«: HOTEL RIBNO turizem, d.d., Izletniška 44, 4260 Bled, Slovenija,
 T: 04 57 83 100, F: 04 57 83 200,
 E: info@hotel-ribno.si, W: http://www.hotel-ribno.si

MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE

organizatorji •
 Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
 Inštitut za šport
 Katedra za medicino športa
 v sodelovanju z
 Akademijo za tradicionalno kitajsko medicino,
 Peking, Kitajska

LJUBLJANA

Fakulteta za šport, Gortanova 22,
 1110 Ljubljana

Šola se prične **6. novembra 2007** in traja šest mesecev.

Teoretični del (150 ur)

1. Uvod (3 ure)
2. Znanstvene podlage akupunkture (5 ur)
3. Filozofija, fiziologija, patofiziologija in patologija v TKM (15 ur)
4. Etiologija in patogeneza bolezni po TKM (5 ur)
5. Diagnostika v TKM (5 ur)
6. Anatomija in fiziologija organov po TKM (5 ur)
7. Patofiziologija in patologija organov po TKM (5 ur)
8. Topografija in anatomska merjenja v akupunkturi (1 ura)
9. Akupunkturni meridijani (3 ure)
10. Akupunkturne točke - splošni del (1 ura)
11. Akupunkturne točke - specialni del (30 ur)
12. Akupunkturne tehnike (5 ur)
13. Diferenciacija sindromov (15 ur)
14. Narava in funkcija specifičnih točk po TKM (5 ur)
15. Specifične točke - vrste, lokalizacija (5 ur)
16. Sodobne akupunkturne tehnike - elektroakupunktura (3 ure)
17. Metode segrevanja in ohlajanja v akupunkturi (2 uri)
18. Metode terapije v TKM (5 ur)
19. Mikrosistemi v akupunkturi - aurikularna akupunktura (15 ur)
20. Akupunktura v športu (5 ur)
21. Akupunktura v stomatologiji (10 ur)
22. Akupunkturni tretman (7 ur)
23. Uporaba akupunkture v klinični praksi (15 ur)

Praktični del (250 ur)

Vsak študent mora opraviti 250 ur prakse v Ambulanti splošne medicine – akupunkture in Ambulanti športne medicine na Inštitutu za šport, Fakulteta za šport v Ljubljani, Gortanova 22, 1000 Ljubljana, Slovenija. Praktični del je pogoj, da lahko študentje opravljajo izpit in pridobijo certifikat oziroma ustrezno diplomu. Program je usklajen z zahtevami o posebnih znanjih Zdravniškega društva Slovenije.

Mednarodna šola akupunkture je namenjena zdravnikom, zobozdravnikom in absolventom medicine in stomatologije.

Predavatelji: prof. dr. Jože Vidmar, dr. med.,
 doc. dr. Edvin Dervišević, dr. med., Vesna Dervišević, dr. med.

Termini predavanj:

Predavanja bodo potekala en teden v mesecu, in sicer po naslednji shemi:

ponedeljek 16⁰⁰–21⁰⁰

sreda 16⁰⁰–21⁰⁰

petek 16⁰⁰–21⁰⁰

sobota 9⁰⁰–15⁰⁰

Mednarodna šola akupunkture traja šest mesecev po zgoraj navedenem urniku.

Termini predavanj so:

November 2007: 26. 11., 28. 11., 30. 11. in 1. 12.
 December 2007: 12. 12., 14. 12., 16. 12. in 17. 12.
 Januar 2008: 21. 1., 23. 1., 25. 1. in 26. 1.
 Februar 2008: 18. 2., 20. 2., 22. 2. in 23. 2.
 Marec 2008: 10. 3., 12. 3., 14. 3. in 15. 3.
 April 2008: 7. 4., 9. 4., 11. 4. in 12. 4.

Organizator: Katedra za medicino športa
 Fakultete za šport v Ljubljani.

Cena šolanja v Mednarodni šoli za akupunkturo znaša 975 EUR. Možnost plačila v šestih mesečnih obrokih. Rok plačila je 3 dni pred začetkom vsakega tedenskega predavanja ali na licu mesta. Praktični del pouka ni vračunan v ceno.

Prijave, obvestila ter mesto izvajanja šolanja:

Fakulteta za šport Ljubljana,
 Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana,
 kontaktna oseba: gospod Miha Kürner,
 T: 01 520 77 00, 01 540 33 68.

3. MEDNARODNI KONGRES - PREVENTIVA IN REHABILITACIJA V ŠPORTU

organizatorji •
Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport
Katedra za medicino športa Ljubljana
Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana

LJUBLJANA,
23.–24. november 2007

PROGRAM:

Petek, 23. novembra 2007

(Fakulteta za šport, Gortanova 22, Ljubljana)

- 16.00 Peter Konrad: Rutinski EMG v preventivi in rehabilitaciji
- 16.30 Edvin Dervišević: Splošna načela preventive v športu
- 17.00 Emin Ergen: Senzorí-motorični proprioceptivni trening
- 17.30 Odmor
- 18.00 Zeevi Dvir: Pomen izokinetike v rehabilitaciji športnikov
- 18.30 Jesús Olmo Navas: Preprečevanje poškodb sprednje križne vezi v vrhunskem nogometu – izkušnje FC Real Madrid
- 19.00 Razprava

Sobota, 24. novembra 2007

(Fakulteta za šport, Gortanova 22, Ljubljana)

- 9.00 Matjaž Veselko: Poškodbe sprednje križne vezi - novosti
- 9.20 Mohsen Hussein: Anatomska »double bundle« rekonstrukcija sprednje križne vezi
- 9.40 Zeevi Dvir: Prednosti izokinetičnih testiranj v kratki amplitudi giba
- 10.00 Hadžić, Dervišević: Preobremenitveni sindromi spodnjega uda – pregled literature
- 10.20 Razprava
- 10.40 Odmor
- 11.10 Vedran Hadžić: Mehanizem poškodovanja in incidenca poškodb v odbojki
- 11.30 Tine Sattler: Program preventivne vadbe v odbojki
- 11.50 Damir Karpljuk, Mateja Videmšek:

Športne poškodbe v osnovnih in srednjih šolah
12.10 Razprava

12.30 Zaključek

Delavnice:

Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana,
BTC City, Ljubljana

- 14.00 Vlasta Brožičević: Nadzirana in holistična rehabilitacija športnika in njegova vrnitev v šport
- 14.30 Emin Ergen: Senzorí-motorični proprioceptivni trening
- 15.30 Zeevi Dvir: Izokinetika v klinični praksi
- 16.30 Vedran Hadžić, Tine Sattler: Primeri preventivne vadbe v športu (praktični prikaz vaj)
- 17.00 Edvin Dervišević: Bolečine v križu – prikaz klinične prakse Zavoda za medicino športa Ljubljana

Vabljeni predavatelji:

Tujina: prof. dr. Emin Ergen, Ankara, Turčija, prof. dr. Zeevi Dvir, Tel Aviv, Izrael, dr. Peter Konrad, Dortmund, Nemčija, dr. Jesús Olmo Navas, Madrid, Španija, Vlasta Brožičević, Selce, Hrvaška

Slovenija: prof. dr. Matjaž Veselko, doc. dr. Edvin Dervišević, prof. dr. Damir Karpljuk, prof. dr. Mateja Videmšek, mag. Tine Sattler, Mohsen Hussein, asist. Vedran Hadžić

Informacije o kongresu:

Prijave in prispevke za proste teme sprejemamo do 1. novembra 2007. Več informacij o kongresu in delavnicah dobite na spletni strani kongresa www.sportsrehabilitation.net, kjer so objavljene tudi reference predavateljev. Kongres je namenjen zdravnikom, fizioterapevtom, trenerjem, športnikom in vsem, ki strokovno sodelujejo v trenajžno-tekmovalnem procesu športnikov.

Kotizacija za kongres znaša 150 EUR, za delavnice 100 EUR. Več informacij o načinu plačila in popustih dobite na spletni strani kongresa, kjer lahko opravite tudi spletno prijavo na kongres.

Stiki: Katedra za medicino športa, T: 01 52 07 828, 829, E: vedran.hadzic@fsp.uni-lj.si; edvin.dervisevic@fsp.uni-lj.si, Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana, T/F: 01 58 52 209, 031 228 794

IMPLANTOLOGIJA V VSAKDANJI PRAKSI 9. strokovni seminar Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije

LJUBLJANA,
Gospodarsko razstavišče –
Marmorna dvorana
Sobota, 24. november 2007



Spoštovane kolegice, cenjeni kolegi!

Seminarjev Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije gotovo ni več potrebno posebej predstavljati. Zato večjo pozornost namenjamo vsebini in konceptu 9. strokovnega seminarja z mednarodno udeležbo in z naslovom »Implantologija v vsakdanji praksi«. Gotovo ne boste spregledali niti organizacijskih sprememb in novosti! Ni mogoče ustavljati zgodovine, nespametno je zatiskati si oči pred sedanostjo in ne da se zavirati prihodnosti: implantologija je tukaj, je sedaj. In iz dneva v dan je bo več in več. Mnogi med vami ste nekatera njena »orodja« že osvojili, drugi jih spoznavate, tretji le ogledujete. Za slednje se čas počasi izteka, na »vlak bo potrebno vstopiti ali ostati na postaji«. Časovno in prostorsko širši pogled ter svetovni premiki nas prepričujejo, da prihodnosti našega dela brez implantologije v vsakdanji praksi ni. Uspešne implantologije ni brez znanja. Naši pacienti pa od vsakega posega pričakujejo uspeh.

Čeprav je praktična usmerjenost naša stalnica in uporabnost naša usmeritev, vsebinski smerokaz ne bo odveč. Prvi sklop seminarja bo namenjen strokovni sedanosti, doktrini, smernicam, »state of the art« konceptu, v katerem bomo ugotavljali protetične indikacije za implantološko zdravljenje. Pot do uspeha nam bodo odkrivali prispevki o tehnikah in metodah za doseganje najvišje mogoče stopnje osteointegracije: o pripravi kostnega ležišča, o dograditvenih postopkih, ne bomo se izognili poglavju o zapletih. Napake so najboljši učitelji. Perspektive v implantologiji nam bodo pokazali predavatelji prvega svetovnega razreda iz Italije, ZDA in Nemčije. Glavna poudarka bosta na takojšnji obremenitvi implantatov in navigaciji v implantologiji. Seminar bo zaključil sklop o »živi implantologiji«, kjer bomo vsebino predhodnih

predavanj dopolnili in nadgradili s predstavitvijo primerov zdravljenja. Ker pričakujemo udeležence iz tujine tudi med poslušalci, bo celotna prireditev simultano prevajana v angleščino oziroma v slovenščino. Povsem nove prostorske možnosti nam ponuja prenovljena Marmorna dvorana Gospodarskega razstavišča v Ljubljani, kjer bo letos potekal »dogodek leta v implantologiji«. Prostornost nam omogoča mnogo več svobode in možnost povečanja števila udeležencev kar za tretjino. Obsežen prostor bo odmerjen razstavnemu prostoru proizvajalcev in zastopnikov dentalnomedicinskega programa v Sloveniji. Čeprav ne bo manjkal nihče, bo tudi tukaj poseben poudarek na implantoloških sistemih, napravah in instrumentih. In če vas bo med odmori ali zvečer zamikal sprehod v predpraznično Ljubljano, bo letos vse pri roki. Prirčno vabljeni!

OKVIRNI VSEBINSKI PROGRAM:

Implantatoprotetični koncepti

- oskrba popolne brezzobosti
 - oskrba skrajšanih zobnih vrst in vrzeli
 - nadomeščanje posameznih zob
- Značilnosti sodobnih implantatnih sistemov
- vloga in pomen mikro-, mikro- in nanostrukture
 - koncepti povezave znotrajkostnih in podpornih elementov
 - poti do optimalne estetike v implantatni protetiki

Dograditveni postopki v implantologiji

- prosti kostni presadki
- dvig sinusnega dna
- distrakcijska osteogeneza

Implantologija in sistemsko zdravje

Zapleti v implantologiji

Takojšnja obremenitev implantatov

- znanstveni temelji
- klinična realnost

Računalniško podprta implantologija

Predstavitve primerov iz klinične prakse

Kotizacija: do 10. novembra 2007: 240 EUR (z vključenim 20-odstotnim DDV), po 11. novembru 2007 ali na recepciji seminarja: 280 EUR (z vključenim 20-odstotnim DDV). Kotizacijo nakažite na POR Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo pri Novi Ljubljanski banki, d.d.: 02014-0087754603. Davčna številka ZMOK Slovenije: SI10830316.

Prijave in informacije: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1000 Ljubljana; ga. Milena Žajdela, T: 041 573 791, E: zjajdelam@volja.net ali maxfac.oral@kclj.si. Prijavnico in aktualne informacije lahko najdete od septembra na: www.zmok.si. Število udeležencev bo omejeno na 600. Vrstni red prijavljenih bo oblikovan po zaporedju vplačil.

DELAVNICE KIRURŠKIH TEHNIK INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV - INTRAMEDULLARY FRACTURE FIXATION

organizatorji •

Medicinska fakulteta v Ljubljani

Katedra za kirurgijo

Medicinska fakulteta v Mariboru

Travmatološki oddelek splošne bolnišnice

Maribor

Podiplomska šola kirurških tehnik

MARIBOR,

velika predavalnica Splošne bolnišnice
Maribor, Ljubljanska 5, Kirurška stolpnica,
16. nadstropje

23.-24. november 2007

PROGRAM:

Petek, 23. novembra 2007

- | | |
|-------|---|
| 9.00 | Odprtje in pozdravne besede |
| 9.20 | V. Smrkolj: Osnove zdravljenja zlomov in celjenja |
| 9.35 | I. Pilih, A. Čretnik, R. Keršič: Razvoj in osnovne značilnosti intramedularne učvrstitve zlomov |
| 9.50 | R. Košir, A. Čretnik, R. Rošic: Perspektive in nove možnosti zdravljenja zlomov
New horizons in fracture treatment |
| 10.00 | A. Čretnik, A. Frank, A. Krajnc: Novosti pri intramedularni učvrstitvi zlomov |
| 10.05 | Razprava |
| 10.25 | Odmor |
| 10.35 | J. Ferk, A. Frank: Intramedularna učvrstitev zlomov začetnega dela stegenice |
| 10.50 | A. Frank, J. Ferk: Intramedularna učvrstitev zlomov srednjega dela stegenice |
| 11.05 | A. Krajnc, A. Kelc: Intramedularna učvrstitev zlomov distalnega dela stegenice |
| 11.20 | Prikaz primerov in razprava |
| 12.15 | Odmor – kosilo |
| 14.00 | Intramedularna učvrstitev zlomov (video, demonstracije, praktične vaje, menjava delovnih mest po skupinah)
I. Intramedularni kolčni vijak (imhs, pfn)
II. Rekonstrukcijski žebelj |
| 16.00 | Odmor |
| | III. Femoralni anterogradni žebelj
IV. Femoralni retrogradni žebelj |
| 18.00 | Zaključek prvega dne |

Večerja

Sobota, 24. novembra 2007

- | | |
|-------|--|
| 8.00 | A. Kelc, A. Krajnc: Intramedularna učvrstitev zlomov golenice |
| 8.15 | Ž. Horvat, D. Pandurovič: Intramedularna učvrstitev zlomov nadlahtnice |
| 8.30 | Prikaz primerov in razprava |
| 9.00 | D. Pandurovič, Ž. Horvat: Intramedularna učvrstitev zlomov pri otrocih |
| 9.15 | Prikaz primerov in razprava |
| 9.30 | Odmor |
| 9.45 | A. Čretnik, A. Frank: Zapleti pri intramedularni učvrstitvi zlomov |
| 9.55 | A. Čretnik, A. Ferk: Dileme pri intramedularni učvrstitvi zlomov |
| 10.05 | Razprava |
| 10.20 | Odmor |
| 10.30 | Intramedularna učvrstitev zlomov (video, demonstracije, praktične vaje, menjava delovnih mest po skupinah)
I. Tibialni intramedularni žebelj
II. Humeralni intramedularni žebelj |
| 13.00 | Preizkus znanja/Test |
| 13.15 | Odmor |
| 13.30 | V. Smrkolj, A. Frank: Zaključek delavnice |

Informacije in prijave: Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 524 73 84. Program in prijava sta objavljena na spletnih straneh
E: www.mf.uni-lj.si/kirurgija. Rok prijave: 10. oktober 2007.

Prenočišče (dodatna prijava)

V primeru zadostnega števila prijav bo prenočišče organizirano.

Kotizacija: Za udeležence je kotizacija 120 EUR (brez DDV). Vsak udeleženec s plačano kotizacijo prejme pisne materiale; v kotizaciji so vračunani tudi kosilo in prigrizki med odmori. Vsi udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi na delavnici. Tisti, ki bodo uspešno opravili preizkus znanja, bodo prejeli tudi potrdilo o aktivni udeležbi in uspešnem preizkusu znanja po pošti. Zdravniška zbornica Slovenije bo delavnico upoštevala ob podaljševanju licence zdravnikom (v skladu z 71. in 85./II členom Zakona o zdravstveni dejavnosti in 6. členom Pravilnika o podeljevanju, podaljševanju in odvzemanju dovoljenja za samostojno opravljanje dela zdravnikov oziroma zobozdravnikov). Delavnica je namenjena specializantom in specialistom kirurgije, travmatologije in

ortopedije. Število mest je omejeno (18).
 Pri organizaciji delavnice sodelujeta podjetji J S EVRO in Metalka Media.
 Vodja podiplomske šole kirurških tehnik: prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.
 Vodja delavnice intramedularne učvrstitve zlomov: prim. Aleksander Frank, dr. med.
 Mentorja delavnice intramedularne učvrstitve zlomov: Alojz Krajnc, dr. med., in prim. Jože Ferk, dr. med.
 Vodja organizacijskega odbora: doc. dr. Andrej Čretnik, dr. med.

Zbornik

Izdajatelja: Travmatološki oddelek Splošne bolnišnice Maribor, Katedra za kirurgijo MF Ljubljana.
 Urednika: doc. dr. Andrej Čretnik, dr. med., in asist. Roman Košir, dr. med.
 Recenzenta: prof. dr. Radko Komadina, dr. med., in prof. dr. Matjaž Veselko, dr. med.

Preizkus znanja: 15 vprašanj (čas reševanja: 15 minut)

DELOVNA MESTA

Zdravstveni dom Ljubljana

razpisuje

1. dve prosti delovni mesti

zdravnika oziroma zdravnika s temeljno specializacijo (m/ž) za nedoločen čas

Pogoji:

- doktor medicine oziroma specialist splošne/ družinske medicine,
- veljavna licenca.

2. prosto delovno mesto

zdravnika s temeljno specializacijo (m/ž) za nedoločen čas

Pogoji:

- doktor medicine specialist pediater,
- veljavna licenca.

3. prosto delovno mesto

zdravnika specialista radiologa (m/ž)

Pogoji:

- doktor medicine specialist radiolog,
- veljavna licenca,
- usposobljenost za mamografsko in UZ-diagnostiko

Kandidati/kandidatke naj pošljejo prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev v 15 dneh po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, Ljubljana.

V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

že od leta 1896 pomagamo bolnikom. Da izpolnimo poslanstvo, potrebujemo nov kader, zato vas vabimo, da se nam pridružite, in objavljamo prosta delovna mesta:

1. **zdravnika specialista ginekologije in porodništva za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom (m/ž)**
2. **zdravnika specialista internista (za področje nefrologija) za nedoločen čas s polnim delovnim časom in s štirimesečnim poskusnim delom (m/ž)**
3. **zdravnika specialista kirurga (za področje travmatologija) za nedoločen čas s polnim delovnim časom in s štirimesečnim poskusnim delom (m/ž)**
4. **zdravnika specialista anesteziologa za nedoločen čas s polnim delovnim časom in s štirimesečnim poskusnim delom (m/ž)**
5. **pet zdravnikov z opravljenim izpitom iz urgentne medicine za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom (m/ž)**

Pogoji:

pod 1.: medicinska fakulteta in opravljen specialistični izpit iz ginekologije in porodništva, veljavna licenca za samostojno delo na področju ginekologije in porodništva

pod 2.: medicinska fakulteta in opravljen specialistični izpit iz interne medicine, veljavna licenca za samostojno delo na področju interne medicine

pod 3.: medicinska fakulteta in opravljen specialistični izpit iz kirurgije, veljavna licenca za samostojno delo na področju kirurgije

pod 4.: medicinska fakulteta in opravljen specialistični izpit iz anestezije, veljavna licenca za samostojno delo na področju anestezije

pod 5.: medicinska fakulteta in opravljen program pripravništva z opravljenim izpitom iz urgentne medicine

Za prijavljene kandidate se zahteva aktivno znanje slovenskega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati predložijo v 15 dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec. O izbiri bodo prijavljeni kandidati obveščeni najkasneje v roku 30 dni po končanem zbiranju prijav.

