

ISIS



Leto XII. Številka 6 / 1. junij 2003

GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Zdravništvo ni povabljeno k nastajanju zdravstvene reforme

Pred dobrim mesecem dni so poslanci skupščine Zdravniške zbornice Slovenije praktično soglasno sprejeli zelo kritična, argumentirana, pa vendar konstruktivna stališča do vodenja zdravstvene politike v naši državi. Z vso odgovornostjo si upam trditi, da ta stališča odražajo mnenje povprečnega slovenskega zdravnika. Obiskal sem namreč vse regije Zdravniške zbornice, kjer sem se pogovarjal z zdravniki. Hkrati smo vse tri zdravniške organizacije izvedle anketo med članstvom, pa tudi v javnosti. Rezultati anket potrjujejo, da je skupščina Zbornice z ustrežno ostrino izrazila skrb nad delovanjem zdravstvenega sistema.

Zelo zaskrbljujoče je dejstvo, da si dober mesec po skupščini Zbornice še nismo zaslužili odziva Ministrstva za zdravje oziroma Vlade Republike Slovenije. To ni podcenjujoč odnos samo do slovenskega zdravništva, temveč zlasti do bolnikov.

Ministrstvo za zdravje in Vlada nam kot rešitev obljubljata reformo zdravstva. Znano je, da reforma sama po sebi še v nobeni državi ni rešila problemov. Kajti reforma zdravstva ni nek časovno omejen proces. Je nikoli dokončana zgodba. Bistvo reforme je po mojem globokem prepričanju v sprotni in objektivni identifikaciji problemov in pravočasni izvedbi rešitev. To ne sme biti neživljenjsko besedilo na papirju, temveč rezultat in skupni imenovalec idej vseh, ki imajo nosilno vlogo pri delovanju zdravstvenega sistema. Nikakor ne sme biti prenos idej in zamisli posameznikov v dokumente in zakone, ampak mora biti rezultat argumentov, izkušenj od doma in iz tujine. Biti mora posledica spodbujenega in zainteresiranega dialoga. Dialoga, kjer vsakdo iskreno in z zanimanjem posluša vse ostale. V tradicionalnih demokracijah je prav izvršilna oblast odgovorna, da tak dialog vzpodbuja in zagotavlja. Še pomembnejši je zapisan recept za izvedbo reforme.

Če je res, da se reforma pripravlja v teh dneh, je dejstvo, da v delovni skupini ni predstavnikov slovenskega zdravništva, slaba popotnica in pomemben dejavnik tveganja za izvedbo. Zdravniki smo v preteklem desetletju dokazali, da smo pripravljeni biti in znamo biti konstruktivni partner v delovanju zdravstvenega sistema. Smo tisti, ki smo dnevno v stiku z bolniki in njihovimi svojci. Vemo, kakšna je oprema v naših zdravstvenih domovih in bolnišnicah. Poznamo šibke in močne točke delovanja sistema. Poznamo stiske in obremenitve naših zdravstvenih sodelavcev. Sledimo dosežkom medicinske znanosti in njihovem pomenu za naše bolnike. Tudi v zakonu smo opredeljeni kot odgovorni nosilci izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Že zaradi javnega interesa in splošnih načel demokracije bi morala država pripravljati in izvajati spremembe zdravstvenega sistema v sodelovanju z nami. Manipuliranje, da nam gre samo za večje plače, je za vsakega slovenskega zdravnika žalitev. In predvsem slaba perspektiva za slovenske bolnike.

Marko Bitenc





Stališče zdravniških organizacij, Zdravniške zbornice Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva in sindikata Fides, do predlaganih sprememb organizacije delovnega časa v Kliničnem centru

Predstavniki zdravniških organizacij smo se seznanili z osnutkom sprememb "Pravilnika o delovnem času in vrednotenju oblik delovnega časa v Kliničnem centru Ljubljana". Ugotovili smo, da je med drugim predvideno tudi bistveno zmanjšanje števila zdravnikov specialistov pri zagotavljanju dežurne službe ter zmanjšanje števila zdravnikov, ki bodo delali v dopoldanskem času.

Utemeljeno ocenjujemo, da bi taka sprememba pomenila bistveno povečano tveganje za pojav neljubih dogodkov, zmanjšanje varnosti za bolnike in znižanje kakovosti dela.

Načrtovano razporejanje zdravnikov izven dopoldanskega delovnega časa bo posledično zmanjšalo obseg opravljenega rednega dela, kar pomeni še daljše čakalne dobe.

V primeru uveljavitve predlaganih sprememb zdravniki ne sprejemamo nobene odgovornosti za vse negativne posledice.

Vodstvo Kliničnega centra pozivamo, naj nemudoma umakne predlagani osnutek sprememb in začne, v tesnem sodelovanju s strokovnimi kolegiji kliničnih oddelkov, pripravljati strokovno utemeljen in izvedljiv načrt sprememb v organizaciji dela v Kliničnem centru.


 asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.
 predsednik Zdravniške zbornice Slovenije


 asist. mag. Matej Cimerman, dr. med.
 predsednik Ljubljanskega regijskega odbora za bolnišnično zdravstvo pri ZZS


 prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.
 predsednik Slovenskega zdravniškega društva


 asist. mag. Tit Albricht, dr. med.
 predsednik Zdravniškega društva Ljubljana


 Konrad Kuštrin, dr. med.
 predsednik Sindikata Fides


 prim. Rasti Radešček Rakar, dr. med.
 predsednica enote Sindikata Fides Klinični center



Vsebina

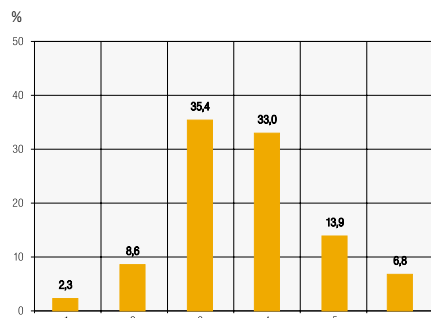
uvodnik	Marko Bitenc	• Zdravništvo ni povabljeno k nastajanju zdravstvene reforme	3
novice		•	4
fotoreportaža	Elizabeta Bobnar Najžer	• 39. redna seja skupščine	20
iz glasil evropskih zbornic	Marjan Kordaš	• Prepoved reklamiranja tobaka v EU	26
	Marjan Kordaš	• Ukinjanje oddelkov v bolnišnicah LKH na Štajerskem	26
	Marjan Kordaš	• Naučiti se pravilno jesti	27
	Boris Klun	• Kärntner Ärztezeitung	27
aktualno	povzela: E. Bobnar Najžer	• Mnenje slovenske javnosti o zdravstvu	28
	F. Farčnik, M. Premik, O. Herman, A. Velkov, D. Vidmar, L. Zaletel Kragelj	• Perspektive slovenskih zobozdravnikov do leta 2010, II. faza	34
forum	Simon Herman	• Zdravstvena reforma, bolnik in mi	42
	Zvonimir Šusteršič	• Nemogoče zahteve resno ogrožajo naše zdravstvo	44
fides	Konrad Kuštrin	• Fidesova izjava za javnost o problemih v zdravstvu	47
	Konrad Kuštrin	• Pismo Fidesa predsedniku Slovenskega zdravniškega društva	47
	Konrad Kuštrin	• Pismo Fidesa predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije	47
programi strokovnih srečanj		•	51
delo zbornice	Elizabeta Bobnar Najžer	• Obiski po regijah	72
		• Zapisniki IO ZZS	78



Zdravniki patofiziologi pri svojem delu uporabljajo različna orodja, ki so enaka kirurškim. Zato smo za predstavitev stroke izbrali mikrotom, posebni nož na podstavku, ki z mikronsko natančnostjo odreže vzorce za histološke raziskave.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

status artis medicae	M. Medvešček, S. Primožič	• Insulin odslej samo v jakosti 100 i. e./ml	82
	Helena Burger, Nika Goljar	• Smernice za ocenjevanje izida rehabilitacije v Sloveniji	85
	S. Šuškovič, M. Košnik, M. Fležar, F. Šifrer, D. Eržen, I. Kern, R. Marčun, K. Osolnik, V. Tomič, R. Eržen, J. Šorli ml., J. Šorli	• Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo bolnika s KOPB	88
strokovna srečanja	Dušanka Mičetić Turk	• UEMS-a in njegove delovne skupine	94
	Črt Marinček	• Sekcija UEMS za fizikalno in rehabilitacijsko medicino	97
	Vesna Paver Eržen, Miša Hribar Habinc	• Enajsto mednarodno podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine - FEEA 2003	99
	Metka Moharič	• 14. dnevi rehabilitacijske medicine: Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji	100
odmevi	Lidija Stare	• Demenca drugače	102
	Davorin Dajčman	• Tiha voda bregove uspava (Miloš Mikeln)	103
nove publikacije	Boris Klun	• Možganska kirurgija Indijancev, ki je ni bilo	104
	Matjaž Najžer	• Medicinska etika	105
zdravniki v prostem času	Tomaž Rott	• 3.500 km z avtomobilom po Islandiji	106
s knjižne police	Davorin Dajčman	• Stephen King: Obducirnica številka 4	112
smeh ni greh	Gorazd Kolar, Mojca Urbančič	• Slovenska medicinska beseda	114
koledar zdravniških srečanj		•	115
misli in mnenja uredništva	Danica Rotar Pavlič	• "Čemu ta potrata zdravila!?"	130



30



72



105

Poškodbe v osnovnem zdravstvu



Od četrтка, 10., do sobote, 12. 4. 2003, je v Kranjski Gori, v hotelu Kompas, v organizaciji Združenja zdravnikov družinske medicine - SZD, Osnovnega zdravstva Gorenjske - Zdravstvenega doma Jesenice, Katedre za družinsko medicino MF in Zavoda za razvoj družinske medicine potekalo III. spominjsko srečanje dr. Janija Kokalja z naslovom Poškodbe v osnovnem zdravstvu. Več kot 200 udeležencev je poslušalo teme Poškodbe torakoledvene hrbtenice, Zapleti po primarni kirurški oskrbi, Oskrba travmatskih ran, Mehanizmi poškodb, Analgezija pri poškodbah in se udeležilo osvežitvenih vaj iz zaustavljanja krvavitev, šivanja rane ter izvajanja nekaterih temeljnih postopkov oživljanja in imobilizacije. Kljub lanskoletni odpovedi je srečanje preraslo v tradicionalno druženje strokovnjakov različnih strok iz vse Slovenije ob sicer na videz manj odmevni temi, a strokovno dovolj zanimivi. V osnovnem zdravstvu lahko marsikatero poškodbo kakovostno oskrbimo sami oziroma lahko izvajamo ustrezno triažo. S pravočasno obravnavo poškodovancev na osnovni ravni zmanjšamo pritisk na sekundarno raven, dobro oskrbljeni poškodovanci v nujni medicinski pomoči pa imajo boljšo napoved. Upajmo, da se nam bodo v prihodnjih letih pridružili tudi kolegi iz večjih mest, ki se v senci travmatoloških oddelkov bližnjih bolnišnic ne ukvarjajo toliko z oskrbo poškodovancev kot njihovi "podeželski" kolegi. Naslednje leto bo srečanje potekalo od četrтка, 15., do sobote, 17. 4., prav tako v Kranjski Gori. Posvetili se bomo poškodbam medenice, kraniocerebralnim poškodbam, kirurškim infekcijam kože in podkožja ter zlomom kolka, poleg tega pa ne bomo pozabili na osvežitvene vaje iz zaustavljanja krvavitev, šivanja ran ter izvajanja nekaterih temeljnih postopkov oživljanja in imobilizacije. Nekaj utrinkov z letošnjega srečanja si lahko ogledate na fotografijah.

Janko Kersnik



Obvestilo

Spoštovane kolegice in kolegi!