Zdravniška zadruga Vrhnika, b.o., Cesta 6. maja 11, 1360 Vrhnika

vabi k sodelovanju

zdravnika splošne/družinske medicine (ž/m)

za delo v ambulanti za nujno medicinsko pomoč predvsem v nočnem času in ob nedeljah/ praznikih

Pogodba o zaposlitvi s polnim delovnim časom bo sklenjena za določen čas do enega leta z možnostjo podaljšanja. Nastop dela takoj ali po dogovoru.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta, opravljen strokovni izpit s sekundarijatom,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- usposobljenost za delo v urgentni medicini,
- državljanstvo republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje s področja nujne medicinske pomoči,
- voziško dovoljenje B-kategorije.

Kandidatu bo Zdravniška zadruga Vrhnika po potrebi zagotovila mentorstvo. Nudimo podporo pri delu in strokovnem razvoju ob stimulativnem nagrajevanju.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev ter kratkim življenjepisom v 30 dneh po objavi na naslov: Zdravniška zadruga Vrhnika, b.o., Cesta 6. maja 11, 1360 Vrhnika.

Za dodatne informacije pokličite na T: 01 755 38 47 (mag. Darko D. Lavrenčič, dr. med). O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku 30 dni po opravljenem izboru.

Javni zavod Zdravstveni dom Zagorje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne medicine (družinske medicine) ali zdravnika splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz splošne medicine (družinske medicine) ali podiplomski študij iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Zagorje, Kadrovska služba, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje ob Savi. O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po izbiri.

Center za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu pri Stični

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž) ali zdravnika specialista šolske medicine (m/ž)

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- zaradi opravljanja stalne pripravljenosti na domu je zaželeno vozniško dovoljenje in lasten prevoz.

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

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi razpisa na naslov: Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični 44, 1296 Šentvid pri Stični.

Zdravstveni dom Litija

objavlja prosto delovno mesto

1. zobozdravnika (m/ž)

za delo v zobozdravstveni ambulanti za odrasle. Nastop dela po dogovoru. Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Poleg splošnih pogojev, določenih z zakonom, mora kandidat izpolnjevati še naslednje pogoje:

- končana medicinska fakulteta – smer stomatologija,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece

2. zdravnika splošne medicine (m/ž)

v splošni ambulanti in ambulanti za nujno medicinsko pomoč.

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

Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

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

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov:

Zdravstveni dom Litija,
Partizanska pot 8a,
1270 Litija

Dr. Čok Dental zobozdravstvo d.o.o., Portorož, Cesta solinarjev 1, 6320 Portorož

zaposli za določen čas z možnostjo podaljšanja za nedoločen čas

doktorja dentalne medicine (m/ž)

z licenco Zdravniške zbornice Slovenije.

Pisne prijave pošljite na gornji naslov do 15. avgusta 2007. Dodatne informacije: T: 05 677 17 00

Zasebna zobozdravstvena ordinacija s koncesijo v Velikih Laščah

zaposli za določen čas z možnostjo podaljšanja

zobozdravnika (m/ž)

Pogoji:

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

Poskusno delo traja tri mesece.

Pričetek dela po dogovoru. Javite se lahko tudi kandidati, ki ste pred zaključkom staža ali strokovnega izpita.

Pisne prijave pošljite na naslov:

Dental Design, d.o.o., Javorškova ul. 9,
1315 Velike Lašče.

Informacije: T: 041 674 175.

Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica

za delo na področju splošne medicine in nujne medicinske pomoči zaposli

več zdravnikov (m/ž)

Pogoji:

- specializacija družinske medicine,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- ali
- zaključen sekundarijat in licenčni izpit.

Informacije na T: 05 338 32 60, E: info@zd-go.si

**Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah,
Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah**

objavlja prosto delovno mesto

**a) zdravnik specialist družinske/splošne
medicine (m/ž)**

ali

**b) zdravnik specializant družinske/splošne
medicine (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas. (Nadomeščanje delavke v času porodniškega dopusta in dopusta za nego in varstvo otroka.) Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Lokacija dela: Zdravstvena postaja Rogaška Slatina.

Pogoji za zasedbo:

a)

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen specialistični izpit iz družinske/splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno izkušnje;

b)

- končana medicinska fakulteta,
- opravljanje specializacije iz družinske/splošne medicine oziroma opravljen sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah. Za vse informacije, prosimo, pokličite T: 03 818 37 30, v. d. direktorja Janeza Čakša, dr. med., spec. spl. med.

**Osnovno zdravstvo Gorenjske,
OE Zdravstveni dom Škofja Loka**

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika splošne medicine ali zdravnika
družinske medicine z zaključenim
sekundarijatom (m/ž)**

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom ali z možnostjo nadaljnje specializacije (za sekundarije).

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom in sekundarijatom ali zdravnik s končano specializacijo iz družinske/splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošna medicina,
- voziški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z računalnikom.

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 pediatrija,
- voziški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z računalnikom.

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

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

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

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto

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

za delo v ambulanti za nujno medicinsko pomoč in ambulantni splošne medicine. Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (nadomeščanje delavke v času bolniškega in porodniškega dopusta) s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- opravljena specializacija iz splošne oziroma družinske medicine oziroma opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti z veljavno licenco,
- 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.

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

doktorja dentalne medicine (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta, odsek za stomatologijo,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča, Cerknica,

zaposli

1. zdravnika specialista družinske/šolske medicine (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz družinske/šolske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- tekoče znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljal delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

2. zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- tekoče znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik bo opravljal delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

3. zdravnika specialista internista pulmologa (m/ž)

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz pulmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- tekoče znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljal delo nedoločen čas s krajšim delovnim časom od polnega, v obsegu 15 ur na teden. Obstaja možnost zaposlitve do polnega delovnega časa pri drugem delodajalcu.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev naj kandidati pošljejo v roku 15 dni po tej objavi na naslov: ZD Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica. O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po izbiri.

Interesente vljudo vabimo na razgovor.
Za dodatne informacije pokličite T: 051 601 313.

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne medicine (m/ž)

oziroma

zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen sekundarijat ali opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.
O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Zdravstveni dom Koper

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika psihiatra (m/ž)

v psihohigienskem dispanzerju in enkrat tedensko v Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, za nedoločen čas.

Pogoji:

- opravljen specialistični izpit iz psihiatrije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku 15 dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Kadrovska služba, Dellavallejeva 3, 6000 Koper.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz pediatrije,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Zdravstveni dom Koper

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika (m/ž)

v službi nujne medicinske pomoči (m/ž) za določen čas enega leta z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku 15 dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

Letna generalna skupščina Sveta evropskih zobozdravnikov

Matjaž Rode, Gordan Čok

V Londonu je 11. in 12. maja 2007 potekala letna generalna skupščina Sveta evropskih zobozdravnikov.

Svet evropskih zobozdravnikov (Council of European Dentists – CED) je telo, ki v Evropski uniji edino predstavlja celotno zobozdravstvo EU. Sestavljen je iz predsedstva in nekaj uslužbencev ter ima sedež v Bruslju. Glavno telo odločanja je generalna skupščina, na kateri imajo glasovalno pravico delegati iz vseh držav članic EU. Vsaka država ima dva delegata. Pomembnost CED je vse večja, saj dobi Svet v presojo in oceno vse dokumente, ki se nanašajo na zobozdravstvo v EU in ki jih pripravljajo komisije ter o njih razpravljajo v Evropskem parlamentu. S svojim uspešnim delom in ob dobro organiziranem lobiranju se je CED posrečilo, da so ga evropski birokrati izmed mnogih kandidatov uvrstili v novoustanovljeni forum EU za zdravstveno politiko, v katerem je le pet izbranih skupin. Člani foruma lahko neposredno komunicirajo s komisijami EU, ki jih tudi pozivajo, da pripravijo strokovna stališča za veliko problemov, o katerih razpravljajo v Evropskem parlamentu, po komisijah EU in v Svetu EU.

CED sedaj vodi dr. Orlando Monteiro da Silva iz Portugalske. V letošnjem letu je mesto med člani predsedstva dobil tudi slovenski delegat Gordan Čok, dr. dent. med.

Kot vedno, je bila tudi ta generalna skupščina, na kateri so bili prisotni delegati in gostje iz vseh 27 držav EU in še opazovalci iz Islandije, Norveške, Švice in Hrvaške, programsko natrpana, saj smo le z manjšimi odmori sestankovali prvi dan od 9. do 17. ure in drugi dan od 9. do 13. ure.

V uvodu je dr. Monteiro da Silva poročal o vedno intenzivnejšem delu CED pri predlogih za dokumente, ki jih pripravljajo komisije EU, in poudaril, da že več kot 50 odstotkov zakonodaje za vse države EU pripravlja Bruselj. Prav tu nastaja tudi bodoča politika organizacije in dela EU-zobozdravstva. Delovne skupine CED so v zadnjem času izoblikovale strokovna izhodišča za politično razpravo o prepovedi

uporabe dentalnih amalgamov in o sredstvih za beljenje zob ter jih pripravile za potrditev na generalni skupščini CED. Predsednik CED je tudi poudaril, da smo priče vedno večje mobilnosti pacientov, študentov in tudi zobozdravnikov ter da mora EU zato pripraviti ustrezne dokumente, potrdila in dokazila, ki bodo olajšali nadzor in zagotavljali varnost pacientov, saj je pravica do ustnega zdravja in kakovostnega zdravljenja v primeru bolezni ena od osnovnih pravic državljanov EU.

Organizacija zobozdravstva v EU je bila naslednja točka skupščine. Poročevalec je predvsem poudaril, da je opazna vse večja mobilnost pacientov po EU. Razlogov za to je več, nevarnosti pri tem pa tudi. Osnovni problem je gotovo spremljanje teh pacientov po končanem zdravljenju in rehabilitaciji, saj je v zobozdravstvu brez rednih kontrol vsako zdravljenje obsojeno na neuspeh. Problem lahko predstavljajo tudi različni načini zdravljenja, zato je Komisija predlagala, da se čim prej pripravi EU-rokownik zobozdravstvenih storitev z definicijami in opisi posameznih bolezni v ustni votlini ter pravilnimi načini zdravljenja in rehabilitacije. Zobozdravniki še posebej poudarjamo pomen znanja jezika države, v kateri dela zobozdravnik, saj brez razumljive informacije pacientu, kako naj skrbi za svoje ustno zdravje, zdravljenje ne more uspeti! Četudi evropski parlamentarci v pogovorih priznavajo pomen znanja jezika, pripravljajo uredbo, ki ne bo zahtevala obveznega preverjanja znanja jezika za zdravnika ali zobozdravnika, ki bo prešel iz ene države EU v drugo. Na skupščini smo sprejeli sklep, da smo zaskrbljeni zaradi takega razmišljanja, saj želimo predvsem zaščititi naše paciente. Prihaja do paradoksalnega stanja, saj na eni strani Komisija zahteva varnost za paciente, na drugi strani pa ne zahteva obveznega znanja jezika, kar edino lahko omogoča varnost. Sklep bomo posredovali Evropski komisiji in Evropskemu parlamentu. Pa še to. V večini držav EU

zobozdravniške zbornice zahtevajo ali pa same preverjajo znanje jezika pri zobozdravniku, ki bi rad delal pri njih. Nepoznavanje jezika sicer ni ovira za priznanje izobrazbe, je pa ovira za izdajo licence za delo!

Pogovor o umestitvi študija stomatologije po načelih bolonjske deklaracije je vzpodbudil živahno razpravo. Večina razpravljalcev je menila, da mora način študija stomatologije ostati nespremenjen, saj le to lahko, v skladu z direktivama 78/686 in 78/687/EEC, ki bosta od oktobra 2007 dopolnjeni z aneksom 5.3.2. direktive 2005/36/EC, jamči visoko kakovost zobozdravniškega poklica in prosto gibanje zobozdravnikov po državah EU.

Ena od točk dnevnega reda je bila namenjena tudi neprestanemu strokovnemu izpopolnjevanju, organizaciji in preverbi. Pripravlja se »poklicni potni list«, ki naj bi vseboval vse podatke o izobrazbi in bo obvezen za vse zobozdravnike, pripravlja se nov etični kodeks EU, ki bo vseboval tudi zahtevo o neprestanem strokovnem podiplomskem izobraževanju in bo med drugim pristrigel peruti vsem tistim zobozdravnikom, ki se v sredstvih javnega obveščanja povsem nekritično ponujajo kot najboljši v svojem poklicu!!

Tudi v DLC deluje veliko delovnih skupin, ki so pripravile poročila o svojem delu.

Ena od njih je skupina, ki je pripravila strokovno podprta izhodišča za razpravo o škodljivosti dentalnih amalgamov, saj bo o prepovedi uporabe tega materiala kmalu razpravljal Evropski parlament. Skupščina je sprejela tudi resolucijo, s katero opozarja politike, kako nespametno bi bilo prepovedati uporabo dentalnih amalgamov. Zaradi pomena izsledkov te komisije bomo o amalgamih pripravili posebno poročilo.

Druga delovna skupina je pripravila resolucijo, ki jo je potrdila skupščina in ki predlaga Komisiji, da ne dopusti proste prodaje zobnih belilnih sredstev, ki vsebujejo vodikov peroksid. Posebna skupina je tudi pripravila

razmišljanja o prihodnosti zobozdravstva in v zaključkih predvsem poudarila, da je vedno več povezav med zdravjem oziroma boleznimi ustne votline in zdravjem oziroma boleznimi druge po telesu in obratno, zato mora biti promocija ustnega zdravja le del promocije splošnega zdravja državljanov v EU. Vedo o zdravju in boleznih trdih in mehkih tkiv v ustni votlini je zato namesto z izrazom stomatologija bolje označiti kot oralna medicina in tako tudi pripraviti učne programe.

Pisna ali ustna poročila iz držav članic EU so vedno pomemben del sestanka. To pot so bila zanimiva predvsem poročila kolegov iz Avstrije, Nemčije, Poljske in še nekaterih drugih držav, da kapital, ki ne izhaja iz zoboz-

dravniških vrst, vse bolj agresivno poskuša ustanavljati zobne klinike in ordinacije in za delo zaposlovati zobozdravnike. Poročevalci so povedali, da so o tem razpravljali tudi na skupščini Evropske regionalne organizacije – ERO pred kratkim v Moskvi in sprejeli resolucijo, kako preprečiti take dogodke. Z nestrpnostjo pričakujemo podrobno informacijo naših delegatov, ki so bili tam in o resoluciji gotovo vedo še več. Madžari so poročali, da je dosedanje zavarovanje tik pred zlomom in da postaja vse bolj mogoč ameriški model izključno zasebnih zdravstvenih zavarovalnic.

Na koncu smo potrdili, da bo skupščina drugo leto v Portorožu, in s tem tudi uvedli nov način izbiranja mesta letne generalne

skupščine CED, ki naj bi bila v državi, ki takrat predseduje EU. V slovenski delegaciji je bil prav zato tudi generalni sekretar ZZS Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., ki naju je kar precej razbremenil. Med drugim je zanimivo poročal o naporih naše Zbornice pri pogajanjih z zavarovalnico. Gordan Čok je s pomočjo lepih posnetkov predstavil Portorož in požel veliko odobravanje za potovanja vedno pripravljenih delegatov.

Angleški organizatorji so zvečer pripravili tudi neformalno druženje v prostorih, ki še vedno izzarevajo nekdanjo veličino in odličnost in na katero so lahko upravičeno ponosni.

Dajmo letom življenje

Ksenija Tušek Bunc

Kultura neke družbe se meri po odnosu do starih in nemočnih, je zapisal Gavranovič leta 1997, in prav skrb za starejše je botrovala odločitvi Krke, d.d., in Gerontološkega društva, da organizirata simpozij »Dajmo letom življenje«. Z besedami: »Vsaka starost prinaša svoje plodove, treba jih je znati pobrati,« je moderatorica srečanja v Mariboru asist. Ksenija Tušek Bunc začela svoj pozdravni nagovor. Nadaljevala je, da je misel najbrž stara prav toliko kot človekovo zavedanje o tem, da sleherno izmed življenjskih obdobij prinaša svoje napore in lepe plati. Čas, ki ga živimo, je v marsičem nenavaden. Na številnih področjih je omajal dovčerajsnja spoznanja in zakonitosti. Marsikje se je res zgodilo, da je bilo življenje dodano letom. Tudi mediji prinašajo spoznanja o tem, koliko vitalnih starostnikov to življenjsko obdobje doživlja drugače, kot imamo v spominu doživljanje starosti še ne tako daleč nazaj. Novice o ljudeh, ki so neizživete sanje o študiju katere izmed znanosti, tujega jezika ali spoznavanju spretnosti vrtnarjenja doživeli šele po upokojitvi, niso nič več nenavadne.

Intelektualna pronicljivost nam ob danosti, ki izvira iz nas, to omogoča. Seveda pa je potrebno upoštevati nekaj resnih pogojev, ki so potrebni za kakovostno dodajanje življenja letom.

Eno najbolj trpkih spoznanj je, da neupoštevanje zakonitosti, ki smo se jim pogosto tudi nezavedno odrekli, lahko vpliva na naše doživljanje starosti. Marsikaj je namreč odvisno od vitalnosti in življenjskih moči, s katerimi stopamo v to obdobje. Velikokrat je za kaj takega potrebno zelo malo, recimo, pazljivost pri prehrani, redna telesna vadba, ki nam bo omogočila, da bo telo – kot posoda duše – z vso zlahnostjo služilo svojemu namenu. Še kako pomembno je tudi jasno določanje osebnostnih ciljev.

Svoj nagovor je zaokrožila s pripovedjo ne-

navadno lepega dogodka, ki je zaradi spoznanja o minljivosti in odgovornosti ostal v njenem spominu kot prisposodba zrele življenjskosti. »Bilo je tik ob koči na Krnu, v našem julijskem visokogorju. Nekoliko proč od množice planincev je stala gospa, ki je pritegnila moj pogled. Zdelo se je, da s svojo zazrtostjo v daljavo, tja čez Sočo, doživlja nekaj slovesnega. Ni mi dalo miru, pristopila sem in povprašala, kako je. Mirno, kot da bi šlo za kaj povsem običajnega, mi je povedala, da bo jeseni dopolnila 85 let in da je njen današnji vzpon zadnje živo srečanje z visokogorjem. Povedala je še, kako zelo hvaležna je, ker ji je bilo dano visoko v starost doživljati lepote slovenskih gora, da pa je zdaj čas za spust na nižje nadmorske višine in na manj zahtevne poti...

Spoznanje o veličini doživetega trenutka me je še dolgo spremljalo. To je bila prava učna ura človekove duhovne in telesne kondicije ter jasnega spoznanja o tem, da ima vse svoje meje, da pa so lahko prav te meje tudi z našo pomočjo postavljene globoko v osemdeseta, če ne tudi čez.«

Z mislijo: »Prav zato je še kako pomembno, da v duhu lastnega zorenja znamo razmišljati tudi o plodovih starosti, ki jih je treba pobrati, saj smo le s spoznanjem o njihovem obstoju živeli tako, da lahko nekoč, tik pred večerom mirno, zbrano in brez grenkobe sklenemo svoj dan ... To je cilj, ki si ga lahko zastavimo,



Na sliki ob mizi sedijo predavatelji od leve proti desni: Marko Drešček, Breda Barbič Žagar, Karel Kisner, Cvetka Pernat, Blanka Kores Plesničar, Mirko Bombek, moderatorica Ksenija Tušek Bunc, Barbara Salobir, Nina Vene, Mišo Šabovič.

potem ko smo se zavestno odločili dodati le-tom življenje,« je zaključila svoj s čustvi nabit uvodni nagovor.