V času, ko se v slovenskem zdravstvu dogaja vrsta sprememb, ko skušajo prikazati, da je slovenski zdravnik podkupljiv in nevreden zaupanja, je pomembno, da ne zapademo v strokovno malodušje. Nasprotno! Menim, da je potrebno še boljše strokovno delo in izobraževanje, ki mora biti neodvisno od vplivov politike in industrije. Da bi to izboljšali na področju onkologije, želim, da bi vas čim več, ki se na kakršenkoli način ukvarjate z rakom, tudi formalno pristopilo h **Kancerološkemu združenju pri Slovenskem zdravniškem društvu**. Združenje deluje že vrsto let in njegov glavni namen je izobraževanje ter pretok informacij na področju onkologije. Ker sem bil pred kratkim izvoljen za predsednika, želim, da bi Združenje postalo bolj dejavno, saj v Sloveniji zares potrebujemo boljši, bolj integralen pristop pri odkrivanju, diagnostiki in zdravljenju malignih bolezni. Zato vse, ki se na kakršenkoli način ukvarjate z rakom in ki to želite, prosim, da pošljete spodaj priloženo pristopno izjavo. Upam, da bo odziv ugoden, saj bomo le na ta način lahko bolje organizirali danes razdrobljeno in nepovezано slovensko onkologijo in stimulirali izmenjavo mnenj ter se bolje spoznali.

Lep pozdrav,

Branko Zakotnik,
predsednik Kancerološkega združenja pri SZD

Pristopna izjava

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Specialnost: _____

Naslov: _____

Želim postati član Kancerološkega združenja pri SZD.

Podpis: _____

Prijavnico pošljite, prosim, na naslov:

Mira Klemenčič, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

III. prekmurski zdravniški tek

Pravijo, da gre v tretje rado. Res je šlo, le pri organizaciji lepega vremena se je tudi tokrat zataknilo. Dež je tako postal nekakšen zaščitni znak našega teka in morda pravšnja popestritev sicer ravninske proge v soboškem mestnem parku. Letos smo pozdravili 32 udeležencev, med katerimi je bilo veliko novih obrazov. Novost je tudi odločitev organizatorja, da vsako leto darujemo nekaj sredstev v medicinske namene. Letos smo jih namenili ginekološko-porodnemu oddelku za nakup oksimetra.

Točno opoldne po sončnem času se je zopet začelo. Hitro, kot vsa leta do sedaj, negotovo pa le na začetku teka. Alojz Horvat

se pač ne da. V ženski konkurenci smo po zelo izenačenem boju dobili še tretjo zmagovalko, Simono Slaček.

Po neprostovoljni prhi med tekom in pravi po njem smo se, kot že vsa ta leta, odpravili v hotel Zvezda. Ob standardnem bograču in brezalkoholnem pivu so nas že čakale fotografije (ogledate si jih lahko na spletni strani Splošne bolnišnice Murska Sobota), ob katerih smo lahko podoživljali trenutke teka po parku. Sledilo je kolesarjenje po Prekmurju v družbi Vlaste Petric. Poslušalci so prejeli priročne zemljevide kolesarskih poti in upamo, da bomo nekatere izmed njih srečali v Prekmurju tudi na kolesu.

Zakonca Škapin, tradicionalna udeleženca, sta bila tudi letos najbolj zrela in sta v spomin prejela par pravih prekmurskih šunk. Želimo jima, da bi nam še dolgo delala družbo v Murski Soboti.

Še nekaj za konec. Upamo, da ste na svojem koledarju že označili 17. 4. 2004, ko vas ob 13. uri zopet pričakujemo v Murski Soboti, da se nam pridružite na tradicionalnem IV. prekmurskem zdravniškem teku.

Mitja Lainščak



Na startu je, ne glede na vreme, vedno vroče.



Donacija organizatorjev je bila letos namenjena Ginekološko-porodnemu oddelku Splošne bolnišnice Murska Sobota.

Rezultati

Moški do 35 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	25	Tomaž Kovač	25:28,00
2.	32	Iztok Štotl	28:57,00

Moški 36-45 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	1	Alojz Horvat	24:12,00
2.	6	Zoran Strniša	24:58,00
3.	12	Aleksander Šosterič	25:18,00
4.	29	Robert Pogorevc	25:44,00
5.	7	Peter Brunec	26:59,00
6.	5	Leon Lang	28:10,00

Moški 46-55 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	11	Franc Cizer	30:11,00
2.	8	Mihael Lužnik	30:19,00
3.	34	Urban Toplak	34:20,00

Moški 56-65 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	9	Ivan Florjančič	30:20,00
2.	28	Rudi Škapin	34:56,00
3.	16	Anton Srimac	37:35,00
4.	30	Ivan Mrzlikar	38:38,00

Rezultati

Ženske do 35 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	33	Simona Slaček	17:47,00
2.	35	Petra Novak	21:04,00
3.	23	Marta Tome	21:13,00
4.	31	Leonida Ratek	23:52,00

Ženske 36-45 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	18	Ana Gomboc	20:29,00
2.	27	Kristina Tozon	20:37,00
3.	21	Vlasta Petric	22:42,00
4.	19	Draženka Miličević	30:43,00

Ženske 46-55 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	46	Nada Šavel Švagelj	25:32,00
2.	10	Suzana Koltaj	28:01,00
3.	20	Cveta Babič	28:47,00



Zakonca Škapin sta redna udeleženca prekmurskih zdravniških tekov.

Ženske nad 56 let

Uvrst.	Št. štev.	Ime	Čas
1.	26	Marta Škapin	26:24,00
2.	15	Erika Udovič	33:38,00



Dež in Alojz Horvat na prvem mestu - stalnici našega teka



Pred dvema letoma so tekli trije, čez kakih 20 let morda spet.

Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije

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

Mešani odbojkerski turnir

V soboto, 5. aprila 2003, je odbojkerska sekcija Slovenskega zdravniškega društva Medicus organizirala 1. mešani odbojkerski turnir zdravnic in zdravnikov. Ljubitelji odbojke smo se zbrali v telovadnici osnovne šole v Lenartu.

Glede na to, da je bil odbojkerski turnir prvič, smo pravila tekmovanja in ekipe določili tik pred tekmovanjem. Sestavili smo tri mešane ekipe s petimi igralci, igrali smo na dva dobljena seta do 25 točk, v primeru tretjega odločilnega seta pa se je le-ta igral do 15 točk.

V napetih in izenačenih dvobojih je na koncu zmagala 1. mariborsko-gorenjska ekipa. Na koncu turnirja je bila na vrsti poslatica - ekshibicijska tekma med Vzhodom

(ekipo so sestavljali: A. Antolinc, B. Antolinc, Benkovič, Grilc, Lovše in Schaubach) in Zahodom (v tej ekipi so bili: Fležar, Iskra, Juvan, Logar, Pajek in Škorjanc). V izredno napeti in kakovostni tekmi je po treh izenačenih setih zmaga zaslužno pripadla ekipi Zahoda.

Tekme sta sodila mednarodna sodnika ("Boni" in "Stari"), ki sta v bojih, polnih adrenalina, povzročila marsikatero razburjenje, ob tem pa poskrbela, da so tekme potekale korektno in da so zmagali najboljši.

Po napornem turnirju smo v gostišču v Cerkvenjaku ob izvrstni hrani in pijaci vsaj deloma napolnili že dokaj izpraznjene baterije. Ob prijetnem kramljanju smo sklenili, da bo turnir vsekakor postal tradicionalen. Torej vsi, ki imate radi odbojko in jo radi

igrate v prijetnem vzdušju - vabljeni naslednje leto!

Organizatorji se najlepše zahvaljujemo vsem tekmovalcem, da so se opogumili in prišli na turnir, ter generalnemu pokrovitelju Leku, d. d., ki je omogočil, da je tekmovanje od začetka do konca potekalo v prijetnem vzdušju. ■

Barbara Antolinc

Rezultati:

1. mesto: 1. mariborsko-gorenjska ekipa (B. Antolinc, N. Schaubach, Grilc, Lovše, T. Schaubach)

2. mesto: 2. mariborsko-gorenjska ekipa (A. Antolinc, Benkovič, Fležar, Košat, Pajek)

3. mesto: ljubljanska ekipa (Bučar, Gorjanc, Iskra, Juvan, Logar)



Razpis štipendij Vlade Republike Turčije

Vlada Republike Turčije razpisuje dve štipendiji za raziskovalce, ki so slovenski državljani. Kandidature je potrebno posredovati Ministrstvu za izobraževanje Republike Turčije po diplomatski poti. Prijave kandidatov morajo zato prispeti na Ministrstvo za zdravje najkasneje do 20. junija 2003. Razpisna dokumentacija je na voljo v uredništvu revije Isis.

BIOSPECIALIZACIJE

Z uvedbo, uveljavitvijo in razmahom ekomedicine ob koncu 20. stoletja se je začela doba "biospecializacij" v medicini. Skupina ameriških zdravnikov iz Houstona (Teksas), ki se je prva domislila novega izraza, je zadovoljna z razvojem in razmahom tega vse bolj pomembnega področja medicine. Značilno za biomedicinska področja, ki so do nedavnega temeljila in izhajala, se razvijala in napredovala predvsem v predklinični sferi (biofizika z bioenergetiko, biomehaniko, biostatiko, bioelektriko..., biokemija, biologija in njim sorodne vede), je, da danes uspešno in učinkovito posegajo tudi na področje klinične medicine. Vse bolj pomembna in perspektivna postaja predvsem ekomedicina, zaznamovana z multidisciplinarnim pristopom. Medicinska znanost je na prelomu tretjega tisočletja tako postala bogatejša za novo specialnost, povezano z okoljsko patologijo, ekomedicino, ki je pristojna za težave, bolezn, motnje, poškodbe in patološko simptomatiko, povezano z zunanjim okoljem. Ameriški strokovnjaki so v zadnjih desetletjih 20. stoletja postavili temelje nove specialnosti - medicine okolja, znane tudi kot klinična ekologija. Bolniki, ki jih pestijo motnje in bolezn okolja (Eco Disease), so po ugotovitvah medicinskih strokovnjakov bolj dovzetni oziroma preobčutljivi na onesnaženje (kemijsko, fizikalno, sevalno) okolja, ki večini normoergičnega prebivalstva ne povzročata (skoraj) nikakršnih težav ali motenj. Patologijo, ki jo pri hiperergičnih posameznikih povzročata škodljivo zunanje okolje, resneje proučujejo in skušajo preprečiti tudi v bližnji Nemčiji. Tamkajšnji zdravniki so po vzoru svojih kolegov z nove celine novo specialnost poimenovali MCS - Multiple Chemikalien Sensibilitaet oziroma multipla preobčutljivost na kemikalije. Patoekološka simptomatika, ki je pogosto dokaj psihomatsko obarvana, postaja v svetu vse bolj pogosta in zaskrbljujoča, saj botruje upadu zdravja in vitalnosti, delovni nezmožnosti in finančnim bremenom. Zato je pacientom z MCS v ZDA in v Evropi že na voljo specialistična ambulantna obravnava (klinični ekologi), zdravljenje hujših primerov pa poteka stacionarno, v ambulantah, na klinikah in inštitutih. Stroški diagnostike in zdravljenja, delno pa tudi preventivne opisanih bolezn, motenj in poškodb, pove-

zanih z okoljem, v ZDA že sodijo v domeno zavarovalnic, medtem ko bolniki z MCS v Evropi zaenkrat v glavnem te nove oblike specialističnega zdravljenja plačujejo predvsem iz lastnega žepa. V državah, kjer ekomedicina še ni institucionalno uveljavljena, se s patologijo s tega področja ukvarjajo predvsem alergologi, specialisti medicine dela, toksikologi, pulmologi, dermatologi, psihiatri, pediatri, gerontologi, šolski in družinski zdravniki, redkeje nevrologi, internisti, travmatologi in ostali specialisti. ■