Predavanje O depresivnih motnjah v zrelem življenjskem obdobju doc. dr. Blanke Plesničar je bilo napovedano na svojevrsten način. »Emily Dickinson jo je imenovala 'pogreb možganov', Winston Churchill pa 'črni pes'. Pod takšnim ali drugačnim imenom je bila depresija že od nekdaj del zgodovine človeštva in predmet obravnave ne le medicinske stroke, pač pa tudi številnih literarnih del.«



Tudi Ivan Cankar je v Desetnici zapisal: »Časih leže človeku mrko in težko na dušo, tiha nerazložna groza, ki mu vzame vso moč, vso radost, vse zaupanje. Grenkobe vsakdanjega življenja so nenadoma silne, neznosne: oglasi se vest, udari na srce kot kladivo in vsi grehi do najmanjšega, že pozabljeni, planejo črni pred oči. Čemu živeti? Saj je vse, vse izgovorjeno...«

Depresije ne gre razumeti kot normalni odgovor na staranje. Neizpodbitno dejstvo je, da je depresija pogosto spregledano bolezensko stanje in da povečuje smrtnost zaradi naravnih razlogov. Starostniki pogosto zanikajo svoje psihološke simptome depresije in zavračajo diagnozo depresije zaradi možne stigmatizacije. Zatekajo se k somatskim pritožbam, ki so lahko posledica telesne bolezni ali pa so del same depresivne motnje, saj si depresija in bolečina delita skupne nevrokemične poti. Najpogostejši bolečinski simptomi pri depresiji so glavobol, bolečine v želodcu, hrbtu, sklepih in mišicah. Depresija je tudi pogostejša pri somatskih boleznih. Občutljivost za depresijo še povečajo dejavniki, kot so revščina, izolacija ali osamljenost, žalovanje, skrb za bližnjega s težko boleznijo ter težave v družini. Depresija je treba zdraviti z antidepresivi, ki so učinkoviti tudi pri zdravljenju depresij starejših. V praksi družinske medicine so antidepresivi SSRI še vedno zdravila prvega izbora, pri čemer skrb zaradi neželenih učinkov lahko vodi v subterapevtske odmerke, v slabo sodelovanje pri zdravljenju in v prezgodnje zaključevanje zdravljenja. Zdravljenje mora biti holistično, upoštevati je potrebno sočasne bolezni in stanja, nujno pa so potrebni še podporni psi-

hoterapevtski ukrepi. Včasih pomaga že sam pogovor. Po mnenju doc. dr. Blanke Plesničar je nezdravljena depresija pri starejših odraz slabe klinične prakse, kar velja tudi za subterapevtske odmerke.

Razen o klasičnih dejavnikih tveganja, kot so starost, spol, sistolični tlak, skupni holesterol in kajenje, je prim. Mirko Bombek v svojem prispevku spregovoril še o nujnosti upoštevanja trebušne debelosti, metabolnega sindroma in psihičnega stresa ter o možnostih zdravljenja stabilne AP pri starostniku in o dilemah v zvezi z odločitvijo o aortokoronarnem odvodu (CABG) ali perkutani koronarni intervenciji (PCI). PCI odpravi le tarčno lezijo in izboljša kakovost življenja, ne podaljša pa preživetja, CABG pa zaobide tarčno lezijo in tudi bodoče lezije. CABG daje odlične dolgoročne rezultate, še posebej pri napredovali bolezni (pri 3-žilni in tudi 2-žilni bolezni). Sicer pa gre pri stabilni AP za podobno enoletno preživetje po zdravljenju z zdravili, PCI ali CABG, največ QAMI in potreb po dodatnih intervencijah pa je po PCI.

Z mislijo »Bolečina boli« je prim. Cvetka Pernat začela svoje predavanje »O preprečevanju razjed pri starostniku«. Eno najbolj humanih poslanstev zdravnikovega dela je lajšanje bolečin. Že stari mojstri so vedeli: »Sedare dolorum, opus divinum del,« in so tako lajšanje bolečin enačili z božanskim delom. Vendar se moramo ob vnemi pri lajšanju bolečin in uporabi nesteroidnih antirevmatikov (NSAR) in/ali ASA zavedati tveganja in bolnika ustrezno zaščititi, še posebej, če gre za starostnika. Dejavniki, ki pospešujejo nastanek zapletov ob jemanju NSAR/ASA, so: razjeda z zapleti, kombinacija dveh NSAR ali NSAR in ASA, visoki odmerki NSAR, kombinacija NSAR in antikoagulantov, peptična razjeda brez zapletov, starost 65 let in več ter kombinacija NSAR in kortikosterooidov. Tako naj bo naše poglavitno vodilo pri lajšanju bolečin pri starostniku, pa tudi sicer, racionalna uporaba NSAR, najmanjši možni odmerki in previdnost pri hkratni uporabi NSAR in ASA. Pri bolnikih z velikim tveganjem je potrebna še zaščita z zaviralci protonske črpalke.

Prim. Karel Kisner je v svojem prispevku opisal benigno hiperplazijo prostate (BHP) kot pogosto progresivno bolezen starostnikov, ki povzroči pri 30 odstotkih moških, starejših od 65 let, simptome spodnjih sečil in vpliva na kakovost življenja, na seksualno življenje, posredno pa tudi na življenje partnerja, povzroča motnje pri počitku, spanju, prekine socialne dejavnosti prizadetih in končno zahteva od prizadetega odločitve o zdravljenju in morebitnih operativnih posegih. BHP povzroča vrsto zapletov, če se ne zdravi, v prid čemur

govorijo rezultati študij: Olmsted Contre study, PLESS (Proscar Long term Efficacy and Safety study) in MTOPS (Medical Therapy of Prostatic Symptoms). Zdravljenje je torej nujno potrebno, ne le zaradi izboljšanja kakovosti življenja in zmanjšanja simptomov ter tveganja za nastanek akutna zapore vode, pač pa tudi zaradi zmanjšanja nujnosti operativnega posega. Od 88 do 93 odstotkov moških s težavami zaradi BHP se odloči za medikamentozno terapijo kljub možnim stranskim učinkom zdravljenja.

Če kdo, potem je zdravnik družinske medicine tisti, ki lahko zaradi stalne dostopnosti ter dobrega poznavanja in partnerskega odnosa z bolnikom najbolj kakovostno obravnava starostnika, pa naj gre za njegove telesne, duševne ali socialne motnje. Da je temu res tako, je pritrdil kolega Marko Drešček v svojem predavanju. Predlagal je več možnosti, kako doseči najboljši možni učinek pri obravnavi starostnika, ki obsegajo sodelovanje med bolnikom in zdravnikom, poglobljeno znanje o boleznih in sindromih, uspešno načrtovanje diagnostičnih in terapevtskih postopkov, dobro obvladovanje večšin komunikacije, lajšanje trpljenja, prepoznavo in oceno vrednot, seznanitev bolnika s tveganji in negotovostjo ter poznavanje starostnikovega socialnega okolja.

Organizator je v želji, da bi udeležencem čim bolj približal obravnavano tematiko, ob prijavah zbiral tudi vprašanja. Prispela so številna, tako da žal vseh tem niti ni bilo mogoče obdelati. Lotili smo se najprej tistih, ki so se nanašala na obravnavano tematiko. Da bi bila razprava zares na najvišji strokovni ravni, je organizator dodatno povabil še prof. Miša Šaboviča, ki je odgovoril na vprašanja o aterosklerozi in o tem, kdaj je starostniku smiselno predpisati statin, mag. Nino Vene, ki je predstavila smernice za vodenje antikoagulantne terapije, ter mag. Barbaro Salobir, ki je odgovorila na vprašanje o izborni terapiji hipertenzije in doseganju ciljnih vrednosti krvnega tlaka pri starostniku.

Ob zaključku se je Ksenija Tušek Bunc zahvalila predavateljem za odlične prispevke in organizatorjema, Krki, d.d., ter Gerontološkemu društvu, predvsem pa se je zahvalila kolegicam in kolegom, ki s svojo prisotnostjo in vprašanji osmislijo prizadevanje organizatorjev. Udeležence seminarja je za konec pospremila z mislijo Georga Bernarda Shawa: »Ko umrem, bi bil rad popolnoma izrabljen. Kajti življenje zame ni le sveča, ki dogori in ugasne. Bolj ko trdo delam, bolj imam občutek, da živim. Zame je življenje sijajna bakla, ki sem jo dolžan nositi. In želim si, da bi kolikor mogoče dolgo žarela, preden jo predam naslednikom.« Mar si tega ne želimo vsi?? ■

Srečanje Evropskega združenja učiteljev družinske medicine v Zagrebu

Janko Kersnik

Od 8. do 12. maja 2007 je bil sestanek sveta Evropskega združenja učiteljev družinske medicine (EURACT) v Zagrebu na Hrvaškem.

V okviru srečanja sveta je gostiteljica doc. Mladenka Vrcić Keglević organizirala tudi simpozij o preverjanju znanja, na katerem so svoje izkušnje pokazali Hrvati pri izvajanju specializacije in specialističnih izpitov. S svojimi prispevki so poleg mene sodelovali še predstavniki Belgije, Madžarske, Portugalske, Rusije in Velike Britanije. Na Hrvaškem je podobno kot pri nas prišlo do zastoja specializacije iz družinske medicine. Med leti 1990 in 2002 skorajda ni bilo novih specializacij, zato so morali od leta 2003 izvajati pospešen program specializacije. Za zdravnike, ki so že več let delali v splošnih ambulantah, so tako izpeljali 21-mesečni program, ki so ga kandidati opravljali ob koncih tedna poleg svojega rednega dela v ambulanti. V treh letih je program po tej shemi končalo kar 370 kandidatov. Mnogo manjši od predvidenega pa je vpis novih specializacij na program takoj po končanem študiju, kar predvsem kaže na manjšo privlačnost družinske medicine ob relativnem pomanjkanju zdravnikov. Priprava na izpit in sam izpit sta podobna našima, s to razliko, da je potrebno predložiti veliko obsežnejše gradivo v predizpitnem poročilu. Ker je za uspešno opravljen izpit potrebno zbrati 70 odstotkov točk na pisnem (MCQ) izpitu, je tudi odstotek tistih, ki tega preizkusa ne opravijo v prvem poskusu, veliko večji, skoraj 20-odstoten. Na posameznem roku je neuspešnih tudi do 50 odstotkov kandidatov. V Veliki Britaniji poleg pisnega testa in praktičnih postaj, kjer se preverjajo veščine, dajejo vedno večji poudarek tudi sprotnemu preverjanju kandidata pri opravljanju nalog in veščin na delovnem mestu (WPBA). Namenjeno je predvsem ocenjevanju kandidatovega napredka med specializacijo, odkrivanju specializantov, ki imajo težave, in določanju prehoda na »višjo« raven oziroma opravljanju zahtevnejših nalog.



Ideja ni nova tudi za specializacije v Sloveniji, kjer je že doslej veljalo, da specializanti lahko po oceni mentorja ali komisije postopoma opravljajo vedno zahtevnejše naloge. Razlika je predvsem v večji strukturiranosti in uporabi EURACT-ove definicije učnih ciljev. Kolega z Madžarske je izpostavil pomanjkanje zdravnikov družinske medicine, saj so številni okraji ostali brez zdravnika, hkrati pa je povprečna starost zdravnikov družinske medicine 55 let. V naslednji petih letih se bo upokojila ena tretjina vseh. Ena od ovir razvoja je tudi razdrobljenost zdravnikov družinske medicine, ki delajo kot zasebniki, in premajhna prodornost njihovih kateder za družinsko medicino, ki jih ne vodijo zdravniki družinske medicine, temveč profesorji drugih strok, ki so bili na drugih strokovnih področjih »odveč« in so jim fakultete dodelile predstojništva. Ruska predstavnica je izpostavila predvsem veliko potrebo po zdravnikih družinske medicine v Ruski federaciji, kjer poleg vključevanja kandidatov takoj po študiju poskušajo zagotoviti zadostno število zdravnikov družinske medicine predvsem s prespecializiranjem

pediatrov in internistov. Portugalski predstavnik je izpostavil predvsem zanimivost, da specializanti opravljajo vmesni izpit po vsakem letu specializacije in da se jim za končni uspeh rezultati seštevajo po posebni zapleteni formuli. Kolega iz Belgije se je predvsem osredotočil na psihometrične lastnosti posameznih oblik preverjanja znanja in možnosti, na kakšen način se lahko rezultati posameznih oblik med seboj seštevajo. Bistvo uporabe različnih oblik preverjanja znanja je v tem, da vsaka med njimi meri drug segment znanja in veščin ter jih zato ni moč enostavno seštevati med seboj, temveč moramo za končni uspeh upoštevati uspešnost pri posameznem testu, tj. MCQ, OSCE in strukturiranem ustnem izpitu. Po zaslugi prim. prof. Marka Kolška in njegovih sodelavcev je preverjanje znanja na študentskih in specialističnih izpiti v Sloveniji na evropski ravni med najodobnejšimi in hkrati tudi najzanesljivejšimi.

Od aprila dalje je tudi sekretariat EURACT-a na katedri v Ljubljani, vodi pa ga Barbara Toplek, ki so jo člani sveta na tokratnem srečanju toplo sprejeli. S pomladanskimi volitvami se je

svet močno pomladil in razširil na 35 držav, v kratkem pričakujemo tudi vključitev Ukrajine. Ob sestanku sveta smo se sestali tudi nosilci mednarodnega tečaja o preverjanju znanja v družinski medicini, ki ga pripravljamo pod okriljem EURACT-a in bo potekal od 14. do 17. novembra v Zakopanah na Poljskem. Tečaj bo poleg teoretičnih osnov obravnaval teste z izbirnimi vprašanji (MCQ – multiple choice questions), praktične testne postaje (OSCE – objective structured clinical exam), ocenjevanje na delovnem mestu (WPBA – workplace based assessment) in ocenjevanje veščin sporazumevanja. Tečaj je primeren za vse, ki se ukvarjajo s preverjanjem znanja v medicini in upam, da se ga bo udeležilo vsaj nekaj slovenskih udeležencev. Pred tem bo pod pokroviteljstvom EURACT-a od 18. do 22. septembra potekal že 16. mednarodni tečaj učiteljev v družinski medicini na Bledu na temo vključevanja bolnikov v lastno oskrbo. Rezultate lanskoletne delavnice bomo predstavili z enourno delavnico tudi na kongresu WONCE v Singapuru in Parizu, kamor vse udeležence teh dveh kongresov še posebej toplo vabimo.

Posebno pozornost smo posvetili tudi raziskovanju medicinskega izobraževanja. Na tem področju bodo prednostne naloge poučevanje raziskovalnih metod v dodiplomskem izobraževanju in na specializaciji. Slednje je v okviru programa specializacije iz družinske medicine pri nas že zajeto, medtem ko je za izobraževanje na dodiplomski ravni prav tako poskrbljeno; pospeševanje raziskovanja na področju izobraževanja; organizacija tečajev o metodah raziskovanja izobraževalnih procesov; mednarodne raziskave v izobraževanju

in sodelovanje z Evropsko mrežo raziskovalcev pri skupnih projektih (EGPRN).

Druga žgoča tema je priprava tretjega dokumenta o veščinah, ki naj bi jih zdravnik osvojil med specializacijo in utrjeval med stalnim strokovnim izobraževanjem. Podlaga bo Definicija družinske medicine in EURACT-ovega predloga kurikulumu za družinsko medicino. Pri sestavi se bomo naslonili tudi na izkušnje posameznih držav. Pri tem prednjačijo Kanada, Danska in ZDA, ki so izdale načela o poučevanju veščin in celo sezname, ki jih mora kandidat osvojiti.

Tretja tema je stalno strokovno izobraževanje od priprave osebnega načrta izobraževanja do etičnih dilem različnih oblik sponzoriranih dejavnosti. Prav zaradi slednjega se bomo v prihodnosti dotaknili tudi vprašanj, povezanih z vplivom sponzorskega denarja na raziskovanje, poučevanje in samoizobraževanja. Prvi vtis je, da je v Evropi odnos do tega vprašanja zelo pisan; od puritanskega pristopa v Skandinaviji do bolj liberalnega proti jugu kontinenta. Čeprav se marsikomu zdi nujna odločitev precej enozvočna, temu ni tako. Razvoja novih farmacevtskih in tehničnih sredstev ni mogoče ustaviti, niti ga ni smotno zavirati po strokovni plati, saj prinaša občuten napredek v izvajanje zdravstvene dejavnosti. Seveda pa pri tem prihaja do trenja med dvema različnima svetovoma – svetom poslovne etike in svetom medicinske etike, v katerem slednja razumno stoji na okopih pravičnosti, torej nepristranosti zaradi katerega koli nemedicinskega razloga, poslovni svet pa uporablja vsa legalna sredstva, da poveča svoj poslovni delež. Kjer tega ni mogoče uveljaviti preko zdravnikov, speljejo svoj vpliv preko organiziranih skupin bolni-

kov, s čimer zaobidejo prepoved oglaševanja neposredno bolnikom in tako posredno še veliko bolj pritiskajo na uporabo določenih pripravkov in sredstev. Napačno je preganjanje sodelovanja med ponudniki zdravil in drugih sredstev, kot je tudi zmotno prepričanje, da se da popolnoma izogniti vplivu promocije teh ponudnikov. Kot pravijo: »Brezplačno kosilo ne obstaja.« Vloga nosilcev izobraževanja ni preganjanje različnih oblik promocije, temveč izobraževanje in osveščanje zdravnikov, da bodo znali »brati« klinične izsledke raziskav in oceniti razmerje med prednostmi ter slabostmi uvajanja novosti. Prav temu so neposredno ali posredno namenjeni kar štirje sklopi specializacije iz družinske medicine, tj. Predpisovanje zdravil, Etika v družinski medicini, Znanstvenoraziskovalno delo in Na dokazih temelječa medicina. Ne nazadnje pa si moramo med seboj zaupati, da sta nam medicinska fakulteta in specializacija sooblikovali poklicno integriteto, ki je najvišji arbiter vsakodnevnih etičnih odločitev.

Seveda so redni program dopolnjevala številna neformalna srečanja in pogovori, ki ob takih mednarodnih srečanjih bogatijo udeležence in rišejo zemljevid Evrope. Za prave družabne dogodke ostaja praviloma zelo malo časa. Za ogled glavnega mesta Hrvaške je zaradi natrpanega urnika ostalo le nekaj večernih ur in s cvetočimi vrtinami odeta pot od prenočišča do Šole. Stanovali in delali smo na Šoli narodnega zdravja dr. Adnrija Štampar in v prenočiščih medicinske fakultete. Gostiteljica je poskrbela, da smo se seznanili z lokalnimi specialitetami.

Zapleti pri nosečnicah in plodovih

Nataša Tul Mandić

Med 25. in 29. junijem je bil v Barceloni 5. svetovni kongres fetalne medicine.

Kongres je organizirala Fetal Medicine Foundation iz Londona, njen predsednik in glavni organizator je prof. Kypros Nicolaides. V prispevku bom predstavila le nekaj tem, ki so bile obravnavane na kongresu. Nekaj tem je bilo predstavljenih

že v prejšnji številki revije Isis. Šesti kongres bo junija 2007 v Dubrovniku.

Preeklampsija (PE) ♦

Hipertenzivne bolezni v nosečnosti so glavni vzrok za neposredno maternalno umrljivost

in za zboleznost nosečnic v Veliki Britaniji (VB) ter pomemben vzrok za mrtvorjenost, saj pri 20 odstotkih mater mrtvorjenih plodov ugotovijo hipertenzijo in/ali proteinurijo v nosečnosti. V VB, kjer zelo natančno objavijo ugotovitve o vseh maternalnih smrtih, so ugotovili, da v polovici vseh smrti, ki so bile

povezane s preeklampsijo, niso pravilno ocenili dejavnikov tveganja in niso prepoznali znakov in simptomov PE. Zgodnja PE (pojavi se pred 34. tednom nosečnosti) ogroža nosečnico in plod. PE, ki se pojavi v zadnjih tednih pred pričakovanim dnevom poroda, je bistveno manj nevarna bolezen. Rast ploda običajno ni prizadeta.

Etiologija PE ni popolnoma jasna. Menijo, da HLA-C na trofoblastnih celicah določa dejavnost celic ubijalk v maternici (uterine natural killers – UNK). Zaradi motene interakcije med trofoblastom in UNK pride do motenj v preoblikovanju spiralnih arterij (motena apoptoza mišičnih vlaken), posledica je disfunkcija endotelnih celic in slaba prekrvitev posteljice. Posledice so na fetalni in maternalni strani.

Najboljši označevalec za moteno placencijo in za zgodnjo PE je opazovanje pretokov v uterinih arterijah. Zarezo (notch) v signalu uterinih arterij ima med 22. in 24. tednom dva odstotka zdravih nosečnic in 60 odstotkov tistih, ki bodo razvile zgodnjo PE. Zarezo v uterinih arterijah in znižane vrednosti placentalnega ravnega faktorja (PIGF) ima 80 odstotkov nosečnic, ki bodo razvile zgodnjo PE. Te nosečnice imajo v tem obdobju pogosto zvišane vrednosti inhibina A in aktivina A.

Oksidativni stres, ki nastane zaradi slabe prekrvitve posteljice, so poskušali preprečiti z dnevnim dodajanjem vitaminov C (1000 mg) in E (400 IU) k prehrani nosečnic. Ugotovili so, da antioksidativni vitamini ne preprečijo PE, obenem pa so opazili večje število zapletov pri plodovih, zlasti več intrauterinih smrti, če so nosečnice jemale vitamina C in E. Zakaj? Z antioksidativi se placencija ne izboljša, je pa odgovor na slabo placencijo na materini strani (to je zvišanje krvnega tlaka) slabši, zato je slabša prekrvitev posteljice, kar poveča tveganje za zaplete pri plodu. Vitamin E pospeši sproščanje citokinov iz limfocitov Th 1. Pri nosečnicah, ki uživajo zelo malo kalcija, dodajanje 1,5 g kalcija na dan ne prepreči PE, ampak jo nekoliko omili. Pri jemanju kalcija niso opazili nobenih škodljivih učinkov. V VB nekateri zdravniki priporočajo nosečnicam z visokim tveganjem za PE preventivno jemanje kalcija in acetilsalicilne kisline 100 mg na dan. Vitamina C in E odsvetujejo, pa tudi multivitaminske tablete po 12. tednu nosečnosti. Najpomembnejši dejavnik tveganja je še vedno prva nosečnost, za presejanje pa je uporabno le opazovanje pretokov skozi uterine arterije.

Večplodne nosečnosti ◆

V svetu pada število trojčkov, število dvojčkov pa še narašča. 40 odstotkov dvojčkov je

iatrogenih. Monohorijski dvojčki so redki. Po oploditvi z biomedicinsko pomočjo so šestkrat pogostejši kot po spontani zanositvi. Pri monohorijskih dvojčkih je tveganje za zelo prezgodnji porod (15 odstotkov pred 32. tednom) ter za zelo nizko porodno težo (10 odstotkov pod 1500 grammi) veliko. Tveganje za pojav sindroma transfuzije med dvojčkoma (TTTS) je enako kot tveganje za prirojene napake (3,5 odstotka za vsakega dvojčka). Večja kot je razlika v nihalni svetlini ali dolžini teme-trtica v 12. tednu, večja je verjetnost za TTTS. Najbolj učinkovito zdravljenje pri TTTS je laserska koagulacija komunikantnih žil, cilj zdravljenja je funkcionalno ločiti posteljici (posteljici postaneta »dihorijski«).

Pri monohorijskih dvojčkih svetuje Blickstein UZ vsaka dva tedna od 12. tedna dalje, po 30. tednu CTG in UZ dvakrat na teden, indukcijo poroda v 38. tednu. Četrtnina monohorijskih dvojčkov pride do 38. tedna brez zastoja v rasti. Pri monoamnijskih dvojčkih predlaga carski rez v 32. tednu. Pri dihorijskih dvojčkih pa UZ v 12., 20., 28. in 34. tednu.

Cerebralna paraliza (CP). Plodovi, ki zaostajajo v rasti (IUGR) ◆

Etiologije CP še vedno ne poznamo natančno, do nje lahko pride po okužbi nosečnice s citomegalovirusom (CMV). Če protitelesa ne uničijo CMV, virus prehaja v posteljico, povzroči placentitis in gre, ker je nevrotropni, v CZS, kjer povzroči vaskulitis in edem. Če pri nosečnici ugotovijo serokonverzijo, ji dajo imunoglobuline proti CMV ter tako nevtralizirajo cirkulirajoče viruse, nato pa še valcikovir. Okužba s CMV v tretjem trimesečju je pogosto povezana s placentitisom, oligohidramnijem in zastojem rasti ploda. Plodovi, ki zaostajajo v rasti (IUGR) in so rojeni ob pričakovanem dnevu poroda, imajo CP pogostejše kot IUGR-plodovi, ki so rojeni prezgodaj; to kaže, da je pri razvoju CP pomembna dolgotrajna izpostavljenost hipoksiji. Pri plodovih, ki so po teži na drugi centili za gestacijsko starost, je mrtvorojenost 10-krat večja kot pri primerno velikih plodovih.

Kdaj je najbolje prekiniti nosečnost z IUGR? Enostavnega odgovora ni, vedno je potrebna natančna obravnava vsakega posameznega primera. Baschat iz ZDA meni, da je prekinitev nosečnosti pri IUGR-plodovih v 24. in 25. tednu tvegana, saj preživi manj kot polovica plodov. V 26. tednu prekine, če se pojavi obraten a-val v ductusu venosus (DV), v 29. tednu, če je pulzatilni indeks v DV

nad 3 SD, v 32. tednu, če je v diastoli obraten pretok v popkovnični arteriji (UA), ter v 34. tednu, če je v UA odsoten pretok v diastoli. Po 34. tednu reaktiven CTG praktično izključuje hipoksijo; vendar ima reaktiven CTG manj kot 30 odstotkov IUGR-plodov.

Integrirani test (integrating fetal test – IFT) je preiskavna metoda, ki vključuje pretok skozi UA in skozi DV, oceno plodovih velikih in dihalnih gibov ter količino plodovnice. IFT nadomešča ocenjevanje stanja ploda z biofizičnim profilom.

IUGR-plodovi imajo manjše zaloge maščobnih kislin, ki so pomembne za razvoj CZS. Postavlja se vprašanje, ali je s pravilnejšo prehrano IUGR-novorojenčkov mogoče ublažiti ali celo preprečiti CP?

Nadzor ploda med porodom ◆

Z UZ si med porodom lahko pomagamo pri ugotavljanju lege plodov in posteljic ter za oceno teže ploda, ponekod ga priporočajo za ugotavljanje pozicije in rotacije glavičice (orientirajo se po legi orbit), zlasti pred operativnim dokončanjem poroda. Za ugotavljanje hipoksije ploda med porodom je dopplerska preiskava neuporabna.

Pri CTG je še vedno glavni problem nepravilna interpretacija. V VB imajo v porodnih sobah veliko neizkušenih mladih zdravnikov, vendar Royal College of Obstetricians and Gynaecologists priporoča le v porodnišnicah, kjer imajo več kot 6000 porodov na leto, stalno prisotnega konzultanta. Za boljše rezultate priporočajo intenzivno izobraževanje začetrnikov ter CTG-aparate z računalniško analizo zapisa.

Fetalna oksimetrija, ki so jo razvijali 20 let, se je izkazala kot neučinkovita metoda.

Edina nova metoda, ki v zadnjih letih obeta, je **STAN** (analiza ST spojnice v plodovem EKG-zapisu). S pravilno uporabo znižamo delež otrok, rojenih v acidozi, in delež carskih rezov. Vendar se delež carskih rezov zmanjša le, če se pred uvedbo metode dovolj veliko število zdravnikov in babic nauči pravilno oceniti pridobljene informacije.

Op. ur. Članek je avtorica po e-pošti posredovala za objavo 9. novembra 2006, vendar ga uredništvo zaradi »računalniškega škrata« ni prejelo. Prejeli smo šele verzijo, ki je bila poslana 8. maja 2007.

Rehabilitacija po zdravljenju raka

Irena Oblak

Kancerološko združenje in Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino sta 25. in 26. maja 2007 v Laškem organizirali Onkološki vikend, kjer je bila obravnavana rehabilitacija po zdravljenju raka.

Incidenca raka vztrajno narašča, ker pa je na srečo vedno večja tudi ozdravljivost, posledično narašča tudi prevalenca raka. V letu 2004 je bilo na novo odkritih 10.625 primerov raka, število vseh živečih bolnikov, ki so kdajkoli v življenju zboleli za rakom, pa je na dan 31. decembra 2004 znašalo 60.323.

Dandanes naš cilj ni več zgolj ozdravitev rake bolezni, ampak je vedno bolj pomembna tudi kakovost bolnikovega življenja med in po koncu zdravljenja. Po uspešnem zdravljenju, ki ne ostane vedno brez posledic, je izrednega pomena pravočasna, strokovno izvedena celostna rehabilitacija, ki po definiciji vsebuje fizikalno, psihosocialno in poklicno rehabilitacijo. Vloga fizikalne in rehabilitacijske medicine je poleg lajšanja težav predvsem v izboljševanju in vzdrževanju funkcijskega stanja bolnikov ter izobraževanju o prilagoditvenih strategijah po zaključenem zdravljenju. Onkološko zdravljenje (operacija, obsevanje in sistemsko zdravljenje) lahko pusti številne posledice, ki bolnika ovirajo v normalnem življenju. Posebno zahtevno in občutljivo je zdravljenje raka pri otrocih, kjer so po zaključku zdravljenja pogosto prisotne hude telesne in psihosocialne težave, saj se otrok še vedno telesno razvija, hkrati pa vstopa v proces izobraževanja in socializacije. Posledice zdravljenja, ki povzročijo slabše delovanje različnih organov in žlez z notranjim izločanjem, zato poleg funkcijskih lahko povzročijo tudi motnje na področju inteligence in čustvovanja.

Člani Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino ter drugi člani rehabilitacijskih delovnih skupin so na srečanju pregledno predstavili možnosti fizikalne in rehabilitacijske medicine v Sloveniji, od ocenjevanja bolnikovih težav, možnih pripomočkov za njihovo lajšanje in metod njihovega dela. Funkcionalne okvare, ki se pojavljajo pri bolnikih z rakom, so lahko posledica njihove bolezni in/ali zdravljenja ter pomembno vplivajo na

njihovo kakovost življenja. Načrtovanje rehabilitacijskih ukrepov je smiselno in potrebno že ob pričetku zdravljenja rakave bolezni, ne šele po njem. Bolnik mora imeti pri tem na voljo celotno rehabilitacijsko delovno skupino strokovnjakov, ki poleg zdravnika specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine ter onkologa vključuje tudi fizioterapevta, delovnega terapevta, socialnega delavca, psihiatra, psihologa, logopeda, dietetika, rehabilitacijske sestre in druge strokovnjake, odvisno od dodatnih potreb posameznega bolnika. Z merjenjem in ocenjevanjem bolnikovih težav ter funkcijskega stanja pa zmore rehabilitacijska medicina podati tudi merilo o učinkovitosti zdravljenja in rehabilitacijskih intervencij, kar je pomembno tako pri načrtovanju in spremljanju onkološkega zdravljenja kot postopkov rehabilitacije. Poudarjen je bil pomen rehabilitacijskih ukrepov na primarni ravni, ki pa zaradi neustreznih kadrovskih, storitvenih in časovnih normativov iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja praviloma ne zaživijo. Pravico do zdraviliškega zdravljenja opredeljujejo razmeroma širokogrudna pravila ZZZS, ki pa po drugi strani omejujejo čas bivanja bolnika v zdravilišču in pogostost terapevtskih postopkov. Pri tem bolniki v zdravilišča prihajajo v različnih časovnih presledkih po operaciji oziroma obsevanju in/ali kemoterapiji. Standardizacije potreb po rehabilitaciji ni možno izvesti zgolj na podlagi mednarodne klasifikacije diagnoze oziroma lokalizacije bolezni. Izvesti jo je potrebno na osnovi podatkov o razširjenosti bolezni, agresivnosti terapevtskih postopkov, pričakovane ozdravitve in pričakovanih poznih učinkih zdravljenja ter gotovo tudi spola, starosti in možnosti za opravljanje poklica. V bistvu mora biti rehabilitacija (tako kot osnovno zdravljenje) načrtovana individualno. Ob tem je seveda potrebno preverjati merljive učinke take rehabilitacije. Tega seveda ni zmožen zgolj osebni zdravnik, za to je potrebna celotna de-

lovna skupina. Na podlagi merljivih izhodišč bo nato razmeroma enostavno pripraviti programe in standarde za rehabilitacijo rakavih bolnikov tudi v zdraviliščih.

Psihosocialna in poklicna rehabilitacija je pogosto zanemarjena, vendar še kako pomembna na poti bolnika nazaj v normalno življenje in delo. Psihološka pomoč naj bi bila bolnikom dostopna na vsej poti bolezni, od diagnoze, med zdravljenjem in okrevanjem, pa tudi po vrnitvi v njihovo okolje. Le celostna obravnava bolnika omogoča uspešno zdravljenje in rehabilitacijo bolnika. Pogosto se bolniki po zdravljenju raka nikoli več ne vrnejo v delovno okolje, kar na nacionalni ravni pomeni tudi izpad delovne sile. Ohranitev zmožnosti za delo in vrnitev zbolelih oseb na delo sodi med pokazatelje uspešnosti zdravstvenega sistema. Potrebno je interdisciplinarno sodelovanje različnih medicinskih in nemedicinskih strokovnjakov ter delodajalcev, saj tveganje za izgubo zaposlitve narašča z invalidnostjo, zbolelemu pa je potrebno nuditi tudi ustrezno socialno varnost in omogočiti čim večjo kakovost življenja. Zanimivo je bilo predavanje kolegice, ki je sama prebolela rak dojke. Kot bolnica je prikazala svoje videnje problemov in opisala vse težave, s katerimi se je srečevala med zdravljenjem in okrevanjem. Izpostavila je nujno po celostni obravnavi bolnika ter ustrezno dostopnost psihosocialne in delovne rehabilitacije ter ustrezne pravne pomoči.

Vabljen predavatelj gost iz Nemčije, prof. dr. Hermana Gerda Delbrücka, je osvetlilo razsežnosti fizikalne in rehabilitacijske medicine v Evropi. Presenetilo nas je dejstvo, da je v določenih državah od vseh bolnikov, ki so deležni fizikalne medicine in rehabilitacije, kar četrtina bolnikov z rakom, v Sloveniji pa so ustrezne rehabilitacijske obravnave deležni le redki rakavi bolniki. Od posameznih vrst rakave bolezni so v tujini najpogostejše rehabilitirane bolnice z rakom dojke ter bolniki z rakom prebavil in urogenitalnega trakta (vsaka

skupina predstavlja okrog 20 odstotkov), ostale lokalizacije so zastopane redkeje. V večini držav se rehabilitacija izvaja ambulantno, razen v Nemčiji, ki ima specialne rehabilitacijske bolnišnice. Poudaril je, da je poleg preživetja bolnikov kakovost življenja drugi najpomembnejši kazalec uspešnosti zdravljenja rakave bolezni. V Evropi dajejo velik pomen tudi psihosocialni in poklicni rehabilitaciji, pri nas pa je le-ta žal še v zametkih.

Ob koncu srečanja so bili sprejeti naslednji zaključki:

1. Potrebna je ustanovitev delovne skupine za pripravo smernic za rehabilitacijo bolnikov

po zdravljenju raka (sklicatelja strokovni direktor Onkološkega inštituta doc. dr. Hotimir Lešničar, dr. med., in generalni direktor Inštituta za rehabilitacijo bolnikov Slovenije prof. dr. Črt Marinček, dr. med.), ki jo bodo sestavljali predstavniki Onkološkega inštituta, Inštituta za rehabilitacijo bolnikov Republike Slovenije, ZZZS-ja, SPIZ-a, bolnikov, specialistov medicine dela, družinske medicine in psihosocialne rehabilitacije ter Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino. Naloga delovne skupine je: vzpostavitev enotnih meril pri ocenjevanju stopnje z boleznijo in/ali

zdravljenjem povzročenih posledic pri bolnikih z rakom, na podlagi katerih je utemeljena določena vrsta rehabilitacije. O pobudi bo obveščeno tudi Ministrstvo za zdravje.

2. Na Onkološkem inštitutu je potrebno ustanoviti multiprofesionalno delovno skupino za rehabilitacijo bolnikov z rakom, ki bo skrbela za pred- in poterapevtsko svetovanje bolnikom in usmerjanje na rehabilitacijske postopke.
3. Načrt multicentričnega projekta rehabilitacije po zdravljenju raka za Slovenijo.

Ultrazvočna diagnostika v pediatriji

Matjaž Kopač

Od 2. do 27. aprila 2007 sem se izpopolnjeval iz ultrazvočne diagnostike v pediatriji pri prof. dr. Riccaboni na Kliničnem oddelku za otroško radiologijo Univerzitetne klinike v Gradcu.

Klinični oddelk za otroško radiologijo velja za največji tovrstni oddelk v Avstriji in hkrati za enega največjih in najbolj uveljavljenih v Evropi. Poseben poudarek daje razvoju in praktični uporabi preiskavnih metod in posegov z manj obsevanja, kot tudi razvoju postopkov slikanja z računalniško tomografijo, magnetno resonanco (kar opravljajo na lastnem aparatu) in ultrazvokom (UZ), vključno s 3- in 4-dimenzionalnim UZ. Ta oddelk je tudi edini univerzitetni otroški radiološki oddelk v Avstriji in ima bogate pedagoške izkušnje. Vredno je omeniti, da je oddelk praktično povsem digitaliziran in razpolaga s sodobnim računalniškim sistemom arhiviranja slik, izvidov in gledanja ter primerjanja izvidov, tako da so opravi s papirnato dokumenta-

cijo skrženi na minimum. Oddelk je vpet v medmrežje graške bolnišnice, s pomočjo teleradiologije pa je tudi povezan z drugimi avstrijskimi in tujimi otroškimi radiološkimi oddelki. Pomembno pri vsej stvari je, da je kadrovska zasedba temu primerna, saj je na oddelku zaposlenih več zdravnikov, tako da je delo dokaj enakomerno porazdeljeno.

Delo se prične približno ob 8. uri, ko začnejo prihajati prvi pacienti. Najpogostejše so UZ-preiskave abdomna, v največ primerih zaradi težav s sečili. Prof. Riccabona je poudaril sicer znano dejstvo, ki pa se ne upošteva vedno v dovolj veliki meri, da mora za vsako tovrstno preiskavo stati trdna indikacija in da mora izvid preiskave vplivati na odločitev o poteku zdravljenja, ne glede na dostopnost preiskave. Navedel je podatek, da je pri njegovem delu več kot polovica UZ-preiskav nepotrebnih.