Vir: CNN, ZDF

ZDRAVSTVO ZA UPORABNIKE

V želji, da bi zdravstvene storitve čim bolj približali bolnikom, so konec leta 2002 v Veliki Britaniji, na pobudo tamkajšnjega združenja zdravstvenih zavarovalnic, izvedli poglobljeno študijo med 1.200 bolniki, hospitaliziranimi v tamkajšnjih bolnišnicah. Glavni namen omenjene raziskave je bil ugotoviti, kakšno mnenje imajo bolniki o otopkih bolnišnicah, kaj pričakujejo od zdravstva nasploh, s čim so zadovoljni, kaj cenijo, kaj jim ni po godu in kaj pogrešajo. Kompleksno statistično poročilo, ki so ga izvajalci raziskave oblikovali ob koncu omenjene študije, priča, da si 62 odstotkov hospitaliziranih pacientov želi predvsem, da bi imel njihov sobni, lečeči zdravnik v bolnišnici več časa zanje (za spremljanje bolnikovega stanja, pogovore, preglede, informacije, intervencije, svetovanja, poučevanje ipd.). 57 odstotkov bolnikov pričakuje nujno potrebno skrajšanje (pre) dolge čakalne dobe za sprejem v bolnišnico, 53 odstotkov jih poudarja neobhodnost boljše informiranosti in dostopnosti do pomembnih podatkov, 52 odstotkov pa si želi večje preglednosti organizacije, delovanja in uspešnosti bolnišnice. 50 odstotkov si jih želi, da bi lahko tudi v času hospitalizacije po dogovoru in v soglasju z lečečim specialistom še naprej vodili svojo poklicno dejavnost in posle preko svojih zastopnikov (obiski), računalnika, elektronske pošte, faksa, teleksa, telefona, TV-ekrana (video sestanki, telekonference) ipd. 39 odstotkov se jih (hkrati z zavarovalnicami) zavzema za

krajšo hospitalizacijo (smotrno racionalizacijo in intenzifikacijo ležalne dobe, s postavljanjem kakovosti pred količino), prav toliko pa si jih želi, da bi jih terapevti lahko nemoteno obiskovali in zdravili tudi v času hospitalizacije (v dogovoru z lečečim specialistom v stacionariju). Pri končni izbiri vrste in lokacije bolnišnice za bolnišnično zdravljenje 33 odstotkov uporabnikov najbolj zaupa izkušnjam in ustnemu izročilu svojih sotrpinov, 21 odstotkov bolnikov si pomaga z reklamnim in informacijskim materialom, ki je na voljo javnosti, 13 odstotkov pa jih odločitev glede izbire najprimernejše bolnišnice za svoje zdravljenje prepusti lečečemu družinskemu, splošnemu ali hišnemu zdravniku, izjemoma tudi specialistu in ostalemu zdravstvenemu osebju. Hkrati več kot tretjina anketiranih pacientov meni, da obseg in kakovost storitev nista premo sorazmerna z višino stroškov hospitalnega zdravljenja, 21 odstotkov vseh bolnikov pa je prepričan, da po odpustu niso dovolj seznanjeni s potekom zdravljenja v domači oskrbi in z nadaljnjo terapijo oziroma prognozo svoje bolezn. ■

Vir: BBC

ZDRAVNIK, LAŽ IN DIPLOMACIJA

Raziskava, izvedena na FDV leta 2001 v okviru študije o etičnosti poklicev in pomenu profesionalne etike, je pokazala, da slovenska javnost v tem kontekstu postavlja na piedestal predvsem tri poklice: zdravnika, sodnika in duhovnika. Ti trije naj bi bili zavezani resnici in pravici. Mar to pomeni, da se zdravnik ne bi smel nikoli izogniti resnici in operirati z njenim antipodom, neresnico? Finski psihologi so prepričani, da laž pri človeku pogosto botruje preobremenjenosti, napetosti, stresu, slabemu počutju in različnim psihosomatskim ter psihosocialnim motnjam. Kljub temu se po mnenju finskih zdravnikov, psihologov in psihiatrov večina ljudi danes obnaša vljudno, dokaj galantno, obzirno in prijazno, vendar ponarejeno in zlagano.

So drobne, vsakdanje laži ljudi v belem greh ali ne? Praviloma ne, zlasti kadar človek z njimi nikomur ne škodi in ga načrtno ne zavaja, vendar pa jih kljub temu ne mo-

remo šteti za resnico. Sem ter tja jih lahko imamo za izraz taktnosti in diplomacije. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo z raziskavami laži, upravičeno trdijo, da se ljudje (vključno z zdravniki, sodniki in duhovniki) v svojem življenju kljub želji po resnicoljubnosti in pristnosti veliko pogosteje ukvarjajo z lažjo kot z resnico. Pričujoča trditev zajema tudi laži, ki jih človek sugerira sam sebi, da bi opravičil svoje spodrsrljaje in napake.

Večina laži v zdravstvenih krogih izvira iz pretirane vljudnosti in dobre vzgoje, pa tudi humanosti in dobrohotnosti, ki človeku ne dovolita, da bi koga prizadel ali mu povzročil skrbi in težave, ga soočil s stisko, kritiziral in se mu zameril. Nekatere laži so celo koristne. Npr. tiste, s katerimi zdravnik pomiri prestrašenega pacienta, psiholog dvomljivca, odvetnik po krivem obtoženega, učiteljica učenca, ki dvomi v svoje sposobnosti, duhovnik grešnika ipd.

Dunajski sociolog, prof. Peter Stiegnitz, poudarja, da je človek (v ordinaciji in izven nje) dolžan lagati in se čimbolj spretno, diplomatsko izogniti resnici vselej, ko bi z njo povzročil občutno škodo oziroma ko meni, da je laž primernejša in koristnejša od resnice. Strokovnjaki z Inštituta za raziskovanje in mentiošolske študije (mentiošologija je veda o laži) trdijo, da so ljudje, ki so preveč resnicoljubni, brezkompromisni in neposredni v sporočanju resnice (ki je praviloma vedno relativna), v svoji okolici zelo nepriljubljeni in nezaželeni, pogosto celo osovraženi. Če bi si vsi po vrsti povedali v obraz vso resnico, bi kmalu prekinili vse medsebojne odnose. Zemlja bi se spremenila v planet sovraštva, groženj, trpljenja in nasilja. Podatki raziskave med onkološkimi bolniki v osrednji Avstraliji pričajo, da si jih le 42 odstotkov želi izvedeti popolno resnico oziroma vse podrobnosti o svojem zdravstvenem stanju. Strokovnjaki ugotavljajo, da obstajajo med spoloma pomembne mentiošolske razlike. Moški se zlaže približno 220-krat na dan, predvsem v zasebnih zadevah - želi se izogniti sporom, nasprotovanju in zapletenim medsebojnim odnosom, obenem pa izboljšati svojo podobo in povečati svoj ugled, ženske pa kakih 180-krat, predvsem iz dobrote, naklonjenosti in prijaznosti - ko tolažijo, spodbujajo, pomagajo, želijo motivirati in pohvaliti - predvsem nočejo z resnico nikogar užaliti ali prizadeti. Pričujoča ugotovitev naj bi po mnenju dr. Stiegnitza veljala tudi za zdravnike, sodnike in duhovnike. ■

Vir: APA

DELOHOLIZEM V BELI HALJI

Med poklice, ki so bolj nagnjeni k deloholizmu, sodijo tudi zdravniki. Tako na Otoku ocenjujejo, da je med uspešnimi, pri bolnikih priljubljenimi in strokovno uveljavljenimi zdravniki okrog 25 do 30 odstotkov posameznikov, zasvojenih z delom. Pojav deloholizma, ki so ga številni strokovnjaki (zdravniki, psihologi, sociologi) imeli doslej za nespodbudnega in mu pripisovali negativni predznak, so v zadnjem času pospešeno proučevali britanski znanstveniki. Rezultati njihovih najnovejših raziskav pričajo, da je v nasprotju z dosedanjim splošnim prepričanjem glavnina posameznikov, ki na delovnem mestu z užitkom prebijejo deset, dvanaest, petnajst ali celo več ur na dan, s svojim življenjem bolj zadovoljna in optimistično razpoložena od ostalega, bolj "komodnega" dela prebivalstva, ki dela znatno manj. Britanski raziskovalci so ovrgli tudi drugi mit o deloholizmu: da se v delo zatekajo predvsem ljudje, ki so nezadovoljni v svojem zasebnem življenju. Resnica naj bi bila ravno nasprotna. Posamezniki, ki več časa posvečajo svojemu poklicnemu udeleževanju, imajo po večini urejeno, bolj organizirano in izpolnjeno družinsko oziroma zasebno življenje, v medosebnih odnosih pa prisegajo predvsem na kakovost in ne na količino odnosov. V povprečju jih sožitje s partnerjem, otroki, starši in družino nasploh zadovoljuje in osrečuje bolj kot tiste, ki v bolnišnici (ambulantni), za pisalno in delovno mizo prebijejo manj časa in se jim vedno mudi zapustiti delovno okolje. Predvsem zato, ker znajo bolje izkoristiti prosti čas in v njem po dolgem, napornem delu tudi bolj uživati. Britanci, ki so pod drobnogled vzeli tudi zdravnika brez in z dežurstvi, so ugotovili, da je drugi (kljub večji, intenzivnejši in daljši poklicni obremenjenosti) prav tako ali pa še bolj zadovoljen in srečen v svojem življenju kot prvi. Za piko na i otoški strokovnjaki ugotavljajo, da mnogi posamezniki, ki jih pretirano skrbi njihovo zasebno življenje in se zato odločajo za skrajšan delovni čas, podaljšane vikende, pogoste (redne in izredne, bolniške in ostale) dopuste, plačane izostanke z dela ipd., ne le siromašijo svojo profesionalno suverenost in integriteto, marveč ogrožajo tudi svojo psihično in psihosocialno stabilnost. Slednjega bi se morali zavedati zdravniki deloholiki, pa tudi os-

tali zdravniki, ki imajo opravka z deloholičnim prebivalstvom, kakor tudi s profesionalno nonšalantnimi posamezniki (in kategorijami), ki za vsako malenkost pričakujejo (ali celo zahtevajo) bolniški stalež. ■

Vir: BBC

FITOANTIBIOTIKI

Med učinkovite varčevalne ukrepe, ki naj bi napolnili ali vsaj zakrpali zevajoče luknje v nacionalni zdravstveni blagajni, večina držav razvitega sveta uvršča tudi in predvsem varčevanje z zdravili (in ostalimi medicinskimi preparati in pripomočki) na zdravniški recept. Natančnejše statistike pričajo, da v številnih državah zahodne poloble strmo narašča poraba zdravil, tudi in predvsem antibiotikov. Zato so v bližnji Nemčiji in v Veliki Britaniji začeli pospešeno propagirati naravna fitoterapevtska sredstva, ki so dostopna v prosti prodaji in jih morajo bolniki plačati iz lastnega žepa, obenem pa so v številnih primerih prav tako učinkovita in organizmu bolj prijazna kot sintetična zdravila. Slednje velja tudi za antibiotike, ki jih po izjavi otoškega zdravnika dr. Petra Robinsona bolniki uživajo za vsako malenkost, skoraj tako kot bonbone... Nič čudnega, da strokovnjaki, ki opažajo vse večjo stopnjo odpornosti na številne sintetične antibiotike, priporočajo, naj bi človek umetne antibiotične preparate užival le, kadar je to res potrebno in pod zdravniškim nadzorstvom. Sicer si lahko pomaga z naravnimi viri antibiotičnih snovi. Med rastline, ki vsebujejo učinkovite, organizmu prijazne fitoantibiotike, sodita npr. česen in rdeča pesa, znaten protivnetni učinek pa ima tudi čebula. Čebula je znana kot zeliščna oblika aspirina, saj vsebuje obilico gorčičnih olj, ki so skoraj tako učinkovita kot salicilna kislina. Eterično olje čebule, znano pod imenom allicin, zavira vnetje in blaži raznovrstne krče. Nič čudnega torej, da velja v domačem zdravilstvu čebulni sok za odlično sredstvo proti glavobolu, povišani temperaturi in bolečinam v sklepih. Usmeritev v fitoterapijo predstavlja nov izziv in tudi dodaten napor za sodobnega zdravnika, ki se bo moral o fitoterapiji dodatno poučiti in si nabrati potrebne izkušnje, da bo lahko visokostrokovno in verodostojno svetoval svojim pacientom. ■

Vir: DPA

Pripravila Nina Mazi

Z zgodovino medicine na ekskurziji

V tretjem letniku študija medicine se srečamo s predmetom zgodovina medicine, ki na videz ne pripomore veliko k strokovnosti bodočega zdravnika. Za nekatere je le še en predmet v vrsti tistih, ki jih je potrebno vpisati v indeks. Za vsakega, ki tako misli, mi je iskreno žal, četudi je to predmet, ki nam za razliko od drugih ne predstavi revolucionarnih odkritij današnje dobe, niti najnovejših trendov v medicini. Predstavi nam čisto drugo plat medicine, njeno zgodovino in pomen določenega obsega znanja za določeno dobo. Spoznamo, da so včasih prav tako učinkovito diagnosticirali in zdravili bolni, zaradi razvoja tehnike pa so nam v tem procesu nekateri koraki samo olajšani.