Tudi pri njih velja pravilo, da je pri prvi preiskavi otroka zaradi težav s sečili potrebno pregledati celoten abdomen. Pri vsakem UZ-pregledu ledvic pa opravljajo tudi natančne dopplerske preiskave ledvičnega žilja (zlasti power-doppler), saj imajo večjo občutljivost za odkrivanje manjših okvar v parenhimu. Vendar je prof. Riccabona poudaril, da mora biti aparat za to dovolj kakovosten, ne zadostuje zgolj to, da ima vgrajen doppler. Pomembna je tudi sprotna nastavitve in prilagoditev parametrov vsakemu preiskovancu posebej. Vendar sem dobil vtis, da ti izsledki pogosto nimajo neposrednega vpliva na obravnavo otroka. Velikost ledvic izražajo z volumnom in ne le z dolžino. Seveda imajo tabele normalnih volumnov glede otrokove velikosti. Tako kot pri nas, tudi v Gradcu uporabljajo ultrazvočne mikcijske cistograme (UMCG) za odkrivanje



Avtor prispevka (skrajno desno) na obisku pri prof. fiziologije dr. Kennerju (skrajno levo) in pri njegovi soprogi (v sredini), ki je pomagala pri nekaterih organizacijskih zadevah za lažji potek izpopolnjevanja. Vmes sta še dve tuji zdravnici, ki sta se prav tako v tem času izpopolnjevali v Gradcu.

in sledenje vezikoureternega refluksa. Zaradi zaščite ob preiskavi otroci dobijo aminoglikozidni antibiotik intravezikalno takoj po preiskavi, medtem ko pri nas dobivajo antibiotik (najpogostejše primotren) v terapevtskem odmerku tri dni ob preiskavi. Značilnost UZ ledvic v neonatalnem obdobju so hiperehogene piramide, ki nastanejo zaradi povečanega izločanja in odlaganja Tamm-Horsfallovih beljakovin v prvih dneh življenja, kar je pogost, fiziološki in reverzibilni pojav. Ob slabi hidraciji ali dajanju določenih zdravil lahko pride do ireverzibilnega izpada prekrvavitve papil s posledično nekrozo in sekundarno kalcinacijo. Pri prirojenih malformacijah sečil in pri vnetjih je UZ idealna začetna preiskavna metoda, kot tudi za nadaljnje spremljanje, vendar pri cističnih boleznih ledvična funkcija ni v sorazmerju s številom cist. Pomembno mesto ima tudi v diagnostiki žilnih bolezni ledvic, zlasti pri trombozi ledvične vene, pri presnovnih boleznih, pri poškodbah (kjer pa ni primerna preiskava za izključitveno diagnostiko) in pri tumorjih ledvic, kjer lahko oceni volumen tumorske mase, odnos do sosednjih organov in struktur, prizadetost regionalnih bezgavk in žilja, vraščanje v pielon in nekatere druge parametre. Posebno mesto ima UZ tudi pri presajenih ledvicah, kjer se je med drugim izkazalo, da je volumen zelo občutljiv parameter za razpoznavo patologije, saj je npr. pri zavrnitveni reakciji presajene ledvice poleg povišanega rezistenčnega indeksa in spremenjene teksture parenhima značilno tudi

povečanje volumna. Imel sem tudi priložnost prisostvovati testiranju novega 3-dimenzionalnega UZ-aparata.

Obiskal sem tudi specialistično ambulanto za otroško nefrologijo in urologijo, v kateri sta delala prof. Ring in asist. Mache, sicer je pa ta oddelek eden izmed treh v Avstriji, ki se ukvarja z dializnim in transplantacijskim zdravljenjem otrok s končno ledvično odpovedjo. Po operacijah nekaterih prirojenih anomalij sečil (kot je na primer pieloureterna stenoza) te otroke spremljajo in nadalje zdravijo pediatrični nefrologi.

Med svojim strokovnim izpopolnjevanjem sem moral opisati tudi primer pacienta. Izbral sem primer novorojenke z nediferenciranim spolovilom in hidronefrozo, pri kateri je bila opravljena obsežna UZ-diagnostika abdominalna in medenice, vključno s kontrastno preiskavo (UMCG in sonogenitografija), poleg tega pa tudi poglobljena laboratorijska diagnostika. Po posvetih s prof. Riccabono je bil opis primera po njegovem mnenju dovolj kakovosten za predstavitev na katerem izmed pediatričnih ali ultrazvočnih kongresov ali za objavo v pediatričnem slovtvu.

V okviru strokovnega izpopolnjevanja v Gradcu sem se udeležil tudi tečaja iz UZ-diagnostike majhnih organov pri otrocih, kot so testisi, kolki, bezgavke in ščitnica, ki je potekal v graški bolnišnici pod vodstvom prof. Riccabone, in sicer v okviru kongresa avstrijskega združenja za pediatrijo (Pädiatrischer Frühling – Keine Angst von den »Small Parts«). Tečaja

se je poleg mene udeležilo več pediatrov in otroških kirurgov iz različnih delov Avstrije. V začetnem delu smo na kratko ponovili nekatere temeljne značilnosti in pogoje za primerno UZ-preiskavo pri otrocih. Dr. Schweintzger iz deželne bolnišnice Leoben je predstavil svoje dolgoletne izkušnje z UZ-diagnostiko kolcev pri novorojenčkih, in sicer s pomočjo bogatega in raznolikega slikovnega gradiva, med drugim tudi napačno opravljene meritve in interpretacije preiskav, iz sicer uglednih klinik v Evropi. Najpozneje do 3. meseca starosti bi kot α moral znašati $> 60^\circ$ in kot $\beta < 55^\circ$; manjši kot α kaže na displazijo, večji kot β pa na nestabilnost. Za spoznavo nestabilnega kolka pri nejasnih UZ-izvidih ima poseben pomen dinamična preiskava. V nadaljevanju smo se (ponovno z obilo slikovnega gradiva) seznanili z značilnostmi preiskave testisov, kjer je UZ odlična začetna preiskavna metoda z dovolj veliko natančnostjo, tako pri vnetnih spremembah, popoškodbenih stanjih kot tudi pri varikokeli, hidrokelu in herniji. Vendar pri torziji kljub dobrim rezultatom (tudi s pomočjo dopplerja) ni možno doseči 100-odstotne natančnosti, zato je v dvomljivih primerih potrebna zgodnja operacija. UZ je koristna preiskava tudi v diagnostiki različnih bolezni ščitnice, kjer pa je ta izvid treba vrednotiti skupaj z laboratorijskimi, scintigrafskimi in drugimi izvidi. Tudi pri prikazu bezgavk je ta preiskava pogosto v pomoč, saj so npr. povečane bezgavke najpogostejša indikacija za UZ-preiskavo vratu. V drugem delu tečaja smo se razdelili v manjše skupine in na aparatih pod vodstvom mentorjev vadili preglede omenjenih organov. Na koncu smo dobili še potrdila o opravljenem tečaju, vključno s certifikatom avstrijskega in nemškega združenja za ultrazvok v medicini, ki je veljavno v vsej Evropski uniji, nakar smo se poslovili in pustili odprta vrata za nadaljnje sodelovanje.

Izobraževanje mi je v organizacijskem smislu omogočila Ameriško-avstrijska fundacija s sedežem na Dunaju, ki je priskrbela nastanitev v bližini bolnišnice (oddaljena od 10 do 15 minut hoje) in nekaj denarne podpore za pokrivanje osnovnih življenjskih stroškov. Na osnovi pridobljenih izkušenj lahko trdim, da je raven pediatrične slikovne diagnostike pri nas na primerljivi ravni z avstrijsko, razen informacijske podpore, ki pri nas ni tako razvita. Pediatri v zadnjih letih tako pri nas kot v tujini v čedalje večji meri prevzemajo UZ-diagnostiko v svoje roke. Za to je potrebno redno izobraževanje, za kar v Sloveniji ni toliko možnosti kot v tujini. Upam, da bom čim več izkušenj lahko uporabljal v vsakdanji klinični praksi.

Vaskularna ultrazvočna diagnostika

Saša Rainer

V času od 18. do 20. maja 2007 je v kongresnem centru Bernardin v Portorožu potekalo 5. letno srečanje Adriatic Vascular Ultrasound Society (AVUS), mednarodno strokovno srečanje s področja vaskularne ultrazvočne diagnostike.



V dvorani kongresnega centra Bernardin

Adriatic Vascular Ultrasound Society (AVUS) je mednarodno strokovno združenje treh dežel (Slovenija, Hrvaška, Italija), ustanovljeno leta 2003 v Philadelphiji, ZDA, pod okriljem Jefferson Ultrasound Research and Education Institute (JUREI), Thomas Jefferson University, Philadelphia, ZDA. Namenjeno je izobraževanju, strokovnemu napredku ter izmenjavi znanja in izkušenj na področju vaskularne ultrazvočne diagnostike. O združenju in prvem strokovnem srečanju, ki ga je združenje organiziralo leta 2004, smo že poročali (Isis, leto XIII, št. 5, maj 2004).

Do sedaj je združenje uspešno izvedlo štiri tridnevna strokovna srečanja: leta 2004 in 2005 v Opatiji (Hrvaška), leta 2004 v Gradu (Italija) ter leta 2006 v Luganu (Švica); odzivi udeležencev na vseh dosedanjih srečanjih so bili zelo pozitivni. Že po prvih strokovnih srečanjih je bilo razvidno, da obstaja velik interes za tovrstno strokovno tematiko v vseh treh državah ter da strokovna srečanja ne pritegnejo le udeležencev iz Slovenije, Hrvaške in Italije, temveč tudi iz držav nekdanje Jugoslavije (Makedonija, Bosna in Hercegovina, Kosovo), Albanije, Madžarske, Švice, dosedanjih srečanj pa so se udeležili tudi posamezni udeleženci iz Pakistana in Švedske.

5. letno srečanje AVUS je bilo prvič orga-

nizirano v Sloveniji in predstavlja eno večjih mednarodnih ultrazvočnih prireditev pri nas doslej. Udeležilo se ga je 68 udeležencev iz sedmih držav.

Na srečanju je sodelovalo 27 vabljenih predavateljev iz šestih držav. V treh dneh se je zvrstilo 34 daljših predavanj, dve seji analize kliničnih primerov s kvizom ter tri delavnice s praktičnim delom na ultrazvočnih aparatih. Teme predavanj so pokrivalo široko področje vaskularne ultrazvočne diagnostike, kliničnega vidika žilnih bolezni ter številna druga področja ultrazvočne diagnostike: interpretacija 3D-podatkov v 2D-sliki (B. Breyer, Zagreb), nekaj vidikov varnosti diagnostičnega ultrazvoka (B. Breyer, Zagreb), najpogostejše napake in pasti pri delu s spektralnim in barvnim dopplerjem (C. Deane, London), osnove hemodinamike in interpretacija dopplerja (C. Deane, London), ateroskleroza: multiorganska bolezen - multisistemski ultrazvočni pristop (M. Šabovič, Ljubljana), ultrazvok v odkrivanju predkliničnih oblik ateroskleroze (P. Poredoš, Ljubljana), ultrazvok perifernih ven – globoka venska tromboza (L. Needleman, Philadelphia), kronična venska insuficienca (C. Deane, London), doppler dializnih žilnih pristopov



Colin Deane (London) med prikazom preiskave kronične venske insuficience

(K. Jaeger, Basel), doppler perifernih arterij (K. Jaeger, Basel), periferne arterijske intervencije – vloga ultrazvoka (L. Cambj Sapunar, Split), ultrazvok v nevrologiji – klinične aplikacije (B. Žvan, Ljubljana), doppler karotidnih in vertebralnih arterij (L. Needleman, Philadelphia), prilagojeno stentiranje karotidnih arterij (Z. Milošević, Ljubljana), ultrazvočna preiskava

po stentiranju karotid (S. Vadjal, Maribor), transkranialni barvni doppler (S. Castellani, Firenze), perkutano zdravljenje ekstrakranialnih AVM (T. Šeruga, Maribor), reno-vaskularna hipertenzija (B. Brkljačić, Zagreb), transplantirana ledvica (F.M. Drudi, Rim), doppler in transplantirana jetra (I. Čikara, Zagreb), doppler po perkutanih ablacijah fokalnih sprememb jeter (M. Brvar, Maribor), ultrazvok abdominalne aorte in mezenteričnih žil (V. Napoli, Pisa), ultrazvok v sledenju bolnikov z vnetnimi boleznimi črevesja (S. Rainer, Slovenj Gradec), izkušnje z ultrazvočnim kontrastnim sredstvom SonoVue (M. Podkrajšek, Ljubljana), doppler levic v pediatriji (B. D. Coley, Columbus, Ohio), doppler možganov v neonatalnem obdobju (B. D. Coley, Columbus, Ohio), žilne malformacije - vloga ultrazvoka in barvnega dopplerja (Z. Harkanyi, Budimpešta), ultrazvočna preiskava penisa – travma, fibroza in priapizem (M. Bertolotto, Trst), ultrazvok skrotuma (M. Bertolotto, Trst), morfološke spremembe skupne karotidne arterije po kombiniranem zdravljenju karcinomov glave in vratu (M. Kadivec, Ljubljana), barvni doppler očesa (Z. Harkanyi, Budimpešta), interventni ultrazvočni posegi pri boleznih tetiv (G. Robotti, Lugano), vloga barvnega dopplerja v reproduktivni medicini (V. Vlasisavljevič, Maribor).

Strokovni program srečanja je objavljen na spletni strani www.novacon.hr/avus.html

Po vsakem sklopu predavanj so udeleženci lahko prisostvovali prikazom preiskav na ultrazvočnih aparatih (»hands-on«); preiskave so lahko izvajali tudi sami, predavatelji pa so bili na voljo za vprašanja in prikaze. Tako je bilo tudi izven predavalnice precej priložnosti za pogovor s predavatelji. Vsak udeleženec je prejel CD-ROM s predavanji in daljšimi povzetki predavanj.

Ob uradnem delu srečanja je bilo mnogo priložnosti za druženje in neformalni po-



Dr. Laurence Needleman (Philadelphia, ZDA) med prikazom

govor s predavatelji. Ob zaključku drugega dne srečanja je udeležence z izredno zanimivim predavanjem razveselil posebni gost Arne Hodalič, ki je ob izvrstnih fotografijah pripovedoval zgodbo o Indijancih v gorah Kolumbije. Ob večerih smo se predavatelji in udeleženci družili na sprejemu s koktajlom in na slavnostni večerji.

Splošno mnenje sodelujočih (tako predavateljev kot tudi udeležencev) je bilo, da je srečanje dobro uspelo. Grenak priokus pušča le relativno slaba udeležba kolegov iz Slovenije, zlasti radiologov, saj je bila prire-



Prva stran programa srečanja

ditev enkratna priložnost za dodatno izobraževanje s področja žilne diagnostike. Vemo, da v osnovni specializaciji kliničnih strok (radiologije, interne medicine, kirurgije itd.) ni dovolj učenja vaskularne ultrazvočne diagnostike, v Sloveniji tudi še ni organiziranega podiplomskega šolanja na tem področju, v vsakodnevni klinični praksi

pa je potreba po tovrstnih preiskavah velika. Zato je odsotnost večjega števila radiologov, zlasti pa specialistov, še toliko bolj presenetljiva. Kljub temu si organizatorji želimo, da bi združenje zaživel tudi v Sloveniji in izpolnilo svoj namen. Obogateni z izkušnjami dosedanjih srečanj nameravamo podobna srečanja prirejati tudi v prihodnje.

Prihodnja letna srečanja AVUS bodo predvidoma v Italiji (leta 2008), na Hrvaškem (leta 2009) in v Švici (leta 2010).

TAKO MISLIMO

Negologija pa res ne

Boris Klun

Visoka šola za zdravstveno nego na Jesenicah je pripravila predlog (številnih) novih nazivov v zdravstveni negi, ki omenjajo med drugim tudi izraze, kot so negologija, negolog in negologinja.

Kot eden urednikov Slovenskega medicinskega slovarja, pri katerem smo se skozi desetletja, poleg ostalega, trudili tudi s slovensko terminologijo, močno nasprotujem ne le novemu neologizmu, temveč tudi načinu ustvarjanja novih pomenskih zvez.

Negologija in ostale izvedenke so nasilne spačenke, sestavljene iz slovenskega in grškega korena, kar že samo po sebi ni priporočljivo.

Besede, ki izhajajo iz grškega logos, imajo vedno pomenski podton neke znanosti. Menim, da gre v tem primeru le za preveč udobno bližnjico, če naredimo skovanko tako, da ji prilepimo nadih pomembnosti, nakar tisto, kar naj bi predstavljala, proglasimo za znanost.

Način take »izdelave« pa ponuja odprta vrata fantaziji in odpira ne-

pričakovane možnosti kovanja po istem receptu, saj bi (bo) vsak poklic lahko postal znanost že, če bi si le dodal kakšno logijo.

Navadno prevajamo in prevzemamo novo terminologijo iz angleščine. V tem primeru pa bo potrebno prej ali slej prenesti slovenske izraze v angleščino. Menim, da s številnimi težavami. Medical caretakinology in Medical caretakinologist?

Pri predlaganem nazivu bo potrebno določiti tudi okrajšave pred in za imenom. Že ob današnji obilici, ki verjetno ni dokončna, bodo razumljive samo nosilcem.

Tone Žakelj je v Delu že napisal nekaj misli o tem. Ponuja izraz negovalec, negovalka. Premalo pomembno? Menim, da ne. Tudi zdravnik ne bi nič pridobil na imenitnosti, če bi postal zdravnikolog. Oba ponujena izraza ponujata možnost stopnjevanja (višji, univ dipl.) in iz korena je mogoče izvesti negoslovje, kar bi bilo mnogo bližje tako smislu kot slovensčini in znanost ob tem ne bi prav nič trpela.

Test za pediatra

Cvetka Dragoš Jančar

Bilo je leta 1993. Na novo odprta vrata prvega zasebnega medicinskega centra v Ljubljani so bila, v primerjavi z utrujenimi zdravstvenimi domovi, pravo odkritje za številne tujce. Za vse, ki so takrat prišli, smo rekli, da so »pomembni«. Prvi človek kake mednarodne organizacije, prvi človek ambasade, prvi človek za begunce, za rdeči križ itd. Imeli smo strokovno profilirane kadre, kot jih je omogočila socialistična širokosrčnost: za otroke pediater in za odrasle po 18 letu splošni zdravnik. In seveda številne specialiste, ki so prav tako obvladali vsak svoje področje.

Nekega dne je v mojo ordinacijo zašel oče mojih pacientov, eden od tistih »glavnih«. Pred menoj je stal kot zajetna gora okrog šestdesetih in razlagal svoje zdravstvene težave. Gledala sem od spodaj gor preko zajetnega trebuha v podbradek, ne vedoč, kje naj začnem. Z zadržano samozavestjo pediatra sem ga poskušala preusmeriti v sosednjo ordinacijo h kolegu - splošnemu zdravniku. Ampak njegovo prepričanje v nedeljivost zdravnikovega znanja na specializacije je zaloputnilo vrata mojega zasilnega izhoda.

Kako naj začnem pregled starejšega pacienta? Izdelana imam vprašanja, celo gibe za pregled otroka. Gledam od zgoraj navzdol in ne obratno. Psihološka, da ne govorim o vsebinski razliki. Spoznam se na preventivo, akutne otroške bolezni, redko k sreči tiste, ki pretresejo moj spomin, ali pa »sveže« kronične, kot so npr. PNE, uroinfekti, astma itd.

Spet se kdaj zgodi, da moram zamenjati kolega. Po 15 letih sem

osvojilo marsikatero nepediatrično znanje, mnogo tudi zaradi ostarelih staršev. A alarmne luči ob grozečih simptomih pri otroku se prižigajo hitreje kot pri odraslem. Tako je bil pri meni gospod pri petdesetih zaradi ponavljajoče se bolečine nekje okrog temporomandibularnega sklepa. Pred kratkim je imel večji stomatološki poseg. Klinični pregled ni odkril posebnosti. Šel je nazaj k stomatologu, ki je naredil ortopan. »Ni stomatološko«, reče, ko ga neprevidni vrag privede spet k meni. Ampak, naj mu rečem, da nimam pojma, da sem pediater? Kaj pravzaprav znam? Moj položaj in leta mi skoraj ne dovoljujejo poraza. Ugled si začnem reševati z anamnezo in znanjem preventive. Tla se nehajo majati, samozavest se kljusasto pobira in upam, da bo rešitev naplavilo. ITM je 30, telesno dejaven na golfu, zmerno pije in pokadi največ dve cigari na teden. Pritisk včasih izmeri, je previsok, ampak zdravil še ne bo jemal. Skratka, mačo in pol. Oče je imel AP, kasneje infarkt. Pogledava holesterole, HDL 0,9. Stvar me začena zanimati in se mi že zdi kot IQ-test, za katerega megleno vidim rešitev. Ker imamo možnost, gospodu že naslednji dan naredimo doppler arterij. Obloge na arterijah. Primer opišem kolegu, ki kot iz topa reši moj test: koronarna bolezen z izžarevanjem v spodnjo čeljust. Sledi obremenitveno testiranje, koronarografija in moj mačo spet igra golf, sedaj z žilno opornico.

Tako bom z izobrazbo pediatra in v praksi pridobljenimi ostalimi »veščinami« en dva tri pristala v pokoju. Prav zdaj, ko ugotavljam, kako vznemirljiva je medicina, ne glede na specializacijo.

S KNJIŽNE POLICE

Zadnje parne lokomotive na Slovenskem. The last Steam Locomotives of Slovenia

Tadej Brate: Zadnje parne lokomotive na Slovenskem. The last Steam Locomotives of Slovenia. Založba Kmečki glas, Ljubljana 2006, 110 str.