Nosilka predmeta, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, nam je s strokovno potjo, ki so nam jo omogočili sponzorji, pokazala, da medicina in njej sorodne vede vplivajo na določeno dobo na različnih področjih, izkušnje in konkretna orodja pa ostajajo našim znanjem.

Odpravili smo se proti Celju, kjer smo si v Muzeju novejše zgodovine Celje ogledali Slovensko zobozdravstveno zbirko, ki jo je zbral in uredil prim. Franc Štolfa. To je zametek, ki bi lahko nekoč vodil v odprtje sodobnega muzeja slovenske medicine, saj je bilo zobozdravstvo do 19. stoletja del splošne medicine. Stroka bi si ga zaslužila, fakulteta pa bi ga lahko uporabljala v pedagoške namene. Tako danes predmete oziroma naprave, ki imajo precejšnjo muzejsko vrednost, srečujemo na raznih vajah kot zanimivost, še večkrat se na njih učimo, ker inštitut nima denarja za nakup novih ali preprosteje, ker moramo imeti študentje za delo z enostavnejšo napravo več teoretičnega znanja.

Sprehodili smo se do celjske Grofije, kjer je sedaj sedež Pokrajinskega muzeja. Poleg arheološke in etnološke zbirke smo si ogledali tudi umetnostno-zgodovinsko z znamenitim Celjskim stropom. Ta poslikava dvorane v prvem nadstropju spada med prve primere iluzionističnega slikarstva na Slovenskem na prelomu 17. stoletja. Slike so na-

rejene v več kosih na platnu in pritrjene na strop. Kot kompozicija prikazuje balustradne galerije, s katerih zrejo ženske in moški v narodnih nošah. Nad galerijami se dvigajo stebrišča, pogled se odpira v nebo.

Ustavili smo se ob vitrini z ne več "domnevnimi" lobanjami Celjskih grofov. Zgodovinarji jih poznajo že skoraj 200 let, vendar je stroka pri opisovanju porekla lobanj do pred kratkim vedno previdno pristavila svoj "domnevno" Celjskih grofov. Zvonka Zupanič Slavec, ki je zaslužna za identifikacije posameznih lobanj in njihovih števil od 1 do 18 na zatilju (tako so bile označene, ker so se med prekopom izgubili vsi dokumenti, ki bi omogočili identifikacijo), je v svoji raziskavi želela preveriti hipotezo, ali lobanje resnično pripadajo rodbini Celjskih grofov. To ji je uspelo z interdisciplinarnimi raziskavami med naravoslovjem in humanistiko.

Znamenita božjepotna Marijina cerkev na Sladki Gori spada po čudoviti arhitekturi in bogati opravi med najpomembnejše kulturne spomenike na Štajerskem. Leta 1752 in 1753 jo je poslikal najpomembnejši slovenski freskant Franc Jelovšek. Poslikava je zanimiva predvsem zaradi medicinske vsebine.

Odpeljali smo se še v samostan Olimje, kjer smo si v cerkvi Marijinega vnebovzjetja ogledali kapelo sv. Franciška Ksaverija s freskami o njegovem življenju in tudi njegovem zdravljenju bolnikov ter znamenito lekarno.

Ekskurzije na naši fakulteti so redke, študentje vedno vedoželjni, zato se otroško razveselimo vsakega oglada laboratorija ali sprehoda po oddelku, ki nam omogoča, da vidimo teorijo v praksi. Vsaka stvar, ki jo vidimo, je izkušnja, ki nam razširi obzorje in naredi študij malo manj teoretičen. Zgodovina medicine je predmet, ki nam to omogoča. Ker so študentske denarnice vedno prazne, se zahvaljujemo vsem, ki so nam omogočili izlet na Štajersko.

Urška Zoran



Stomatologi 1. letnika in medicinci 3. letnika z vodjo ekskurzije, doc. dr. Zvonko Zupanič Slavec, in utemeljiteljem Slovenske zobozdravstvene zbirke, prim. Francem Štolfo, pred vhom v celjski Muzej novejše zgodovine, kjer zbirka domuje.

Obvestilo zasebnim zdravnikom

Novoustanovljena Triglav zdravstvena zavarovalnica, d. d., je vsem zasebnim zdravnikom koncesionarnem pred časom posredovala predlog Splošne pogodbe o poslovnem sodelovanju pri izvajanju zdravstvenih zavarovanj. Približno 300 zdravnikov je zavarovalnici že vrnilo podpisano pogodbo, večina pa še ne. Kasneje se je zavarovalnica obrnila tudi na

Zbornico, pri čemer smo v zadnjih dneh v pogovorih uskladili še nekatera določila te pogodbe. Pogodba predstavlja le osnovo za nadaljnje sodelovanje pri izvajanju konkretnih zavarovanj, za kar se boste zdravniki dogovorili posebej z zavarovalnico.

Vsi zasebni zdravniki boste v prihodnjih dneh prejeli novo besedilo. Ker ne gre za bistvene spremembe, lahko ostane v veljavi tudi

že podpisana pogodba. Kljub temu svetujemo, da podpisete in vrnete zavarovalnici novo, usklajeno besedilo, ki je v posameznih podrobnostih bolj dodelano in upošteva nekatere dodatne želje zasebnih zdravnikov ter zagotavlja nekaj dodatnega pravnega varstva. ■

Brane Dobnikar

FOTOREPORTAŽA

39. redna seja skupščine

Konec aprila se je začel prvi del 39. redne seje skupščine Zbornice. O prvi točki dnevnega reda, ki je izzvala mnoge odzive, smo poročali že v prejšnji številki Izide. Poleg stanovske problematike, povezane s težavami pri zagotavljanju dela zdravnika v skladu z delovnopravno zakonodajo po sprejeti noveli zakona o zdravniški službi, je na prvem delu seje predstavil delo razsodišča Zbornice njegov predsednik, Brane Mežnar, podeljena so bila tudi odlič-

ja Zbornice za leto 2002. Obrazložitve so podane v nadaljevanju.

39. seja se je po tej točki prekinila in se nadaljevala 22. maja 2003.

Najprej je Jani Dernič, predsednik odbora za socialno-ekonomska vprašanja, poročal o poslovanju Zbornice. Prihodki so znašali 558.764.536,83 SIT, odhodki 524.487.437,23 SIT. Presežek prihodkov nad odhodki je znašal 10.277.099,60 SIT. Razporejen je bil na plačilo davka na dobiček v višini

1.050.338.14 SIT in kot presežek prihodkov nad odhodki v višini 9.226.761,46 SIT. Vladimir Senekovič je poročal, da je nadzorni odbor obravnaval finančno poročilo za leto 2002 in ugotovil, da je poslovanje potekalo v skladu z akti.

Sprejet je bil finančni načrt za leto 2003, ki ne predvideva bistvenih sprememb v načinu delovanja Zbornice. Zaradi novih obveznosti pri vodenju specializacij bo verjetno potrebno dodatno zaposlovanje.



Množični obisk poslancev se je po odmoru skrčil do te mere, da skupščina ni bila več sklepčna.



Skupščinsko vodstvo: predsednik prim. Anton Židanik, dr. med., in podpredsednik Živo Bobič, dr. stom. (z leve)



Minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber, dr. med., se je odzval vabilu prvič, odkar je nastopil mandat, čeprav je njegov odhod takoj po pozdravnih besedah sprožil kar nekaj negotovanja.



Državni sekretar Dorijan Marušič, dr. med., univ. dipl. inž., je nadomeščal ministra po njegovem odhodu in zagovarjal stališča Ministrstva za zdravje.

Na seji je predsednik Zbornice predstavil osnutek sprememb statuta in poslovnika. Oba akta sta bila sprejeta kot osnutka in predana v javno razpravo. Poslanci lahko posredujejo pisne pripombe do 30. junija 2003. Dokončni predlog bodo poslanci po rednem postopku obravnavali na jesenski skupščini.

Zagotovo najpomembnejši akt, obravnavan na drugem delu 39. seje skupščine, je bil pravilnik o specializacijah. V zadnjem času

so že bile sprejete nove vsebine specializacij, v kratkem se obeta končni potek specializacij po novem načrtu financiranja. Poleg sprememb pravilnika sta bili predlagani tudi dve spremembiv vsebinah: sprememba pri maksilofacialni kirurgiji ter nove vsebine pri specializaciji iz nevrokirurgije. Prof. Matija Horvat je predstavil najpomembnejše spremembe, nato sta skupaj z mag. Zlatkom Frasom odgovarjala na vprašanja. Pravilnik je bil sprejet in je na vpogled na sedežu Zdrav-

niške zbornice ter objavljen na spletnih straneh Zbornice.

Dopolnitev pravilnika o skrbstvenem skladu se je nanašala na pomoč pri šolanju otrok preminulih zdravnikov in zdravnic. Sprejeta so bila bolj natančna merila za dodeljevanje štipendij, ki bodo omogočala bolj pravično dodeljevanje. Dopolnitev pravilnika o delu odbora za zobozdravstvo se je nanašala le na možnost, da odbor lahko sklepa tudi na korespondenčnih sejah.



Prof. dr. Rajko Kenda, dr. med., predsednik zdravstvenega sveta, je reden gost na skupščinah Zdravniške zbornice Slovenije.



Konrad Kuštrin, dr. med., predsednik Fidesa, in Friderika Kresal, predsednica Zbornice fizioterapevtov



Borut Miklavčič, univ. dipl. politolog, generalni direktor ZZS

Predsednica odbora za osnovno zdravstvo, Gordana Živčec Kalan, je podala predloge za pet razrešitev ter eno novo imenovanje v odbor za osnovno zdravstvo. V razpravi je Miroslava Cajnkar Kac izrazila podporo Jožici Mugoša, šolski zdravnici, članici odbora, ki je bila predlagana za razrešitev. Menila je, da je Jožica Mugoša izkazala izjemne uspehe pri organizaciji šolske medicine v Sloveniji in omogočila promocijo šolske medicine v tujini. Gordana Živčec Kalan ni želela razpravljati o posameznih kolegih, ki jih je predlagala za razrešitev. Opozorila je, da je njen predlog nastal zaradi oživitve in racionalizacije dela odbora. Po glasovanju (dva proti, devet vzdržanih, ostali za) je bil predlog sprejet.

Zadnja točka, vprašanja, predlogi in pobude, se je začela s predlogom Gordane Živčec Kalan. Citirala je stališča dr. Česna iz knjige Management javne zdravstvene



Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., predsednik SZD

službe: "Če se znamo pogovarjati in iskati kompromise, bomo prišli do zadovoljnih in za vse sprejemljivih odločitev s soglasjem." Menila je, da bi se morali interesni spori, kot je na primer spor med zdravništvom in ministrstvom za zdravje, reševati sporazumno v duhu sodelovanja. Izrazila je tudi mnenje, da je bilo stališče ministra za zdravje, dr. Dušana Kebra, o

krivdi celjskih zdravnikov, nekorektno.