Včasih se še zgodi, da srečam lokomotivo. Pa ne takšne, ki mrzla stoji na kakem opuščenem tiru, temveč živo, vročo, ki zapiska in zarohni, ko potegne vagone. Iz katere na postaji prileze strojevodja z oljno kanglico in namaže ležaje in drsnike. Ki me spomni, da sem kot otrok imel majhen parni stroj, katerega kotel sem »kuril« s špiritnim gorilnikom, da pa sem moral potrpežljivo čakati, da je para v kotlu dosegla dovolj

visok tlak in da je parni stroj začel puhati kot prava lokomotiva.

Vse to se v moji virtualni realnosti ponovi vsakokrat, ko naletim na knjige Tadeja Brateta. Četudi jih je iz tehnične dediščine na Slovenskem napisal celo vrsto, imam ta hip pred sabo le tri meni najljubše. Prvo je napisal - star dobrih 20 let - v nemščini in angleščini ter jo izdal v Avstriji (*The Steam Locomotives of Yugoslavia*, Verlag Josef Otto Slezak, Wien 1971, 196 str.). Ob prvi priložnosti bom na kakem dolgočasnem predavanju iz patološke fiziologije medicincem pokazal, kako je Brate takrat, ko še ni bilo računalnikov, narisal presek skozi parni kotel. Druga knjiga je v slovenščini, broširana (*Slovenske muzejske lokomotive*,

Mladinska knjiga, Ljubljana 2004, 49 str.). Tretja pa je ta iz naslova zgoraj, dvojezična (slovensko-angleška) in v nekem smislu - vsaj zame, laika - najbolj povedna. Med drugim tudi zaradi zelo eksplicitnih podatkov v spremni besedi ter poglavju z naslovom **Konec prevlade parnih lokomotiv na Slovenskem**. Poglavji sta zanimivi tudi zato, ker naravnost vabita k primerjavi slovenskega in angleškega besedila, ki nista dobesedni prevod. Vidi se tudi, da avtor odlično obvlada angleško terminologijo in ustrezno sintakso. Obžalujem, da na tem mestu avtor ni malo bolj natančno opisal svojih **bližnjih srečanj** z jugoslovanskimi policijami. Zaradi enotne balkanske miselnosti so železnice - in še posebej lokomotive - sodile med vojaške skrivnosti.

Knjiga o zadnjih parnih lokomotivah na Slovenskem med drugim opisuje, kako so v preteklosti konstruirali lokomotive ne le za specifično nalogo, temveč tudi za specifično progo. Kdor se bo o tem kdaj pogovarjal z avtorjem, si mora ogledati načrt za železniško povezavo Koroške in Gorenjske čez Jezersko(!).

Po moji presoji je Tadej Brate prvi raziskovalec, ki je v Slovenijo prinesel docela novo disciplino, zgodovino tehnike. Zato je ledino oral

dobesedno v potu svojega obraza, a je kljub temu - ali prav zato - ustvaril bibliografijo, ob kateri se človek lahko le čudi. Tako je v eni svojih knjig ohranil dokumentacijo o najmočnejšem tovarnjaku v Ljubljani neposredno po koncu druge svetovne vojne. Kot gimnazijec sem ta tovarnjak - na parni pogon in puhajoč kot lokomotiva - večkrat videl za Bežigradom, vsakokrat naložen z gramozom.

Nekoč sem zapisal, da »Kdor ne pozna svoje preteklosti, ne more vedeti, kam naj gre v prihodnosti.« Knjiga **Zadnje parne lokomotive na Slovenskem** opisuje del slovenske zgodovine, ki je bil precej bolj pomemben, kot se nam zdi zdaj. Knjiga med drugim namreč opisuje, da je bila železnica na Slovenskem mnogo let zanemarjena pastorka, nekakšna Pepelka, da pa to ni nikoli ostala.

Če se prav spomnim, v psihologiji C. G. Junga je parna lokomotiva simbol moči in energije. Bratetova knjiga je torej zgodba o Pepelki (na srečo? na žalost?) brez princa, vendar branje izbora za naše razmere!

Marjan Kordaš

Zgodba mojega življenja

Giacomo Girolamo Casanova: *Zgodba mojega življenja* (izbor iz življenjepisa). Študentska založba, Ljubljana, 2006, 245 str. Prevod: Maja Novak.

Na tega pisca sem prvič naletel pred približno desetimi leti po naključju. V neki knjigarni v Celovcu sem v izlozbi zagledal naslovnico nemške izdaje (Giacomo Casanova: *Meine Liebesabenteuer*. Zsolnay, 1992, 127 str.). Seveda sem knjigo takoj kupil in kmalu potem prebral vse štiri zgodbe. Branje v nemščini mi je šlo sprva bolj počasi zaradi baročnega izražja, a sem se kmalu navadil. Najbolj zabavna se mi je zdela zadnja zgodba, Maskerade in Mailand: Schneidersfrau und Edeldame (Maškerada v Milanu: Krojačeva žena in plemkinja), še posebej bizarni vložek o pripravi na zapeljevanje plemkinje, kjer se je avtor mimogrede lotil tudi krojačeve žene. Zdi se mi, da v tej zgodbi, ko je bil Casanova že v letih in mu je zato primanjkovalo ustrezne kondicije, ovinkasto opisovanje zares doseže mojstrski vrhunec.

Nemška izdaja nima uvoda, zato so mi zgodbe - v resnici le odlomki - ob takratnem branju nekako obvisle v zraku. Obžalovanja je vredno, da je knjiga natisnjena na slabem papirju. Dodane sicer lepe galantne slike so zato slabe, črno-bele in se nekako ne ujemajo z baročnim opisom baročnega življenja.

Slovenska izdaja, Zgodbe mojega življenja, pa je izjemno lepa knjiga. Bistven prispevek k dojetanju in razumevanju je povzetek na začetku, opombe ter prevajalkin esej na koncu. Posebnost knjige, sestavljene iz desetih poglavij oziroma zgodb, so v rdeči barvi natisnjene opombe, kar prispeva k žlahtnemu videzu. Izvirnika seveda ne poznam, a slovenski prevod se bere odlično. Domnevam, da se je prevajalka zelo potrudila, da je francosko baročnost zvesto prenesla v slovenščino. Tako se mi zdi, da sem Casanovo nekako dojel šele zdaj, ko sem prebral slovensko izdajo in takoj potem še enkrat nemško. Na srečo obe izdaji zajemata

različne odlomke iz izvirnika in tako se bolj določno pokaže lik, ki ga - izmišljeno ali resnično - uteleša pojem Casanova. V slovenski izdaji je (zaradi nepredstavljenih, fantastičnih zapletov) najbolj zanimiva tretja zgodba z naslovom Prva velika ljubezen: Kastrat. Sedma zgodba, Dvoboj, pa se bere skoraj kot kriminalka.

Casanova običajno slovi kot pojem promiskuitivnosti. A verjetno je v tistem času, tik pred francosko revolucijo, življenje plemstva in bogatašev potekalo enako ali vsaj podobno. Vse je bilo zabava, razdeljena po približno enakih deležih na promiskuitivnost, razmetavanje velikanskih denarjev ter razkošno prehrano. Bistvena sestavina promiskuitivnosti je bilo manipuliranje in intriganje (prim. Choderlos da Laclos: *Nervna razmerja*).

Zdi se mi, da Casanovove zgodbe potrjujejo tezo, da »najbolj resnične zgodbe so tiste, ki so izmišljene«. Zdi se mi pa tudi, da je med vrsticami teh zgodb zapisano tole: Ne laži in ne manipuliraj! Vsaka ženska, ki se je odločila za njegov slog igre, je namreč lahko natančno vedela, za kaj gre. Pomembno je tudi, da Casanova pri ženski ni cenil le njenih primarnih in sekundarnih spolnih znakov, temveč tudi njeno izobraženost in (ljubko) vedenje. In seveda skoraj ni bilo ženske, ki ne bi občudovala njegovega napora, energije in fantazije osvajanja in se skoraj obvezno tudi odzvala - pa čeprav morda le iz radovednosti.

Casanova je živel za užitek in naslado. Tako se je pač odločil in ni dovolil nikomur, da bi mu solil pamet (prim. str. 189-190, pogovor z jezuitom).

Sporočilo pa je, da Casanova ni bil nekakšen razpuščenec, temveč da je imel natančno izdelano etiko. V ospredju je bila svoboda - a ne le zanj, temveč vedno in povsod tudi za žensko oziroma ženske. Ali povedano drugače: Casanova je vedel, da je njegova svoboda omejena s svobodo partnerice.

Tako se mi zdi, da Casanova pravzaprav sploh ni bil - Casanova! ■

Marjan Kordaš

Slovenski medicinski slovar

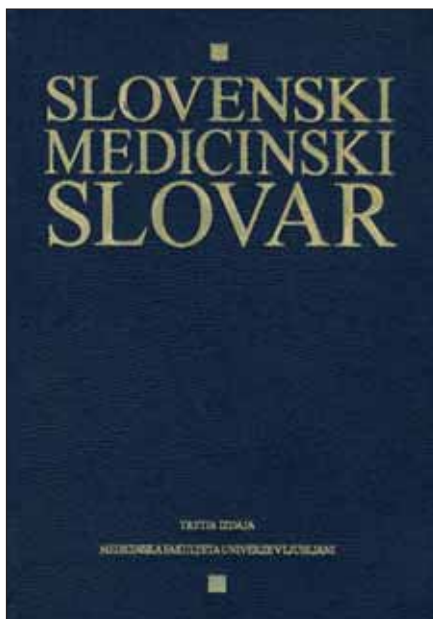
Slovenski medicinski slovar. Tretja razširjena izdaja. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana, 2007, III–XVII + 1149 str. (67.319 geselskih iztočnic).

Bojim se, da nisem prava oseba za pisanje recenzije te vrste. Vzrok, da želim zapisati vsaj nekaj vrstic, pa je tole:

Na SAZU že dlje časa sodelujem v *Komisiji za slovenščino v javnosti*. Za prvo »domačo nalog« v letu 2006 sem si tako pripravil pregled, kako je z uporabo slovenščine v medicini. Slednja v Sloveniji deluje na naslednjih področjih: **znanost, filozofija (etika), stroka in pouk**.

Pri nadaljnjem raziskovanju mi je ljubeznivo pomagal prof. Štefan Adamič (Inštitut za biomedicinsko informatiko MF) in pripravil kratek jezikovni presejalni pregled podatkovne baze *Biomedicina slovenica* (BS, za obdobje 2000–2004). Med zapisi v BS je imela večina (98.218) podatek o uporabljenem jeziku: več kot polovica člankov (59.304) je bila v slovenščini, vsi ostali (38.914) pa v t. i. »drugih jezikih«, verjetno v angleščini.

Pri pregledu »domačih nalog« sem svojo komentiral tako, da v medicini pridno objavljamo (tudi - ali celo večinoma) v slovenščini. Bolj nadrobna raziskava bi verjetno pokazala, da slovenščino uporabljamo predvsem na po-



dročju medicinske stroke in pouka. Temeljni pogoj za to pa je, da imamo **Slovenski medicinski slovar**. Skliceval sem se na 1. izdajo (2002, III–XVI + 1007 str.; 60.700 geselskih iztočnic). Medicinci torej lahko - če le hočemo - ob pisanju čislamo slovenščino in razvijamo slovensko medicinsko terminologijo. Pisanje

v slovenščini bi bilo brez medicinskega slovarja kot plovba po morju brez kompasa in sekstanta.

Da v Sloveniji nekatere discipline (še) nimajo slovarja, mi je še nekako pričakovano, a da nekatere discipline trdijo, da priprava ustreznega slovarja ni mogoča, se mi zdi docela nepričakovano!!

Dejstvo, da je Strokovno uredništvo Slovenskega medicinskega slovarja (**Miroslav Kališnik**, glavni urednik, **Boris Klun** in **Dušan Sket**, odgovorna urednika) skupaj z Uredniškim odborom (Mladen Est, Pavle Jezeršek, Miroslav Kališnik, Boris Klun, Marinka Kremžar, Nada Pipan, Alenka Radšel Medvešček, Dalja Sever Jurca, Dušan Sket) v nekaj letih pripravilo že 3. izdajo slovarja, pa res meji na neverjetno! Tudi zato, ker je jasno, da lahko te vrste knjiga v Sloveniji nastane le, če ustvarjalci delujejo predvsem na **etični pogon**.

Ko sem tako listal po slovarju in neuspešno iskal »luknje«, mi je nekaj govorilo, da bi avtorjem slovarja morali mi medicinci postaviti vsaj spomenik. Ker pa si - na srečo - nisem znal zamisliti oblike, sem dognal, da je prav slovar najboljši in najbolj zvest spomenik.

Ki tudi pokaže, kdo je **spiritus agens** in **kdo sta** njegova desna roka. ■

Marjan Kordaš

Šolar na poti do sebe

Viljem Ščuka: Šolar na poti do sebe. Didakta, Radovljica 2007, 412 str.

Pravkar je izšel priročnik za učitelje, starše in šolske zdravstvene delavce, Šolar na poti do sebe, ki ga je napisal Viljem Ščuka, šolski zdravnik in psihoterapevt gestaltist.

Avtor je 35 let aktivno deloval kot zdravnik šolskih otrok in mladih na Vipavskem, Goriškem in v zamejskem delu Trsta. V tem času je oblikoval svoj celovit pogled na osebnostni in socialni razvoj mladih ljudi v šoli in tudi izven nje.

Knjiga Šolar na poti do sebe – Oblikovanje

osebnosti, je bila natiskana pri založbi Didakta v Radovljici. Recenzenti so prof. dr. Janez Bečaj, prof. Mladen Kostić, prof. dr. Tanja Lamovec, prim. mag. Marija Ana Šalehar, prof. dr. Milan Štrukelj, prim. dr. Gorazd Mrevlje. Izdajatelj je Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Knjiga obsega 412 strani in je sestavljena iz treh delov. Prvi del: Iskanje poti. Drugi del: Iskanje sebe. Tretji del: Z igro na poti do sebe. Končuje se z epilogo, ki ga je kot komentar h knjigi napisala šolska zdravnica Marija Ana Šalehar in vsebuje tudi njena lastna opažanja o vedenju mladih, ki kar kliče po nujnosti dela z mladimi. To pa je avtorjev projekt Brez

megle v glavi. Projekt je namenjen spodbujanju osebnostnega razvoja mladih. Ciljna skupina so šolarji v zadnjih dveh letih osnovne šole in prvih treh letih srednje šole.

Po mnenju avtorja dober osebnostni razvoj omogoča soočanje s problemi, jasno zaznavanje odnosov, prevzemanje odgovornosti za lastne odločitve, sposobnost avtorefleksije, odprto in jasno odzivanje na okolje, jasno oblikovanje življenjskih usmeritev, z osebno izkušnjo oblikovan sistem vrednot, visoko frustracijsko toleranco in samodisciplino, primerno socialno in ekološko naravnost.

Delo prihaja ob pravem času in pomeni

pravo revolucijo v šolanju, saj kaže na neločljivo povezanost med vzgoji in učenjem. Ob primerni podpori javnosti delo lahko pripomore k spremembi trenutno kritičnega stanja učee se mladine.

Avtor ugotavlja, da sta vzgoja in učenje neločljivo povezana. Pridobivanje znanja brez vzgoje ni možno. Vzgojenost je pogoj za učinkovito učenje. Noče biti samo neprizadeti opazovalec, njegovo delo je prispevek k celovitemu, zdravemu razvoju mladih. Skozi proces šolanja jim omogoča tudi osebno rast. Za zdravljenje takega stanja mladih niso potrebne medicinske diagnoze in zdravljenje, potrebna je le trdna vzgoja, ki marsikdaj lahko prepreči zbolevanje.

Avtorju gre verjeti, ki pravi, da verjame v svoje zamisli! V naši stroki, šolski medicini, že zelo dolgo ni bilo tako pomembne novosti, kot je delo Šolar na poti do sebe Viljema Ščuka.

Delavnice ne bodo mogli obiskovati vsi mladi. Izboru šolarjev bo potrebno posvetiti nekaj pozornosti. Avtor namreč za obvladovanje prvin, ki so jim posvečene učne delavnice, napoveduje »znoj in solze«. Kot sam pravi, za izvedbo le-teh ne potrebuje žrtev, temveč le osebnostno zrele posameznike, ki bodo hoteli in znali pomagati šolarju. Potrebno bo sode-

lovanje različnih strokovnjakov, zdravnikov, profesorjev zdravstvene vzgoje, medicinskih sester, kliničnih psihologov, profesorjev telesne vzgoje, učiteljev, pedagogov, komunikologov in še drugih, zlasti pa staršev.

Pot do sebe je težka! Danes je vse dogajanje okrog mladih namenjeno prekinitvi te poti. Treba se je »ful odštekati«. K temu pripomore potrošništvo, drogiranje, hrupna zabava. Sodobne ikone proizvajajo sam hrušč in trušč, bolj ko so glasni, bolj so cenjeni. Tudi mobilni telefoni s svojim drdranjem, zvonjenjem in različnimi uverturami pomagajo, da se mladi ne utegnejo soočati sami s sabo.

Vendar je pomembno začeti, kot pravi avtor. Osebnost oblikujejo spoznanja, ne strokovna znanja. Razvoj osebnosti je povezovanje telesnih, miselnih, čustvenih, intelektualnih, etičnih, socialnih in še drugih dejavnikov v celoto. Na takih osnovah se končno le lahko razvije samospoštovanje, samozaupanje in človeško dostojanstvo.

V tretjem tisočletju naše dobe pričakujemo, da bi človeštvo napredovalo na etičnem in moralnem področju, vendar ni opaziti pomembnih sprememb na tem področju od mlajšega neolitika dalje. Izjemno smo napredovali v tehnologiji, tako zelo, da bo naša civilizacija kmalu uničila samo sebe. V duševnosti človeka pa se ne dogaja nič, kar ne bi bilo znano že starim Grkom in kar so nasledile vse mono-teistične religije in budizem. Z izjemo »indigo« otrok. Tako razširjena »new age« filozofija ne pomaga dosti in utegne biti celo nevarna.

Nova spoznanja o delovanju človeških možganov potrjujejo avtorjevo razlago, da fiziološke in čustvene potrebe zaznamo kot napetost, nelagodje in tiščanje, kot pritisk, torej kot stres. Podobno situacijo najdemo pri procesu učenja, ki ga je možno razlagati z modelom organizmičnega samouravnavanja. Le-to preprečuje pomanjkanje delovnih navad, šibek stik s seboj, nesposobnost ozavestiti se, nesamostojnost, nizka frustracijska toleranca, razvajanost in nevednost, kako se učiti. Organizmično samouravnavanje pospešujejo ljubezen in naklonjenost v zdravih odmerkih, sicer je ogrožena samostojnost. Ven-

dar ne smeta biti z ničemer pogojevani! Za obvladovanje pritiskov mora proces vzgoje povečevati frustracijsko toleranco.

Avtor meni, da so odnosi med ljudmi osnovni način delovanja Gestalta. Šola je kot gestalt, se dogaja ali pa je ni. Socializacija v šoli se mora uskladiti s predhodnimi socializatorji (mati, družina, skupina v vrtcu, širše okolje). Če je ta proces moten, nastanejo številni konflikti.

Človeško telo je osnova za duševnost in duhovnost in pogoj za razvoj ostalih prvin. Za telo je potrebno dobro poskrbeti. Tako avtor namenja veliko pozornost prehrani, ki mora zadovoljiti potrebe razvijajočega se organizma. Ob tem poudarja pomen ritma prehranjevanja, ki mora biti usklajen s 24-urnim telesnim ritmom. Pomembno je tudi pravilno vnašanje tekočin. Na prvem mestu je dobra pitna voda. Pitje vode v pravih intervalih veliko pripomore k dobri koncentraciji pri učenju. Ob obrokih se tudi izboljšujejo medčloveški odnosi, goji se obzirnost, vljudnost in lepe navade. Ob tem se veliko posveča tudi motnjam hranjenja, ki so postale vsakodnevni problem šolskih zdravnikov.

Avtor nas izziva. Vse nas, ki nam je dobrobit mladih pomembna. Potrebno je začeti takoj, saj mladi ne morejo čakati!

Tanja Lamovec pravi: »Trenutna situacija v naši družbi povzroča izpraznjenost in izgubo stika s seboj. Mladi vztrajno iščejo pot do sebe, mi pa še vedno vztrajamo, naj iščejo pot do znanja. Zaradi tega so prisiljeni sprejemati odločitve, ki niso njihove. Situacije je grozna.«

Upati je, da bo Šolar na poti k sebi in Brez megle v glavi resnično sprožil veliki preobrat, ne samo v sistemu šolstva, temveč tudi v šolskem zdravstvu. Z uvajanjem učnih delavnic v šole, izboljšanjem stika med šolarji, starši, učitelji in zdravniki ter medicinskimi sestrami se nam bo razkadila megla v glavi in približali se bomo našemu skupnemu cilju. To pa je zdrav, samozavesten, sposoben, dobro vzgojen mladostnik, ki bo kos izzivom in bo znal oblikovati take vedenjske vzorce, ki bodo v sozvočju z njim, nami in okoljem.

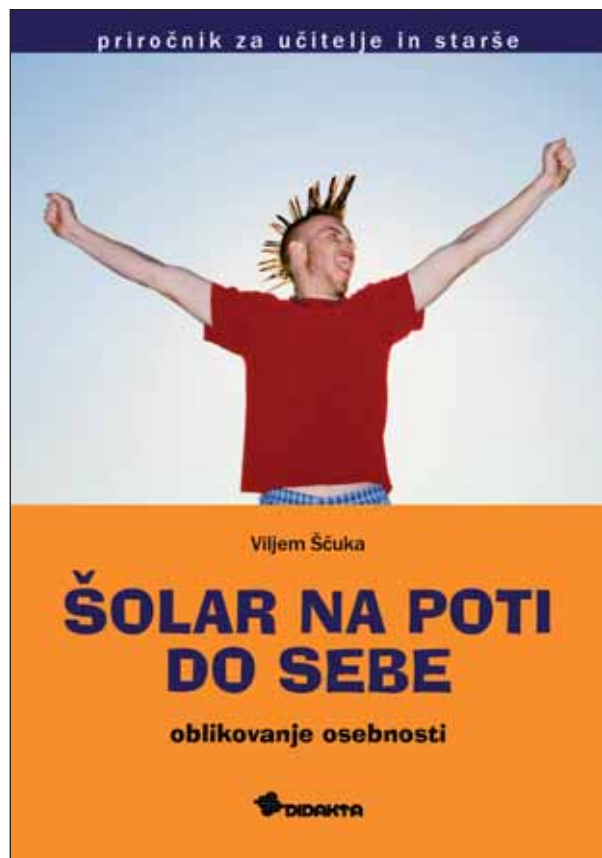
Pričujoče delo je prvo, ki je nastalo iz dolgoletnih izkušenj na področju šolske medicine in Gestalta. Vzbuja nam novo zaupanje in dokazuje, da so mladim potrebni ljudje, ki se jim posvečajo z veseljem, ljubeznijo, razumevanjem in posebnim znanjem.

Knjigi želimo, da bi postala Ščuka v ribniku, ki bistri vodo in druge ribe! Pričakovanje naslednje knjige buri našo radovednost.

Ali vas morda zanima kje dobite »Šolar-ja«?

V vseh knjigarnah!

Marjana Šalehar



Pesmi

Dušan Sket

Poletni večer

Ko se prva zvezda utrne
dol pred blokom mladi svet
iz vseh koncev v park se zgrne
in na klopce gre sedet.
Si papirčke razprostrejo,
prašek nasipavajo
in v svoje ga nosnice
željno vdihavajo.
Iz nahrbtnika zložijo
alkoholni arzenal,
pa razmečejo po travi
kar od flaš jim je ostal'.
In tako se veselijo
kakšno uro čez polnoč,
končno pa se razgubijo
vsak v svoj domek bruhajoč.

Nedeljsko kosilo

Skup' za mizo posedimo,
juhico posrebamo,
si krompirja naložimo,
režemo pečenkico.
Vince iz majolke teče
v kozarčke, ki nato
skozi žnabelne rdeče
v vampek se precejajo.
Vsak razpreda misli svoje,
ki jih teden je rodil,
kaj mu novi bo prinesel,
kaj te dni bo naredil.
Zdravja še si zaželimo,
in adijo, zbogom vsi,
saj čez teden se dobimo
spet pri dobri juhici.

Ciquita banana

Bil sem mladenič še nezrel,
ko prvič sem te v roke vzel,
rumeno srajčko s tebe snel
in v tvoje belo sem meso
svoje zobe zagrizel poželjivo.
Bila takrat si zame rajski sadež,
po tebi moja usta so hlepela,
a vse drugače je postalo danes,
krompirju v biološki pridelavi
se cena višja od tebe postavi.

Mobitel

Si doma?
Si kje drugje?
Z avtom voziš se, a ja!
Kaj novega pri vas?
Vse po starem.
Ha, ha, ha!
Kaj pa tam tako hrešči,
kaj povzroča takšen hrup,
daj oglasi se vendar,
kaj to dela:
tup, tup, tup.

Goska

Topla pokriva me, bratje, odeja
ko sred' noči se iz sanj prebudim,
glava je prazna, mehur me napenja,
zatorej v gosko svoj tič pomolim.
Goska je stara, prijetna iznajdba,
ki se strokovno glasi urinal,
kdo bi se plazil na hladno stranišče,
če bi lahko se in lecto poscal.
Pravite bratje, kaj ta tu naklada,
kaj tale dela se norca iz nas?
Bo pokazala pot siva vam brada,
goska vas čaka, zavita v čas.

Pin-up

Ko bili smo še soldatje,
radi smo nalépili
pin-up deklico v bikinih
na vratca v ormarici.
Danes pa je vse drugače,
v vsakem cajtengu so slike,
razen, jasno, v Družini,
deklic brez vsake flike.

Prošnja za koncesijo

Velecenjeni minister,
prosim vas za koncesijo,
kot specialnost pa navajam
medicinsko poezijo.

Rad bi pel o bolečini,
strahu, upanju, boleznih,
kako svoj brezup krotijo
zdravi, bolni, pijani, trezni.

Ni potrebna ambulanta,
miza je lahko iz tika,
moja stroka je mutanta,
shaja tudi brez bolnika.

Honorar je bolj za šalo,
tudi se tako pojmuje,
svetla bela stran papirja
v ISISu mi zadostuje.

Spet na plečih našega zdravstva

Berta Jereb

Petega oktobra, na Marjanov rojstni dan, sem se peljala s kolesom, kot vsak delovni dan, od doma proti Onkološkemu inštitutu. Kot običajno, je bila vožnja ob Ljubljani prijetna, ne preveč vznemirljiva. Pa pridem do Zmajskega mostu, na prehodu za pešce se ustavim, vidim prazno cesto pred seboj, levo in desno, rdečo luč levo in desno, stopim na bicikel, da bi pognala, pa mi z vso silo zastavi pot tovornjak. Vržem se stran od njega, on še kar melje naprej. Kričim od strahu in bolečin, ustavi se. V gnevu in šoku vpijem na voznika, čeprav vidim nad seboj le ogromen tovornjak. Ljudje se zbirajo. Iz žepa potegnem mobilni telefon, prosim, da pokličejo pomoč. Jaz na tleh, vidim razmesarjeno levo nogo, boli, boli... Pride policaj: »Ime, priimek, stanovanje in kam ste bili namenjeni?« »Na delo vendar!« Skrbelo ga je tudi, kam s kolesom – ja, red pač mora biti. Dobro imam v spominu njegov obraz, odprt, prijazen, modre oči, a niti trohice usmiljenja ni bilo zaslediti v njih. Gledal me je radovedno in nekako hudomušno. Verjetno je imel v mislih nekaj podobnega kot novinar, ki je sliko z napisom »Enainosemdesetletna kolesarka se je zaletela v tovornjak« objavil naslednji dan v Dnevniku. Saj res, starka na kolesu je vsekakor nekaj nenavadnega, nič čudnega torej, če napade tovornjak. (Kar pogledajte, kaj mi piše moj vnuk Martin.) Voznik je skakal okoli mene, tudi njemu ni bilo vseeno, pokrival mi je nogo, pogleda na posledice najinega srečanja ni dobro prenašal.

Končno so prišli reševalci, me zavili, odpeljali na urgenco, predali v roke skrbnim in prijaznim sestram, ki so me kmalu rešile bolečin. Ob meni so se pojavili soprog, hči, sin in seveda travmatologi. Moja noga se jim ni zdela zanimiva. Predali so me plastičnim kirurgom, ki so me sprejeli, preslikali in ugotovili, da sem imela neznansko srečo! Ja, na koncu

moraš biti še vesel, ker imaš celo glavo in trup, ker noga ni zdrobljena, ampak le oguljena, ker so vzdržale kite in žile. Tako je pač, srečo je treba imeti!

Za srečo štejem tudi naše zdravstvo. Isti dan so me operirali, pokrili razcefrano nogo z mojo zdravo kožo in me negovali, hranili, cartali. Vse z neskončnim potrpljenjem in prijaznimi obrazi. Ker sem precej vztrajno »kurila«, pa nismo vedeli, zakaj in od kod, so mi predpisali ursi čaj. V svoji vnemi sem ga popila kar dober liter. Posledic nisem čutila le

jaz, ampak tudi prijazen dežurni mladenič, ki je kar naprej prihajal s posodo, na vratih ob odhodu pomahal in bil zopet nazaj čez dobre pol ure. Imela sva burno noč, pa ni kazal najmanjše nejevolje, veselo se je smehljalo, kot da gre le za slabo šalo.

Zdravstvo so ljudje. Čistilka, ki se prijazno zanima, kakšna je bila noč, gospa, ki vas povpraša, ali želite grenek ali slaček čaj, vsi tisti fantje in dekleta v svetlo modrih uniformah, ki vam strežejo pri najintimnejših opravilih, vam preoblačijo posteljo, vas umivajo in češejo, vam

merijo vročino in krvni tlak, vam točno ob uri ravna infuzijo, delijo tablete, nosijo hrano. Zdravstvo je medicinska sestra, ki skrbi za red na oddelku, inštrumentarka, ki vam prevezuje rane, odstrani »klanfe«, šive, in odmrlo tkivo... Zdravstvo je fizioterapevtka, ki vam po tednih ležanja pomaga na noge. Zdravstvo je zdravnik, ki vas operira ali drugače prevzame odgovornost za vaše zdravljenje, ga skrbno spremlja in vas bodri, ko ste malodušni. Zdravstvo so tudi tisti nevidni zdravniki in njihovi pomočniki, ki delajo z aparati, gledajo slike vaših organov in kosti. V zdravstvu je mnogo dobrih ljudi. Morda je celo res, da ima vsak, ki se odloči za poklic v zdravstvu, nekaj »tam notri okoli srca«. Gotovo ne vsak, a verjamem, da velika večina. Seveda so tudi taki, ki hodijo le v službo, tako kot tisti uradnik za okencem, a taki so izjeme.

Vendar, kar beremo v naših časopisih o zdravstvu, so le sumljivi razpisi, zgodbe z operacijskimi mizami, korupcija, borba za vodstvene položaje. Ali tisti, ki poročajo, res ne vidijo ničesar drugega? Včasih beremo o kakšnem izrednem zvezdniku v naši medicini, a večinoma brez navdušenja, šele, ko so ga v Ljubljano prišli pohvaliti od drugod.

Novinarja, ki me je slikal, obupano in povoženo na tleh, bi morda lahko zanimalo, kako se stvari nadaljujejo v tem »razpadajočem« zdravstvu. Saj promet in vse ostalo je po njegovem mnenju

O babici in tovornjaku

Martin

Nekoč, nekje, nedaleč stran, je babica živela, Ki poleg vnukov in otrok bicikel je imela. Z biciklom cele dneve se je gor in dol vozila In kar se znašlo je pred njo, z lahkoto je zdrobila.

So rekli vnučki: »Pazi se! Saj nisi iz železa!« A babici od smeha se je tresla le proteza. Ni bala se ne pešcev, motoristov, kolesarjev, Ne cest, ne semaforjev, policajev, ne vratarjev.

Drvela je z vso močjo in kamor je hotela, Norela je kolesno tudi tam, kjer ne bi smela, In brez nasvetov, pomoči, se sama je podila, Biciklično, po svoje, vse je znala, postorila.

Začudeno, od daleč, so ljudje opazovali, Prekrižati pa pot ji so se, jasno, vedno bali. Ko švignila je mimo, so se pridno umaknili In rekli: »Dober dan!« in se narahlo priklonili.

Tako kolesobabica je vladala kolesno, Je vladala po mestu, resno, zemeljsko, nebesno. Poznali, spoštovali so jo vsi, ki so živeli V tem mestu njenem in kot zdajle jaz ji slavo peli.

In kdo sem jaz? Nihče, nikdar! Le tu, nad mestom letam In gledam kdo kaj dela kje in v verze vse zapletam, Da bi, kar tu zgodi se, se nikdar ne pozabilo In se potem nekoč, nekje, v kaj večjega razvilo.

pri nas še kar urejeno. Pa ne, da bi ga morala zanimati prav moja osebna usoda, lahko bi našel kaj mnogo bolj zanimivega. O očesni kliniki sicer že tu in tam slišimo, da so čakalne dobe za operacije katarakt krajše. No, jaz sem čakala 11 mesecev, vid je še nekako držal, ni bilo nobene ihte. Datum operacije je bil prav takrat, ko so mi popravljali nogo na oddelku za plastično kirurgijo. Nisem vedela, kaj bi, pa so me na oddelku brez težav preložili na drugo posteljo, rešilec me je odpeljal na očesno kliniko in tam so me operirali. Problem je bila le moja noga, ki je morala ves čas ostati iztegnjena, na okulistiki pa imajo le take stole za skrčene noge. Iznajdljive sestre so z improvizacijo rešile tudi ta problem. V dvorani, kjer nas je čakalo na operacijo kakih 14, sem sama sedela na bolj vzvišenem mestu, tako da se mi je nudil krasen pogled na ostale čakajoče na operacijo. Tam smo sedele z dokumentacijo v naročju »starejše gospe« in le dva moška, vsi v enakih papirnatih čepicah, enakih papirnatih

ogrinjalih. Med čakanjem nas je vedno še kdo kaj vprašal. »Ali ste na kaj alergični, ali jemljete kakšna zdravila, ali ste imeli kakšno operacijo na očeh?« Na vse to smo že odgovorili, a nikoli se ne ve, pri naših letih se rado tudi kaj pozabi, na to je treba računati. Bolje trikrat preveč kot enkrat premalo. Vse to s prijaznim obrazom, dobro voljo. Kako je to sploh mogoče, se vprašam. Saj nismo bili mi edina ekipa, imajo verjetno še dve ali tri take, in to vsak dan, skozi tedne in mesece. Kako je mogoče pri taki industriji ohraniti tak topel človeški odnos? Med čakanjem nam dajejo kapljice v oko, čakanje je izpolnjeno z dejanji. Seveda smo vsi nekoliko zaskrbljeni. V operacijsko dvorano gredo zaskrbljeni obrazi, ven se čez zelo kratek čas vračajo nasmejani. Ko sem to gledala, sem se spomnila dogajanja v moji rodni vasi, kjer so za pusta pripeljali čudežen stroj. Vanj so metali stare babe, ven so prihajale mlade in lepe gospodične. Skoraj tako je v operacijski, kjer operirajo katarakte, le da je res.

In ko vas položijo na operacijsko mizo, namažejo okoli očesa, vas, preden se stvar začne, povprašajo: »Kakšno dioptrijo želite?« Človek ne more verjeti, a tako res je, ni šala... Med operacijo strmite v neko lučko in nenedoma vam operater reče: »Gospa, gotovo je, lahko gledate.« In greste ali se peljete, kakor ste pač prišli.

Zopet nazaj na »svoj oddelek«, kjer še kar naprej skrbijo zame in mojo nogo, dokler me ne postavijo vsaj na bergle, potem domov. A se me še niso rešili. Ambulantno nadaljujemo s kopanjem noge, mazanjem, previjanjem, ocenjevanjem stanja in bodrenjem. Svojo skoraj neskončno potrpežljivost skušajo vcepiti tudi meni. Stvar se vendar izboljšuje, a potrebno je potrpljenje. Če ga ne bi imela, bi se ga pri teh dobrih ljudeh nalezla. In pohvalijo me, ko se končno upam sama postaviti na noge, čeprav gre bolj za njihov kot za moj trud.

Aforizmi

Rajko Sedej

Ena od lastnosti zrele osebnosti je prilagajanje; vračilo rdeče knjižice še ni dokaz zrele osebnosti.

Domišljavost je dialektično protislovje samozavesti, samozavest izhaja iz znanja, domišljavost pa iz neznanja.

Samozavestni osebnosti s pokončno držo se ne poda domišljavost.

Domišljavost je obrambni mehanizem, je racionalizacija tipa »sladka limona«.

Zoon politikon je biopsihosocialni proizvod novejšega časa in sodobnega prostora in ima dvomljivo čustveno inteligenco.

Zoon politikon - gnothi seavton.

Osebkí s piercingi se podzavestno umikajo v davno preteklost, ko homo sapiens še ni postal zoon politikon.

Sodobne evropske političarke in politiki, velja tudi za slovenske, se ne kitijo s piercingi; kar utegne imeti svoj pomen.

Tako naravno se nam zdi, ko se svinje prerivajo okoli korita, ko se zoon politikon rine h koritu, se pa zgražamo.

Na TVS so sporočili, da je politika »zahrbtna gospa«. Nakazuje se, da nas bo politika odslej nategovala »a tergo«.

Navadni povzpelniki imajo odrgrnine na kolenih, bolj agresivni obtolčene komolce, tisti s pedigrejem pa so »kljukarji«.

Aforistična tinktura

Stari aforizmi, preoblečeni v bele halje (z geografskim poreklom)

Janez Tomažič

Za zdravnike je striptiz pouk anatomije z glasbo.

Ko so zdravnika znanstvenika vprašali, kakšen je pomen njegovih kliničnih raziskav, je presenečeno odvrnil: »To je približno tako, kot če bi me vprašali, čemu služi dojenček.«

Življenje je prekratko, da bi se zdravil pri slabem zdravniku.

Pozdraviti hipohondra je dvojni užitek.

Porodničar se pogosto zave, da ničesar ne ustvarja človek tako nepremišljeno kot svoje potomce.

Uspehi zdravniškega sindikata Fides so bili za nas nasmeh zgodovine.

V času dežurstva moramo zdravniki včasih preživeti za ceno lastnih življenj.

Po dežurstvu imam običajno slab dan, zato prosim kolege, naj mi ga ne pokvarijo.