Marko Bitenc je ob koncu menil, da je izredno pomembno, da je bil sprejet dogovor o financiranju izvajanja specializacij, da bo slovenskim zdravnikom omogočeno izobraževanje. Poslance je obvestil, da sta po preteku roka, ki sta ga Zbornica in Fides postavila ministrstvu za zdravje za spremembo zakona o zdravniški službi, oba predsednika ponovno naslovila pismo na predsednika vlade, gospoda Antona Ropa, v katerem izjavljata: "Zdravniki, združeni v obe organizaciji, v bodoče ne bomo več molče in pasivno prenašali potez in aktivnosti ministrstva za zdravje. Da bi se izognili javni polemiki, pa tudi drugim opozorilnim dejanjem, vas prosiva, da naju sprejmete, ker bi vam rada predstavila najino videnje problemov in možne rešitve."

Povedal je tudi, da se pojavljajo veliki pritiski na zdravnike, še posebej v največji zdravniški hiši v Sloveniji, v Kliničnem centru. Pritiski so povzročili tudi, da so se zdravniki ustrašili javnih nastopanj in izražanj svojih stališč. V mnogih osebnih pogovorih pa izražajo mnenja, da bi se morale zdravniške organizacije postaviti za svoje člane v takih situacijah. Žal Marko Bitenc ocenjuje, da bodo spremembe delovnega časa v Kliničnem centru sprejete, kar bo v končni fazi najbolj prizadelo bolnike. ■

Elizabeta Bobnar Najžer

Foto: Amadej Lah

Razrešitve v odboru za osnovno zdravstvo:

- Niko Borič, dr. med., specialist splošne medicine,
- prim. Jožica Mugoša, dr. med., specialistka šolske medicine,
- Matej Slivnik, dr. med., specialist šolske medicine in pediatrije,
- Damir Franič, dr. med., specialist ginekologije in porodništva,
- Joža Primožič, dr. med., specialist infektolog.

Imenovanje v odboru za osnovno zdravstvo:

- Eva Lovše Perger, dr. med., specialistka šolske medicine.

Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije

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

Podelitev odličij Zdravniške zbornice Slovenije

Prim. France Vrevc, dr. med.

Primarij France Vrevc, doktor medicine, se je rodil 21. julija 1934 v Ljubljani, kjer je tudi končal študij medicine in leta 1969 opravil specializacijo iz ortopedije. Strokovno se je usposabljal na različnih klinikah in bolnišnicah v Švici, Nemčiji, Avstriji, Angliji in Kanadi.

Leta 1975 je postal vodja oddelka na Ortopedski kliniki v Ljubljani. Leta 1978 mu je bil priznan magisterij na Medicinski fakulteti v Zagrebu, leta 1987 pa je dosegel naziv primarij. Veliko je predaval doma in v tujini in bil član (tudi v predsedstvu) več strokovnih medicinskih organizacij. V letih od 1968 do 2000 je organiziral preko 50 strokovnih tečajev in simpozijev, od tega več kot 10 kot soorganizator tudi v tujini. Na vseh je imel tudi po več predavanj.

V času slovenske pomladi, leta 1990, ga je takratni minister za zdravstvo imenoval za predsednika komisije za prenavo slovenskega zdravstva. V letih od 1992 do 1996 je bil član republiškega zdravstvenega sveta.

V začetku devetdesetih je bil eden od pobudnikov za ponovno ustanovitev Zdravniške zbornice in član iniciativnega odbora. Z veliko zagnanostjo in skrbjo je skupaj s Francetom Cukjatijem pripravil prvi osnutek statuta. Z veliko osebno prizadevnostjo je, skupaj s sodelavci, reševal začetne organizacijske zaplete in odločilno pripomogel k ponovni oživitvi Zdravniške zbornice z njeno vzpostavitvijo marca 1992.

Kljub temu, da je bila oživitev tradicije zborničnega delovanja na Slovenskem večinsko podprta s strani zdravnikov, je Zbornica pomenila novo institucijo, ki še ni bila umeščena v naš prostor. Primarij Vrevc je vložil mnogo naporov, da je na pripravljanih sestankih po vsej Sloveniji potrpežljivo predstavljal vizijo nove stanovske organizacije. Ko je iniciativni odbor izvedel volitve, je bila na prvem zasedanju skupščine omogočena ponovna vzpostavitev delovanja Zdravniške zbornice Slovenije. Primarij Vrevc je bil na ustanovnem zboru izvoljen za podpredsednika Zbornice. Močno si je



prizadeval za prepoznavnost Zbornice novonastale države v tujini, obenem pa je poskušal reševati premoženjska vprašanja nekdanje Zdravniške zbornice ob denacionalizaciji.

Zdravniška zbornica Slovenije primariju Francetu Vrevcu podeljuje Hipokratovo priznanje za izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Prim. Vojteh Pertot, dr. med.

Primarij Vojteh Pertot, doktor medicine, se je rodil 25. januarja 1921 v Mariboru. Leta 1939 je maturiral na Realni gimnaziji v Mariboru. Študij medicine je začel v Beogradu, nadaljeval v Ljubljani in Padovi, kjer je diplomiral leta 1945. Po za-



ključenem študiju je kot zdravnik pripravnik stažiral v Trstu. Krajši čas je delal v nekdanji coni BSTO, nato je pričel specializirati infektologijo na Infekcijski kliniki v Ljubljani.

Leta 1952 je opravil specialistični izpit iz infektologije in se zaposlil v piranski bolnišnici. Ko so leta 1955 odprli infekcijski oddelek v Piranu, je postal njegov predstojnik. V težkih povojnih razmerah je pričel orati ledino na področju infektologije. Vrsto let je bil edini specialist infektolog za obalno-kraško področje in del hrvaške Istre. S trdim delom si je pridobil neprecenljive izkušnje, ki jih je nesebično posredoval mlajšim zdravnikom. Bil je izvrsten mentor in učitelj številnim zdravnikom, ki so se kasneje uveljavili na področju infektologije in različnih vej interne medicine. Kljub rednemu napornemu delu in številnim dežurstvom se je stalno strokovno izpopolnjeval in uvajal nove metode v diagnostiki in zdravljenju infekcijskih bolezni. Infekcijski oddelek v Piranu je vodil do leta 1975. Leta 1968 je na osnovi opravljenega dela pridobil naziv primarij, 1970. je opravil tudi dodatno specializacijo iz interne medicine. Leta 1975 je postal predstojnik internega oddelka Splošne bolnišnice Koper v Ankaranu in se leta 1982 z njim preselil v prostore nove bolnišnice v Izoli, kjer je delal do svoje upokojitve leta 1988. Kot infektolog in internist je bil član več strokovnih komisij. Sedem let, od 1967 do 1974, je bil poslanec v socialno-zdravstvenem zboru republiške skupščine.

Bil je pobudnik za ustanovitev bolničarske oziroma kasneje Srednje medicinske šole v Piranu, kjer je predaval 10 let. Vrsto let je svoje široko znanje posredoval tudi na predavanjih za specializante splošne medicine.

Večkrat je predaval v okviru Zdravniškega društva slovenske Istre in Krasa, ki ga je leta 1982 imenovalo za častnega člana.

Primarij Vojteh Pertot je v času svojega službovanja opravil pionirsko delo in pustil neizbrisni pečat tako na področju infektologije kot interne medicine. S svojim strokovnim delom je neprecenljivo prispeval k razvoju zdravstva na obalno-kraškem področju in tudi delu hrvaške Istre.

Zdravniška zbornica Slovenije primariju Vojtehu Pertotu podeljuje Hipokratovo priznanje za izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Dr. Vladimir Žura, dr. med.

Dr. Vladimir Žura, po rodu Mariborčan, je študij stomatologije opravil v Mariboru. Precej potem je svoje bogato strokovno delovanje pričel v ZR Nemčiji, najprej kot zobozdravnik pri enotah ameriške vojske v Evropi (USA EUR Dental Service Heidelberg), nato pa kot univerzitetni asistent na klinikah v Göttingenu (1962), Bremnu (1963-1964), Hamburgu/Saal (1965) in Heidelbergu (1965-1977). Od leta 1978 vodi oddelek za čeljustno ortopedijo na Akademiji za podiplomsko izpopolnjevanje zobozdravnikov v Karlsrherju, kjer je po upokojitvi še pogodbeno zaposlen.



Dr. Vladimir Žura je mednarodno znan in spoštovan ortodont, vselej med onimi, ki jim je napredek lastne stroke glavno vodilo. Pri tem je imel vedno v mislih svojo prvo domovino, s katero je ves čas ohranjal tesne in pogoste stike. Močno je povezan z razvojem slovenskega zobozdravstva, posebno ortodontije. Že pred dobrimi 30 leti je vzpodbudil mariborskega ortodonta dr. Milana Ježa, da je kljub takratnemu strokovnemu dogmatizmu pričel uvajati nesnemne ortodontske aparate v Sloveniji. Dr. Žura je bil tudi pobudnik, organizator in vodja številnih tečajev, na katerih je rojake ortodonte seznanjal z novimi tehnologijami in materiali. Kot predstavnik prve in najbolj znane nemške ustanove za podiplomsko izpopolnjevanje zobozdravnikov je vselej poudarjal pomembnost vzdrževanja dobre strokov-

ne kondicije, marsikateremu slovenskemu zobozdravniku je omogočil izpopolnjevanje na Akademiji pod posebno ugodnimi pogoji. Vselej so bili deležni izjemne pozornosti s strani direktorja te ustanove, prof. dr. Mihaela Henersa, ki je pred nekaj leti s svojim dvodnevним seminarjem navdušil številne slovenske zobozdravnike kot vrhunski strokovnjak s področja stomatološke protetike. Za brežhibno organizacijo odmevnega strokovnega srečanja je poskrbel seveda njegov dolgoletni in zvesti sodelavec, dr. Žura.

Akademija, ki deluje pod pokroviteljstvom nemške zobozdravniške zbornice, je slovenskim zobozdravnikom na široko odprla vrata tudi v to pomembno ustanovo in jim bila vedno pripravljena pomagati s svojimi bogatimi izkušnjami.

Dr. Žura slovenske zobozdravnike še vedno vestno seznanja s stanovskimi problemi in jih opozarja na spremenjene razmere v zvezi z vstopom v EU. Poleg tega že vrsto let brezplačno pošilja nekatere pomembne strokovne revije.

Ima poseben dar, da vedno pomaga tistim, ki so pomoči najbolj potrebni. Njegova duša je posebej naklonjena Slovencem. Ob veliki podpori Akademije je mnogo prispeval k obnovi sarajevske stomatološke fakultete. Poljska univerza v Braslavu mu je podelila zlato medaljo za zasluge pri prenovi njihove stomatološke klinike. Dr. Žura je tudi dobitnik najvišjega priznanja nemške zobozdravniške zbornice.

Zdravniška zbornica Slovenije doktorju Vladimirju Žuri podeljuje naziv častni član Zdravniške zbornice Slovenije zaradi izjemnega prispevka k uveljavljanju slovenskega zdravništva in zobozdravništva doma in v tujini.



Prepoved reklamiranja tobaka v EU: podpora zdravnikov - gospodarstvo besni

Od leta 2005 dalje bo v vsej Evropski uniji v tisku, na radiu, televiziji in svetovnem spletu prepovedana reklama za tobak. Tobačni koncerni ne bodo mogli več sponzorirati prireditev. Tako je v Bruslju sklenilo 13 od 15 članic EU. Proti temu sklepu sta glasovali le Nemčija in Velika Britanija. Nemška zvezna vlada se bo proti prepovedi reklam pritožila pri Evropskem sodišču. Nemčija sicer ne nasprotuje ciljem te prepovedi, vendar meni, da Evropska unija ni pristojna za prepoved.