PERSONALIA

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili specialistični izpit

Lučka Cankar, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila 21. 5. 2007

Anica Gorjanc Vitez, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila 16. 5. 2007

Jovanka Tanjga, dr. med., specialistka pnevmologije, izpit opravila 8. 5. 2007

Aljoša Đukić, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 9. 5. 2007

Mitja Logar, dr. med., specialist psihiatrije, izpit opravil 30. 5. 2007 s pohvalo

Katarina Trčko, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila 23. 5. 2007 s pohvalo

Gorana Gašljević, dr. med., specialistka anatomske patologije in citopatologije, izpit opravila 24. 5. 2007 s pohvalo

asist. dr. **Špela Smrkolj**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 28. 5. 2007 s pohvalo

Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Na seji senata Medicinske fakultete v Ljubljani dne 23. 4. 2007 so bili izvoljeni v naziv

Izr. prof. dr. **Alojz Pleskovič**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija

Izr. prof. dr. **Miloš Šurlan**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje radiologija

Doc. dr. **Maja Ravnik Oblak**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv docentke za področje interna medicina

Doc. dr. **Samo Ribarič**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za področje patološka fiziologija

Doc. dr. **Andrej Vogler**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za področje ginekologija in porodništvo

Doc. dr. **Rok Accetto**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje interna medicina

Doc. dr. **Janko Kersnik**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje družinska medicina

Doc. dr. **Mitja Košnik**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje interna medicina

Doc. dr. **Marko Kolšek**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za področje družinska medicina

Doc. dr. **Vita Dolžan**, dr. med., izvoljena v naziv izredne profesorice za področje biokemija in molekularna biologija

Asist. dr. **Nataša Marčun Varda**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje pediatrija

Dr. **Vilma Urbančič Rovan**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje interna medicina

Asist. dr. **Miran Brvar**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za področje interna medicina

Asist. dr. **Barbara Salobir**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za področje interna medicina

Strok. svet. dr. **Saša Simčič**, univ. dipl. kem., izvoljena v naziv znanstvene sodelavke za področje mikrobiologija in imunologija

Asist. mag. **Miha Arno**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje interna medicina

Asist. (doc.) dr. **Klemen Bohinc**, univ. dipl. fiz., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje biofizika

Asist. dr. **Jure Dimec**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje biomedicinska informatika

Asist. mag. **Janko Kovač**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje interna medicina

Asist. dr. **Janja Majhenc**, univ. dipl. fiz., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje biofizika

Asist. mag. **Aleš Pražnikar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina

Asist. dr. **Edvard Pirnat**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje interna medicina

Asist. **Bojan Vujkovic**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za področje interna medicina

Asist. dr. **Katja Zaletel**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za področje interna medicina

Vlasta Gregorc Novšak, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje kirurgija

Andrej Hribernik, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje interna medicina

Nina Pirc, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje anesteziologija in reanimatologija

Tomaž Silvester, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za področje ortopedija

mag. **Alenka Spindler Vesel**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje anesteziologija in reanimatologija

Tomaž Vaupotič, univ. dipl. biokem., izvoljen v naziv asistenta za področje biokemija in molekularna biologija

Dr. **Lorna Zadavec Zaletel**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za področje onkologija in radioterapija

Na seji senata Univerze v Ljubljani dne 24. 4. 2007 je bil izvoljen v naziv

v. znanst. sod. dr. **Srdjan Novaković**, univ. dipl. biol., izvoljen v naziv znanstvenega svetnika za področje onkologija in radioterapija

Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

Doktorski naziv so dosegli:

Dr. **Maja Pohar**, univ. dipl. mat.

naslov: »Prileganje regresijskih modelov za relativno preživetje«

mentor: prof. dr. Janez Stare

področje: statistika

zagovor: 30. 3. 2007

Dr. **Zlatko Fras**, dr. med.

naslov: »Vzroki povečanja fibrinolitične aktivnosti krvi med telesno aktivnostjo in farmakološkim spodbujanjem«

mentor: prof. dr. Dušan Keber

področje: medicinske vede

zagovor: 5. 4. 2007

Asist. dr. **Tomaž Šeruga**, dr. med.

naslov: »Endovaskularno zdravljenje anevrizem sprednjega možganskega obtoka pri bolnikih s subarahnoidno krvavitvijo v primerjavi s kirurškim posegom«

mentor: akad. prof. dr. Vinko V. Dolenc

področje: medicinske vede

zagovor: 8. 5. 2007

Asist. dr. **Maja Podkrajšek**, dr. med.

naslov: »Ultrazvočna preiskava pazduhe pri zamejitvi bolezni bolnic z rakom dojk«

mentor: doc. dr. Marko Hočevnar

področje: medicinske vede

zagovor: 10. 5. 2007

Dr. **Gorazd Drožina**, dr. med.

naslov: »Vloga posttranslacijskih modifikacij CIITA pri izražanju genov MHC II«

mentor: prof. dr. Borut Štabuc

somentor: prof. dr. Matija Peterlin

področje: medicinske vede

zagovor: 10. 5. 2007

Dr. **Samo Zver**, dr. med.

naslov: »Kardiotoksičnost velikih odmerkov ciklofosfamida in melfalana pri zdravljenju bolnikov z diseminiranim plazmocitomom«

mentor: prof. dr. Mirta Koželj

področje: medicinske vede

zagovor: 11. 5. 2007

Dr. **Monika Štalc**, dr. med.

naslov: »Ocenjevanje endotelijske funkcije pri bolnikih z antifosfolipidnim sindromom«

mentor: prof. dr. Pavel Poredoš

somentor: doc. dr. Matija Tomšič

področje: medicinske vede

zagovor: 15. 5. 2007

Magistrski naziv so dosegli:

Mag. **Senka Černe**, dr. med.

naslov: »Regionalna antikoagulacija s citratom med hemodializo: primerjava dializne raztopine z in brez kalcija«

smer: klinične medicinske vede

mentor: prof. dr. Jadranka Buturović Ponikvar

področje: medicinske vede

zagovor: 10. 4. 2007

Mag. **Janja Lukač**, univ. dipl. biokem.

naslov: »Protitelesa proti beta2-glikoproteinu I pri okužbah«

smer: biomedicina – medicina

mentor: prof. dr. Blaž Rozman

področje: medicinske vede

zagovor: 25. 4. 2007

Mag. **Mateja Marčec**, dr. med.

naslov: »Zasevanje raka endometrija v področne bezgavke«

smer: biomedicina – medicina

mentor: prof. dr. Iztok Takač

področje: medicinske vede

zagovor: 16. 4. 2007

Mag. **Maja Gabrič Zirkelbach**, dr. med.

naslov: »Analiza etioloških dejavnikov na delovnem mestu za razvoj kontaktnega dermatitisa med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v Splošni bolnišnici Novo mesto«

smer: temeljne medicinske vede

mentor: prof. dr. Tomaž Lunder

področje: medicinske vede

zagovor: 10. 4. 2007

Mag. **Aljoša Danieli**, dr. med.

naslov: »Vpliv vzdržljivostnega treninga na avtonomno živčevje«

smer: biomedicina – medicina

mentor: prof. dr. Anton Grad

področje: medicinske vede

zagovor: 13. 4. 2007

Mag. **Tadeja Strmole**, prof. biol. in gosp.

naslov: »Halotolerantne askomicetne kvasovke osamljene iz obalnega arktičnega okolja«

smer: biomedicina – mikrobiologija

mentor: prof. dr. Nina Gunde Cimerman

smer: mikrobiologija

zagovor: 13. 4. 2007

Seznam izdanih habilitacijskih odločb Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

SEZNAM IZDANIH HABILITACIJSKIH ODLOČB MF UM

oseba	akad. naziv:	habilitacija			
		habil. naziv:	področje habilitacije	datum izdaje odločbe:	trajanje do:
MAJA RUPNIK	dr.	izred. prof.	mikrobiologija	8.5.2007	7.5.2012
MARKO JEVŠEK	dr.	docent	fiziologija	8.5.2007	7.5.2012
POLONCA FERK	dr.	asistent	farmakologija s toksikologijo	8.5.2007	7.5.2010
LIDIJA KOCBEK		asistent	anatomija	8.5.2007	7.5.2010
MATJAŽ TUŠ		asistent	farmakologija s toksikologijo	8.5.2007	7.5.2010
MATJAŽ VOGRIN		asistent	kirurgija	8.5.2007	7.5.2010
BORIS ZAGRADIŠNIK	dr.	asistent	molekularna biologija	8.5.2007	7.5.2010



S I S I

Resen predlog ministrstvu za zdravstvo (iz zapisnika razširjenega kolegija SISI)

Poznavajoč slovenski značaj, ki mu nevoščljivost nikakor ni tuja in je izražena v znanem rekle »naj sosedu krava crkne«, predlaga razširjeni kolegij SISI Ministrstvu za zdravje inovacijo, ki bi vsekakor popestrila neusmiljeno borbo proti kajenju, zelo verjetno pa je, da bi predvsem dosegla neslutene uspehe pri omejevanju te nelepe in smrtno nevarne razvade. Po podrobnem proučevanju opozorilnih napisov na cigaretnih škatlicah je kolegij namreč ugotovil, da ne stimulirajo nekadilcev za še bolj zagrizeno zatiranje zasvojenecv s cigaretami. Recimo tale opozorilni napis:



očitno opozarja na preveč splošno in abstraktno nevarnost, da bi se nekadilci (oziroma pasivni kadilci) počutili ogrožene. Boljši je seveda naslednji opozorilni napis:



Impotenca pač ni nekaj, kar bi človek kar tako omalovaževal, vendar ima napis napako, saj grozi kadilcu, kar pa seveda nekadilcev ne more preveč zanimati.

Iz gornjega sledi logičen predlog za takle opozorilni napis na cigaretnih škatlicah:



Razširjeni kolegij se je strinjal z ugotovitvijo, da nobeno opozorilo v Sloveniji ne bi bilo bolj učinkovito, saj bi a) kadilci pospešeno kadili (in s tem podpirali tobačno industrijo, posredno preko davkov pa tudi državo), samo da bi onesposobili svoje morebitne konkurente, in b) nekadilci bi se proti nekadilcem še bolj zavzeto dvignili v svoji sveti vojni in s tem pripomogli k dvigu splošne kvalitete življenja, da o zdravju sploh ne govorimo.

Za zapisnik Dr. Agan



The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8300 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.
The vice-presidents of the Assembly
Diana Terlevič Dabič, S. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council
Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.
The president of the Professional medical committee
Prof. Andreja Kocijančič,
M. D., Ph. D.
The president of the Primary health care committee
Prim. **Mateja Bulc**, M. D.
The president of the Hospital health care committee
Prim. **Jožef Ferk**, M. D.
The president of the Dentistry health care committee
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.



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.



da kdo v tej deželi resno misli, ko naklada, kako je za zdravstvo pomembno dobro upravljanje (ali management, če je komu tuja spakedranka bolj všeč). Govorjenje o dobrem upravljanju v zdravstvu ima pri nas enak pomen kot predavanje zapornikom o demokraciji.

Na kaj pomislim, ko nanese beseda na dobro upravljanje? Upravljanje je stroka, ki zahteva posebno znanje in sposobnost, pa pri tem ni zelo pomembno, ali gre nekdo za vodilnega v trgovski center, v tovarno ivernih plošč, v župansko pisarno ali v bolnišnico. V vseh primerih mora vodilni slediti osnovnim načelom dobrega upravljanja.

Takole si načela dobrega upravljanja predstavlja neuki zdravnik:

- Strateški načrt: kje smo, kaj želimo postati in kako bomo to dosegli. Takega načrta ne more ponuditi nihče drug: le tisti, ki z dušo in srcem živijo za svoje podjetje, bodo lahko oblikovali realen, pa vendar ambiciozen načrt.
- Na osnovi strateškega načrta vodilni izoblikujejo realen dolgoročni načrt investicij v stavbe, opremo in kadre. Tak načrt je finančno in časovno usklajen s poslovanjem podjetja.
- Spoštovanje strokovnosti. Nihče ne more dolgoročno vzdržati pritiska konkurence in ostati na trgu, če ne ponuja dobrega blaga ali dobrih storitev. Dober vodja bo zato poiskal najboljši kader in skrbel za njegovo stalno napredovanje. Vodja ve, da je investicija v odlične kadre najcenejši in hkrati najbolj učinkovit način, da se povzpne v vrh svoje dejavnosti. Investicij v kadre, v njihovo vzgojo, izobraževanje in nagrajevanje zato ne smejo omejevati kakšni drobnjakarski predpisi.
- Dobre kadrovske politike si ni mogoče predstavljati brez proste presoje o zaposlovanju in o primernem nagrajevanju vseh zaposlenih. Moralna in finančna spodbuda za odličnost sproži verižno reakcijo v kolektivu in pomaga pri pozitivni identifikaciji s

podjetjem. Vodstvo ima hkrati tudi možnost, da izloči tiste (običajno redke) posameznike, ki ne najdejo svoje vloge pri uresničevanju ciljev podjetja.

- Vodstvo podjetja ima proste roke, da izbira dobavitelje in druge poslovne partnerje po njihovi kakovosti, zanesljivosti in plačilnih pogojih.
- Tudi na dohodkovni strani je tekoče poslovanje podjetja podrejeno normalni ekonomiji. Pod tem si predstavljam dvoje: konkurenco med enakopravnimi ponudniki in normalen sistem cen. Kdor več in bolje dela, kdor več proda, komur stranke bolj zaupajo – ta zasluži več.
- Ko pri dobrem upravljanju zagovarjam možnost, da vodilni sami odločajo o strategiji, investicijah, kadrih in tekočem poslovanju, seveda ne morem mimo njihove osebne odgovornosti za vse odločitve. Skušnjave korupcije ni mogoče premagati z javnimi razpisi, s kolektivnimi pogodbami ali s komisijo Državnega zbora. Prav osebna odgovornost vodilnih je tista, ki zagotavlja dobro poslovanje in najbolj varuje pred korupcijo. In kako se ta osebna odgovornost kaže v praksi? Pri dobrem poslovanju kot finančna nagrada in kot dobra odskočna deska za nove izzive, pri zavoženem podjetju pa kot dolgotrajna hipoteka na karieri vodilnega. Sposobni in uspešni tako plezajo navzgor, drugi pa morajo v prihodnje poiskati svojim sposobnostim primerno delo. In kako je z upravljanjem v našem javnem zdravstvu?

Vodilnim v zdravstvu ne dajemo v roke prav nobenega od zgoraj naštetih vzvodov dobrega upravljanja. Tudi če ga kdo napiše, bo strateški načrt ostal le mrtev kos papirja, saj ga zaradi zvezanih rok pri finančnem poslovanju in pri kadrovanju ni mogoče uresničiti v okviru lastne ustanove. Prav vse investicije v stavbe in v opremo nadzoruje in vodi državni aparat. Preko sveta zavoda država nadzoruje zaposlovanje, s kolektivnimi pogodbami in z zakoni natančno določa plače vseh zaposlenih in z neskončno zapletenim postopkom odpuščanja delavcev ščiti lenuhe. Zaposleni v javnem sektorju tako ne vidijo prave spodbude in



Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., in vnuk Ivo, eno leto

se sčasoma sprijaznijo z vlogo nepomembnega in čim manj motečega koleščka v stroju, na katerega delovanje nimajo nobenega vpliva. Sistem javnih razpisov za nakup vsega – od linearnega pospeševalnika do toaletnega papirja ali letalske vozovnice – je zamuden, s tem pa hromi in podraži normalno poslovanje. Dohodek zdravstvene ustanove je v največji meri odvisen od dobrega sporazuma z zavarovalnico in od čim bolj prebrisanega prikaza obsega dela, zelo malo pa od dejansko opravljenega dela za bolnike.

Edino, kar ostaja vodstvu zdravstvene ustanove za zagotovitev dobrega poslovanja, je, da se brani dragih in prekoštevillnih bolnikov. Dobro poslujejo tisti, ki ustvarjajo čakalne dobe in drage bolnike pošiljajo za diagnostiko ali zdravljenje drugam.

Kdor bo presegel program ali bo – Bog ne daj – za bolnike naredil kaj takega, kar sicer zna, pa tega ni v letnem sporazumu z zavarovalnico, tisti bo kaznovan. Kjer ni čakalnih dob, tam bomo videli prepolne čakalnice. Realnost naše medicine je izbiranje v trikotniku med dobrim poslovnim uspehom, med še sprejemljivo strokovnostjo in med standardi kakovosti. Ko mi bodo v sredo na Golniku predstavili nove bolnike s pljučnim rakom, jih bom na zdravljenje naročil v že prepolno ambulantno za prihodnji teden – odločitev, ki je strokovno pravilna, vendar poslovno nespametna in, po kazalcih kakovost, vsaj vprašljiva. Ker gre za trajen problem, bi bila pri normalni ekonomiji rešitev preprosta: zaposlimo nov kader, odpremo novo ambulantno in bolnikom ponudimo hitro in kakovostno storitev. Ker pa so novi bolniki le finančno breme ustanove, lahko na to takoj pozabimo.

Če bi zdravstvo delovalo po normalnih ekonomskih zakonitostih, bi več bolnikov pomenilo več prihodka in boljše izkoriščenost kadra in opreme. Če bi sledili normalni ekonomski logiki, bi bila v ceno diagnostike in zdravljenja vračunana tudi realna amortizacija opreme in investicije v prostore, tako da bi stroške obnove stavb in opreme prevzeli sami izvajalci. Če bi bilo tako, bi bili vodilni lahko resnično v vlogi dobrih upravljavcev. Ker pa temu ni tako, pomeni več bolnikov večjo izgubo.

Čudim se ministrom – vsem po vrsti, kar smo jih videli v zadnjih petnajstih letih, da se jim ljubi odločati prav o vsem in se potem zagovarjati zaradi nespametnih in potratnih odločitev. Čudim se ministrom, da želijo prevzeti odgovornost in z Ministrstva voditi vse javne razpise in vse investicije v javnem sektorju. Gradnja, ki se vleče dvanaest let, ki je nesolidna in kjer se v vodovodno omrežje naseli legionela – ministrov problem. Slabo pripravljena razpisna dokumentacija, pritožbe in ponovljeni razpisi – ministrov problem. Reklamacije zaradi slabe hidravlike v operacijskih mizah – ministrov problem. Zamujanje pri dobavi opreme, pa zato več let zamude pri vselitvi v že dokončane nove stavbe – ministrov problem. Oprema, ki je bila že dobavljena in ji je, zaradi zamude pri gradnji še neuporabljeni, že potekel garancijski rok – ministrov problem. Plače medicinskih sester – ministrov problem.

Mar ne bi bilo delo v pisarni na Štefanovi ulici mnogo prijetnejše, če bi ob zagati z obsevalnimi aparati minister samo

poklical direktorja Onkološkega inštituta: aparati, praviš, ti delajo v dveh izmenah brez premora, kam si torej zapravil amortizacijo? Mar ne bi bilo pametneje, če bi tudi odločitve v zvezi z gradnjo nove Pediatrične klinike minister preložil tja, kamor sodijo, torej na vodstvo klinike in Kliničnega centra? Če je nova klinika res prevelika, kot pravijo nekateri, bo to hudo bodoče finančno breme, ko bo treba odplačevati investicijo in stavbo vzdrževati. Če je klinika brez nujnih diagnostičnih oddelkov, kot trdijo drugi, bo to prineslo ozka grla v strokovno delo. Toda, le zakaj bi se minister obremenjeval s problemi, ki bi pravzaprav morali biti finančni in strokovni problemi Kliničnega centra?

Popoln nadzor oblasti nad vsako investicijo v javnem zdravstvu, natančna kontrola vseh zaposlitvev in izjemno toga politika pri nagrajevanju so jasni znaki nezaupanja oblasti v sposobnost vodilnih. Imamo sistem, ki vodstvom javnih zavodov jemlje vsakršno pobudo in seveda tudi vsako odgovornost. Predragi gospodje, če resno mislite govoriti o kakovostnem upravljanju, potem za začetek zaupajte vodilnim v vsaki javni zdravstveni ustanovi. Mimogrede, povečini ste jih sami imenovali.

In še nekaj: tudi Ministrstvo ima pomembno vlogo pri upravljanju zdravstvenega sistema, le na višji ravni. Izjemno pomembni problemi ostajajo ob strani, ker se minister in njegova ekipa ukvarjajo z drobnarijami. Vsemu govorjenju navkljub smo hudo daleč od sistema, ki bi pravično razdeljeval zdravstvu namenjen denar. Da naj denar sledi bolniku – to je le prazna fraza; v praksi denar še vedno sledi samoupravnim sporazumom med zavarovalnico in izvajalci. Drug pomemben problem je opredelitev prioritet. Hudo daleč smo od splošnega družbenega dogovora, kaj lahko ljudem ponudimo in kaj naj ostane izven pravic iz obveznega zavarovanja. Tako vztrajamo pri sistemu, ki obljublja prav vse, pa svojih obljub ne more izpolniti. Postavitev preglednega in pravičnega sistema pretakanja denarja v zdravstvu in javna opredelitev prioritet sta nalogi, ki ju ne more rešiti nihče drug kot prav Ministrstvo.

Ko smo govorili o investicijah, smo se obregnili ob dejstvo, da Ministrstvo odloča prav o vsaki podrobnosti. Toda ob tem zaradi dreves ne vidijo gozda. Namesto da se ukvarjajo z vsakim prizidkom, bi se na Ministrstvu raje vprašali, kako naj vse sedanje in prihodnje potrebe postavimo v prostor. Morda bi se komu posvetilo, kako potratno, zamudno in za bodoči razvoj nespametno je, da prav vse novogradnje tlačimo v center Ljubljane. Onkološki inštitut, Pediatrično kliniko, novo stavbo Nevrološke klinike, Očesno kliniko, novo stavbo Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, v prihodnje pa še novo urgenco, obnovljeno Ortopedsko kliniko, Stomatološko kliniko in še kaj – vse to bi zgradili za polovico ceneje in za vse zaposlene in bolnike mnogo dostopnejše izven mestnega centra. Zaradi teh petnajstih let, ko smo ogromno denarja investirali na nemogočo in prenatrpano lokacijo, nas bo še nekaj desetletij bolela glava.

Matjaž Zwitter