Evropske smernice bodo stopile v veljavo že prihodnje leto, vendar imajo posamezne države dve leti časa za uvajanje.

Gospodarstvo, predvsem industrija reklam, besni. Pričakuje, da bo ogroženih več tisoč delovnih mest ter da se bo dohodek zmanjšal za približno 200 do 230 milijonov evrov na leto. Dalje ta veja gospodarstva pričakuje nadaljnje prepovedi reklam, npr. za alkohol in otroške igrače. Nemški časopisni založniki se bojijo za svoje gospodar-



ske temelje ter vidijo v tem ogrožanje svobode tiska.

Nemška zdravniška zbornica je prepoved reklamiranja tobaka pozdravila in hkrati ostro napadla svojo vlado. Jörg-Dietrich Hoppe, predsednik nemške Zvezne zdravniške zbornice, je izjavil: "Neodgovorno je interese posameznih vej gospodarstva postaviti nad zdravje ljudstva. Mi pač nimamo možnosti, da bi s kajenjem ozdravili gospodarstvo."

Tudi Otto Pjeta, predsednik Avstrijske zdravniške zbornice, je pozdravil prepoved reklamiranja tobaka. "Ob vsej svobodi zasebnega življenja je pomembno, da ima država dosledne ukrepe za spodbujanje zdravja." A samo prepoved ni dovolj. Potrebno je stalno osveščanje ljudi, posebno mladine, o nevarnostih kajenja. To se mora začeti že v šoli, kjer kajenje še vedno velja za nekaj privlačnega. ■

Marjan Kordaš

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 23/24, 15. 12. 2002

Ukinjanje oddelkov v bolnišnicah LKH na Štajerskem

Predsednik Štajerske zdravniške zbornice Wolfgang Routil napoveduje hud odpor zdravnikov proti načrtovanemu zapiranju oddelkov v nekaterih bolnišnicah te vrste. "To je študija, narisana na risalni deski, in o njej ni vredno niti razpravljati," menijo zdravniki o izdelku nekega svetovalnega podjetja, ki napoveduje prihranek 64 milijonov evrov, med drugim tudi pri zdravnikih ter osebjem za nego. Cena tega prihranka bo slabša zdravstvena oskrba prebivalcev Štajerske.

Peter Schmidt, načelnik bolnišničnih zdravnikov, meni, da je očitek o visokih dohodkih zdravnikov prava nesramnost, saj v deželnih bolnišnicah (Landeskrankenhaus) zdravniki - kljub vrhunski kvalifikaciji ter izjemno veliki obremenitvi - zaslužijo manj kot 15 evrov bruto na uro. ■

Marjan Kordaš

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 3, 10. 2. 2003



Naučiti se pravilno jesti

Debelih otrok je vedno več in iz njih nastanejo pretežki ter k boleznim nagnjeni odrasli. Tako se je v ZDA delež pretežkih otrok, starih od 6 do 11 let, povečal od 4 na 13 odstotkov. Tudi v državah tretjega sveta se povečuje število pretežkih dečlic in dečkov. Četudi raziskave potekajo v zelo različnih deželah - Avstraliji, Gani, Maroku, Egiptu, Japonski, ZDA, Čilu in Braziliji - kažejo vse isto težnjo: v zadnjih dveh desetletjih se je število pretežkih otrok in mladostnikov podvojilo, v posameznih deželah pa je ta faktor še večji, npr. v Gani kar 4.

Prof. Kurt Widhalm z AKH na Dunaju meni: "Temeljni obrazec je preprost: Kakor hitro se v družbi pojavi blaginja, se na splošno poveča telesna teža. To ni povezano le z napačnimi prehranjevalnimi navadami, temveč predvsem s pomanjkanjem gibanja." Zmanjšana telesna dejavnost je svetovni problem. Tako so npr. v ZDA otroci v sta-



rosti med 7 in 10 leti še komaj kaj telesno dejavni. Ne ukvarjajo se z nobenim športom, v šolo pridejo z avtom, doma pa sedijo pred televizorjem ali računalnikom.

Usodno obdobje je med 10. in 14. letom starosti. 70 odstotkov mladostnih debeluhov ostane debelih tudi v odrasli dobi.

SZO ugotavlja, da je že 30 odstotkov vseh bolezni, ki terjajo zdravljenje, pogojenih z napačno prehrano.

Prof. Widhalm in njegova raziskovalna skupina poskušajo ustvariti kompromis med medicinsko nujnostjo ter užitek ob jedi. Izdelali so piramido o zdravem življenju. Temelj piramide sestavlja telesna dejavnost (najmanj pol ure na dan) in vsaj 1,5 l (brezalkoholnih) pijač. Ostanek piramide je znan: žitarice, zelenjava ter sadje z lupino, posneto mleko in izdelki itn. ■

Marjan Kordaš

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 6, 25. 3. 2003

Kärntner Ärztezeitung

Iz članka, ki je "cover story" zadnje številke Kärntner Ärztezeitung, ni razvidno, kako je bila organizirana dežurna služba v bolnišnicah do danes. Koroška zdravstvena zavarovalnica je sedaj odobrila denar-

na sredstva, ki omogočajo uvedbo specialistične bolnišnične dežurne službe. Ta predvideva, da je zdravnik specialist stalno dosegljiv v "razumnem času", ki ni natančneje določen, omenja pa se 30 minut. Iz komentarja je možno razbrati, da je danes v večini ustanov stalno prisoten zdravnik (sekundarij ali stazist "z zadostnimi izkušnjami"), ni pa jasno, kako so dosegljivi specialisti. Presoji zdravniške zbornice Koroške bo prepuščena ocena, ali je tako kratek čas dosegljivosti sploh združljiv s stanjem, ki mu pri nas rečemo pripravljenost, ali ne bi bilo bolje, da bi bil zdravnik specialist ves čas na mestu, in ali naj bo režim enak za vse discipline. Odločitev, ki bo seveda močno povezana z zakonom o zdravniški službi, bo morala potrditi še deželna vlada.

Aferi v lanskem juniju, ko je eden be-ljaških ginekologov skrival nekaj tisoč brisov in je prišla na dan, ko je nekaj bolnic, ki naj bi bile zdrave, umrlo zaradi raka na materničnem vratu, je sklenil narediti konec predstavnik za zdravstvo pri

deželni vladi Koroške. Osebnost bo zavzel, da bo imela vsaka bolnica možnost, da izve in dobi v roke svoj izvid. Obenem so pričeli primerjati obračune ginekologov s tistimi, ki prihajajo iz citoloških laboratorijev. Do danes se menda vse ujema.

Vsi zdravniki na Koroškem so od nastopa službe obvezno zdravstveno zavarovani v posebnem razredu pri zdravniški zbornici, skupaj z zakonskim partnerjem in otroki. Zavarovanje zagotavlja plačilo stroškov zdravljenja v bolnišnici ali sanatoriju, višina izplačil pa je omejena na stroške hospitalizacije, ki ne sme biti daljša od 60 dni, v razdobju dveh let. Lastni prispevek znaša 15 evrov na dan, zavarovalna premija pa je zelo različna in odvisna predvsem od položaja in starosti. Za ilustracijo: najnižja premija je (zaokroženo) 53 in najvišja 266 evrov na mesec. Vsak zdravnik ima seveda možnost, da sklene še dodatna zavarovanja. ■

Boris Klun

Vir: Kärntner Ärztezeitung, št. 4, 4/2003



Mnenje slovenske javnosti o zdravstvu

Povzela za objavo: Elizabeta Bobnar Najžer

Izvajalec: Ninamedia d. o. o.

Naročniki: Zdravniška zbornica Slovenije, FIDES, Slovensko zdravniško društvo

Javnosti so se v zadnjih letih pričele pojavljati različne bolj ali manj pavšalne ocene o zdravnikih, zdravništvu, njihovi vlogi v slovenski družbi in odnosih s pacienti. Sodu je izbila dno metodološko nekorektno izvedena raziskava o korupciji v Sloveniji, ki je skušala predvsem vreči slabo luč na zdravnike. Metodološko nekorektnost je priznal celo naročnik raziskave, direktor urada za preprečevanje korupcije.

Zdravniške organizacije so se zato poleti leta 2002 odločile, da same izvedejo anketo o mnenju slovenske javnosti o zdravstvu. Predvsem z namenom, pridobiti čim bolj verodostojne podatke, ki bi nudili kakovostno osnovo za načrtovanje delovanja zdravniških organizacij v prihodnje.

Zelo zanimivo je primerjati odgovore prebivalcev v anketi dnevnika Delo, ki je nekaj dni po javni predstavitvi rezultatov ankete, ki so jo naročile zdravniške organizacije, izvedel anketo s podobnimi vprašanji. Struktura rezultatov je bila presenetljivo podobna, odstopkovna razhajanja je verjetno potrebno iskati v drugačni metodologiji zastavljanja vprašanj. Vsekakor so dobljeni rezultati odlični temelj, na katerem bo slovensko zdravništvo lahko tudi v prihodnje periodično preverjalo odmeve državljanov na lastno delo.

Z javnomnenjsko anketo so zdravniške organizacije želele ugotoviti:

- Kaj javnost vidi kot večji problem: zdravnika posameznika ali sistem?
- Kako je javnost zadovoljna z delom zdravnikov posameznikov v primerjavi z delovanjem sistema?
- Kako javnost ocenjuje zdravniški poklic?
- Koliko je korupcije v zdravstvu?
- V kolikšni meri so državljani nezadovoljni, ali poznajo in uporabljajo pritožbene sisteme?
- Kako javnost ocenjuje kakovost komunikacije med zdravnikom in pacientom ter svojci?

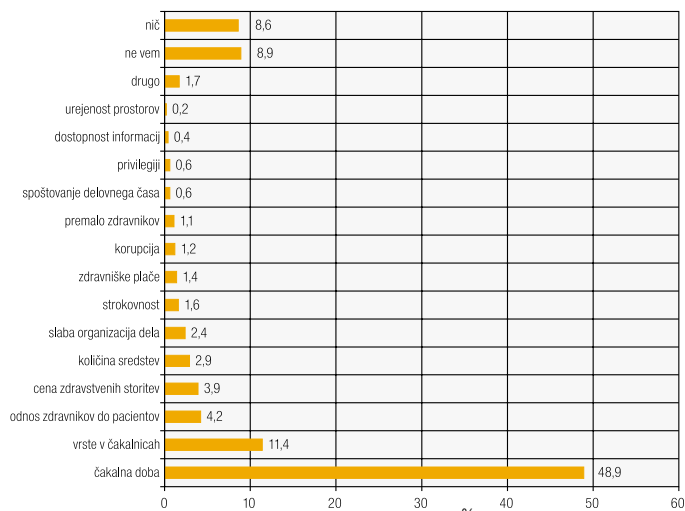
Zdravniške organizacije so k sodelovanju povabile neodvisno agencijo Ninamedia, ki je pripravila vprašalnike, izvedla raziskavo in posredovala rezultate. Izvedba je potekala med 25. in 27. februarjem 2003. Anketiranje je potekalo v telefonskem studiu Ninamedie, po metodi računalniško podprtega telefonskega anketiranja (CATI). Iz računalniškega seznama so poklicali 3.098 naključno izbranih telefonskih naročnikov, 865 jih v času anketiranja ni bilo dosegljivih, 1.233 jih ni želelo sodelovati v anketi ali niso ustrezali vzorčnim določilom. Znotraj gospodinjstva so izbrali osebo, ki je zadnja praznovala rojstni dan in je bila stara nad 18 let. Anketiranih je bilo 1.000

oseb. Obdelava podatkov je bila izvedena na programski opremi SPSS, verzija 9.0. Metoda zagotavlja visoko reprezentativnost podatkov, saj je napaka ocenjena na plus-minus 3,1 odstotka pri petodstotnem tveganju.

Nezadovoljstvo pacientov povzročajo sistemski vzroki

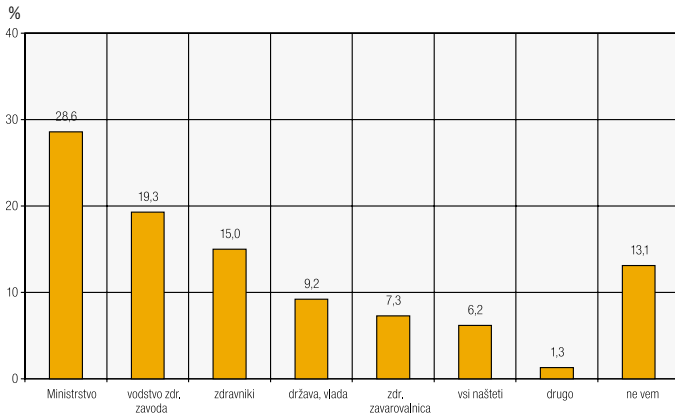
Prvo vprašanje, "Kaj menite, da je v našem zdravstvu najbolj problematično?" je bilo zastavljeno odprto, kar pomeni, da anketirancu niso bile ponujene možnosti za odgovor, ampak je sam, po lastni presoji navedel odgovor, za katerega se je odločil. Zato je 48,9 odstotkov odgovorov, da so največji problem čakalne dobe, resnično odraz dejanskega stanja v zdravstvu. Nanj ne morejo vplivati posamezniki, temveč je odraz delovanja zdravstvenega sistema. Na drugem mestu so vrste v čakalnicah, ki bi jih z boljšo mikroorganizacijo že lahko reševali v posameznih ambulantah. Zanimivo je, da kar 8,6 odstotka vprašanih meni, da ni v našem zdravstvu nič problematičnega. Pri naslednjem merjenju mnenj o zdravstvu bi veljalo zagotovo bolj razčleniti odgovore v kategoriji "odnos zdravnikov do pacientov".

Demografsko križanje pokaže, da so bolj nezadovoljne ženske (5,9 odstotka) kot moški (2,4 odstotka), starostno je bolj moteč za del najmlajših in najstarejših anketirancev, bolj moti anketirance s poklicno izobrazbo, dijake in študente, prebivalce večjih mest in Primorske. Nizek odstotek nezadovoljnih z odnosom zdravnikov do pacientov (4,2 odstotka) bi z razčlenitvijo vzrokov zagotovo lahko še znižali, če ne čisto odpravili.



Slika 1: Kaj se vam v našem zdravstvu zdi najbolj problematično? (Odprto vprašanje)

Drugo vprašanje je anketirance spraševalo, kdo je najbolj odgovoren za predhodno navedene probleme. Največ jih je kot glavnega "krivca" navedlo ministrstvo za zdravje. Opazni odstotek je krivdo pripisal vodstvu zdravstvenega zavoda, manj državi oziroma vladi in zdravstveni zavarovalnici. Vse naštete lahko združimo pod skupnim imenovalcem sistemskih vzrokov za nezadovoljstvo in skupaj od njih zahteva boljše delo kar 64,4 odstotka vprašanih. Znatno več, kot jih meni, da nastale razmere lahko najboljše uredijo zdravniki (15,0 odstotka).

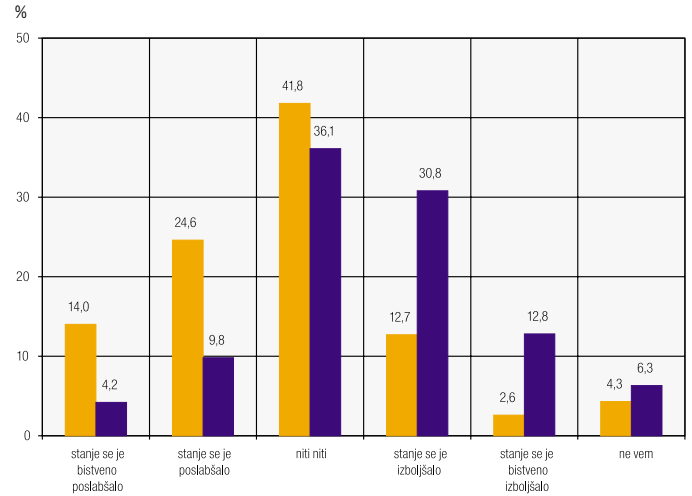


Slika 2: Kdo je za to najbolj odgovoren? (Odprto vprašanje)

Razmerje odgovornosti sistema oziroma zdravnika posameznika sta merili tudi naslednji vprašanji, ki sta anketirance spraševali, naj na lestevici od 1 (slabše) do 5 (boljše) ocenijo spremembe v zdravstvu v zadnjih petih letih in spremembe v odnosu zdravnikov do pacientov v istem obdobju. Zaskrbljujočih 38,6 odstotka jih meni, da so se splošne razmere poslabšale, dobrih 40 odstotkov, da je stanje ostalo enako, le 15,3 odstotka, da se je stanje v zdravstvu v zadnjih petih letih izboljšalo. V nasprotju jih kar 43,6 odstotkov meni, da se je odnos zdravnikov izboljšal, 36,1 odstotka, da je ostal enak, in le 14 odstotkov, da se je poslabšal. Tudi to vprašanje bi bilo v prihodnje dobro podrobneje analizirati s stališča javnozavodskega in zasebnega koncesijskega razmerja.

Do sprememb v zdravstvu v zadnjih petih letih so najbolj kritični anketiranci v starostni kategoriji med 46. in 60. letom, najbolj izobraženi, zaposleni, podpovprečno plačani, prebivalci podeželja in tisti, ki živijo na območju celjskega dela Štajerske ter anketiranci, ki obiskujejo zdravnika več kot enkrat na mesec.

Z odnosom zdravnikov do pacientov v zadnjih petih letih so bolj zadovoljni moški kot ženske, najbolj zadovoljni so anketiranci v starostni skupini med 46. in 60. letom, najmanj izobraženi, upokojenci, prebivalci podeželja in Primorci. Najbolj kritični so anketiranci v starostni skupini med 31. in 45. letom, najbolj izobraženi, dijaki in študentje, prebivalci večjih mest in osrednje Slovenije.



Slika 3: Kako bi ocenili spremembe v zdravstvu/odnos zdravnikov v zadnjih petih letih?

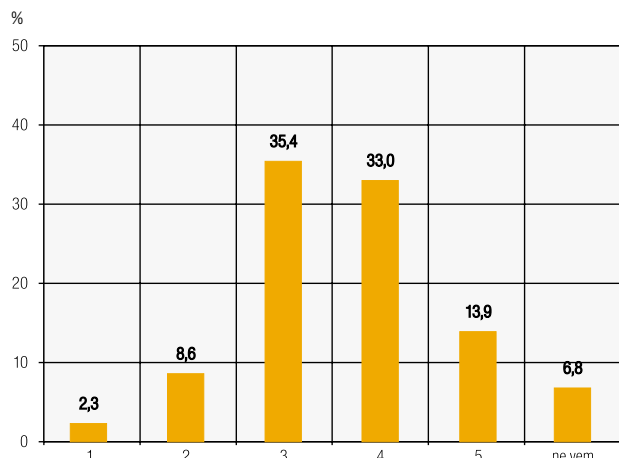
Na vprašanje, naj z ocenami od 1 do 5 ocenijo odnos zdravnikov do pacientov, je bila povprečna ocena zadovoljstva 3,56. Največ anketirancev se je odločilo za oceno 4 (34,3 odstotka), za oceno 3 se je odločilo 31,9 odstotka, za oceno 5 pa 16,9 odstotka. Za oceni 1 ali 2 se je odločilo 12 odstotkov anketirancev. Odnos zdravnikov do pacientov najboljše vrednotijo najstarejši anketiranci, osnovnošolsko izobraženi, upokojenci, prebivalci podeželja in Dolenjci, najbolj kritični pa so najmlajši, najbolj izobraženi, zaposleni, prebivalci večjih mest in anketiranci s celjskega dela Štajerske.

V primeru ocenjevanja odnosa do svojcev je bila povprečna ocena 3,54 (na lestevici od 1 do 5). Pri tem vprašanju je bilo nekoliko več neodločnih odgovorov (22,5 odstotkov), verjetno zato, ker so taki stiki manj pogosti.

Zdravniški poklic ni izgubil ugleda

Ob dokaj visoki medijski odmevnosti posameznih neljubih dogodkov v zdravstvu je razveseljiv podatek, da so ugled slovenskih zdravnikov anketiranci ocenili z ugodno povprečno oceno 3,51.

Ugled zdravnikov nekoliko bolje ocenjujejo moški kot ženske, najboljše ocene so podali najstarejši anketiranci, poklicno izobraženi, nezaposleni, prebivalci večjih mest ter Gorenjci. Podpovprečne ocene so izrazili najmlajši anketiranci, najbolj izobraženi, dijaki in študenti ter prebivalci celjskega dela Štajerske.

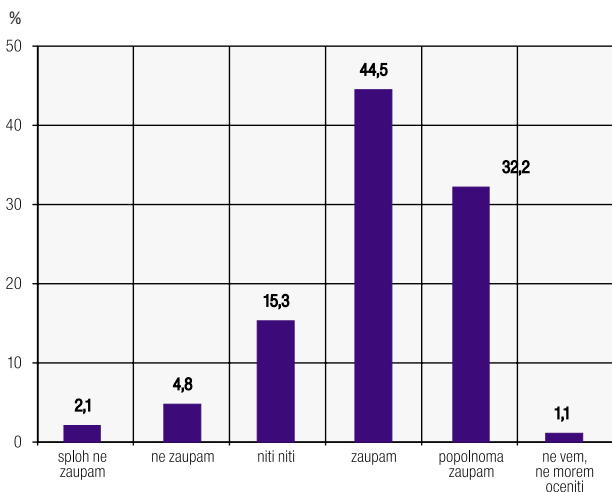


Slika 4: Kako bi z ocenami od 1 do 5 ocenili ugled slovenskih zdravnikov?

Pacienti zaupajo v strokovnost slovenskih zdravnikov

Statistično izjemno visoko oceno je slovenska javnost zdravnikom podelila z izkazanim zaupanjem. Povprečna ocena 4,01 oziroma kar 76,7-odstotna opredelitev za odgovora "zaupam" in "popolnoma zaupam" nalaga slovenskemu zdravništvu odgovornost, da se tudi v prihodnje zavzema za svoje paciente na vseh področjih, vključno s sistemskimi spremembami.

V strokovnost zdravnikov nekoliko bolj zaupajo moški kot ženske, najbolj najstarejši anketiranci, upokojenci in tisti, ki bolj pogosto obiskujejo zdravnike.

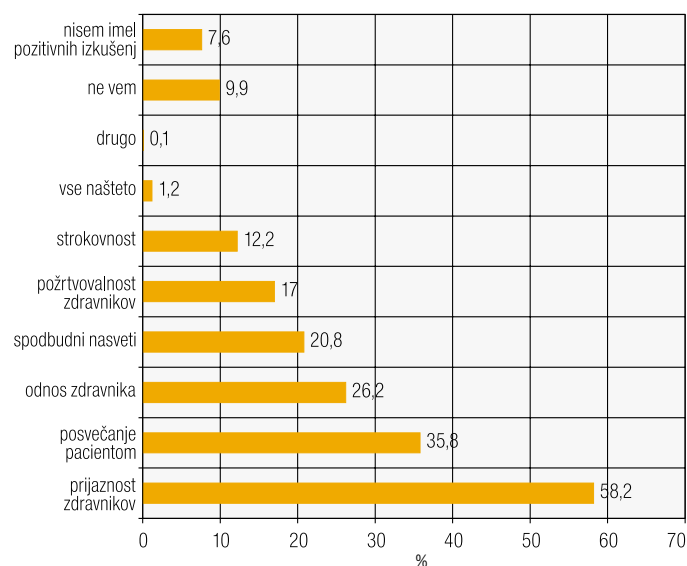


Slika 5: Ali, glede na vaše osebne izkušnje, zaupate v strokovnost slovenskih zdravnikov?

Najbolj pogoste pozitivne izkušnje

Oceni odnosa zdravnika do pacienta je bilo namenjenih kar nekaj vprašanj, ki odkrivajo najbolj pozitivne in najbolj negativne izkušnje. Najbolj pogosta pozitivna izkušnja iz osebnega stika anketirancev in zdravnikov je prijaznost zdravnikov - navedlo jo je 58,2 odstotka anketirancev. Sledi posvečanje pacientom (35,8 odstotka), splošni odnos zdravnika do pacienta (26,2 odstotka), spodbudni nasveti (20,8 odstotka) ter požrtvovalnost (17 odstotkov) in strokovnost zdravnikov (12,2 odstotka).

Prijaznost zdravnikov bolj izpostavljajo ženske kot moški, najbolj so s prijaznostjo zdravnikov zadovoljni starejši anketiranci, najbolj izobraženi, dijaki in študentje, prebivalci največjih mest, Primorci in anketiranci, ki bolj pogosto obiskujejo zdravnika. S posvečanjem pacientom so najbolj zadovoljni anketiranci v starostni skupini med 46. in 60. letom, srednje izobraženi, nezaposleni, najboljše plačani, prebivalci največjih mest, anketiranci iz celjskega dela Štajerske in tisti, ki bolj pogosto obiskujejo zdravnika.

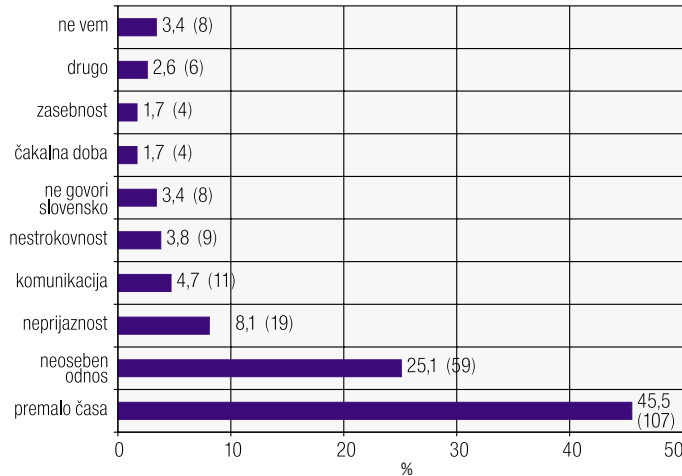


Slika 6: Katere izmed naštetih pozitivnih izkušenj ste imeli pri vašem osebnem stiku z zdravnikom ali zobozdravnikom? (Možnih več odgovorov)

Več kot tri četrtine anketirancev (76,5 odstotka) so izjavile, da jih pri obisku pri zdravniku nič ne moti v odnosu oziroma komunikaciji z zdravnikom. Anketiranci, ki so imeli težave pri komunikaciji ali v odnosu z zdravnikom (23,5 odstotka), so izpostavili dva temeljna problema: da si zdravnik vzame premalo časa za pacienta (45,5 odstotka) ter zdravnikov neosebni odnos do njega (25,1 odstotka). Omembe vredna je še navedba o neprijaznosti zdravnikov (8,1 odstotka).

Določene težave v odnosu z zdravnikom ima precej več žensk (28,4 odstotka) kot moških (18,4 odstotka). Več težav imajo mlajši, največ najbolj izobraženi (33,5 odstotka), zaposleni, tisti z nadpovprečnimi dohodki, ki živijo v večjih mestih in v osrednji Sloveniji, ter

tisti, ki bolj pogosto obiskujejo zdravnika. Ženske bolj kot moški poudarjajo dejstvo, da si zdravnik vzame premalo časa zanje, enako menijo najmlajši anketiranci, najbolj izobraženi, nezaposleni, najbolj plačani, prebivalci največjih mest, Gorenjci ter anketirani, ki v povprečju 2- do 6- krat obiščejo zdravnika. Tudi neosebni odnos zdravnika je bolj moteč za ženske kot moške, najbolj pa moti anketirance v starostni skupini med 46. in 60. letom, manj izobražene, upokojeince, prebivalce večjih mest, Dolenjce in tiste, ki najbolj pogosto obiskujejo zdravnika.



Slika 7: Kaj vas najbolj moti pri vaši komunikaciji/odnosu z zdravnikom? (Odgovarjalo je 235 anketirancev. V oklepajih je navedeno število odgovorov.)

Pritožbe

Med anketiranci, ki so menili, da niso bili ustrezno obravnavani, se jih je 18 pritožilo.

Največ anketirancev, ki so se pritožili nad ravnanjem zdravnika, je to opravilo pri zdravniku samem (14 anketirancev), predstojniku v bolnišnici so se pritožili 4 anketiranci, po 2 direktorju zdravstvenega doma in medicinski sestri in eden Zavodu za zdravstveno zavarovanje. Med tistimi, ki so se pritožili, jih je 8 izjavilo, da so se pritožili zato, ker so želeli preprečiti podobno dogajanje naprej, 5 jih je pričakovalo moralno zadoščenje.

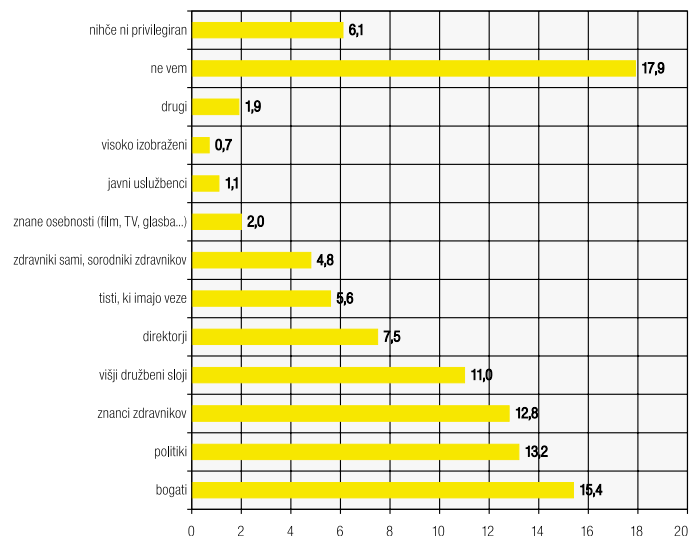
Med tistimi, ki so nezadovoljni z odnosom zdravnikov, a se niso pritožili nad takšnim neustreznim odnosom, je največ takšnih, ki so prepričani, da se itak nič ne da spremeniti (69 odgovorov), sledijo tisti, ki menijo, da zaplet ni bil dovolj pomemben, da bi se pritožili (30 odgovorov), ter anketiranci, ki ne vedo, kam naj se pritožijo (28 odgovorov), in tisti, ki jih je strah posledic (22 odgovorov). Kot razlog, da se niso pritožili zato, ker se ne da nič spremeniti, najpogosteje navajajo najstarejši anketiranci, najbolj izobraženi, upokojeinci, anketiranci z nadpovprečnimi dohodki, prebivalci večjih mest in celjskega dela Štajerske ter tisti, ki obiščejo zdravnika med 7- in 12-krat na leto. Strah pred posledicami je najbolj izražen pri moških, najstarejših anketirancih, najbolj izobraženih, upokojeincih, povprečno plačanih, prebivalcih manjših krajev, Dolenjcih in tistih, ki v povprečju

največkrat letno obiščejo zdravnika.

Spoštovanje urnika s strani zdravnikov je ocenjeno s povprečno oceno 3,22, kar bi lahko ocenili kot še kar zmerno. Največ anketirancev (29,0 odstotka) je izbralo oceno 3, za oceno 4 se je opredelila četrtnina anketirancev, enak odstotek je izbral slabo oceno (1 ali 2), za oceno 5 pa se je odločilo 14,6 odstotka anketiranih. Do spoštovanja urnika dela s strani zdravnikov so najbolj kritični moški, najmlajši anketiranci, najbolj izobraženi in najbolj pogosti obiskovalci zdravnika.

Kdo je privilegirani?

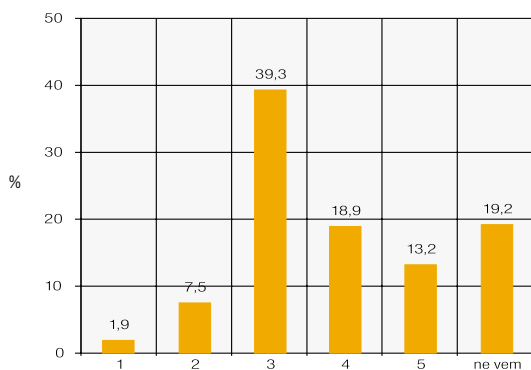
Po mnenju največjega števila anketirancev so najbolj privilegirani pri izogibanju čakalnim vrstam oziroma uporabi storitev v zdravstvu bogati (15,4 odstotka), sledijo tisti, ki so navedli politike (13,2 odstotka), znance zdravnikov (12,8 odstotka) in višje družbene sloje (11,0 odstotka). Omembe vredno je še število anketirancev, ki med privilegiranci navajajo direktorje (7,5 odstotka) in tiste, ki imajo veze. Na prvo mesto med privilegiranci so ženske uvrstile bogate, moški pa privilegirance, mlajši anketiranci v nadpovprečnem številu navajajo bogate, pripadniki srednje generacije pa izpostavljajo politike, največ najbolj izobraženih med privilegirance uvršča politike, pri srednje izobraženih je največ tistih, ki navajajo bogate. Med zaposlenimi je največ takšnih, ki med privilegirance uvrščajo bogate ter politike, dijaki in študentje pa v podpovprečnem številu navajajo politike. Med anketiranci iz večjih mest je največ takšnih, ki privilegirance vidijo med bogatimi ter politiki, med anketiranci s podeželja pa so znanci zdravnikov pred politiki. Največ Gorenjcev med privilegirane prišteva bogate, največ anketirancev iz osrednje Slovenije pa politike. Anketiranci, ki najbolj pogosto hodijo k zdravniku, izpostavljajo politike, tisti, ki najmanj hodijo, pa bogate.



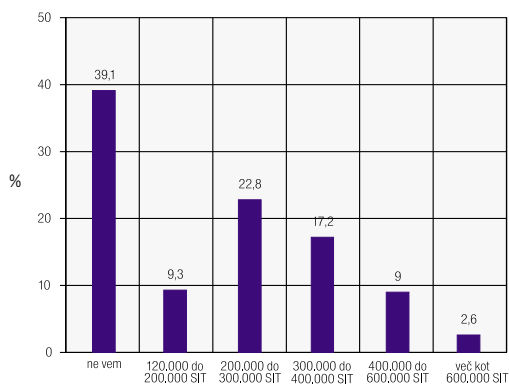
Slika 8: Kateri družbeni sloji ali skupine so najbolj privilegirani pri izogibanju čakalnim vrstam/uporabi storitev v zdravstvu? (Odperto vprašanje)

Mnenje o zdravniških plačah

Sklop vprašanj je bil namenjen tudi pridobitvi informacije, ali javnost sploh ve, kolikšne so zdravniške plače. Odgovori so bili alarmantni. Skoraj 40 odstotkov anketirancev ne ve, kolikšne so povprečne neto plače zdravnikov, kljub temu pa strukturna križanja kažejo na zanimivost, da petina tistih, ki ne vedo, kakšne so zdravniške plače, izjavlja, da so previsoke. Največ anketiranih, ki so se odločili za nek znesek, (vprašanje je bilo odprto), je menilo, da so plače zdravnikov med 200 in 300 tisoč SIT. Sledijo tisti, ki menijo, da so plače med 300 in 400 tisoč SIT, 9,3 odstotka jih meni, da so pod 200 tisoč SIT, 9 odstotkov, da so med 400 in 600 tisoč SIT in 2,3 odstotka, da so nad 600 tisoč SIT. Povprečna plača bi torej bila 358.735,6 SIT. Primernost zdravniških plač je ocenjena s povprečno oceno 3,42. Skoraj 40 odstotkov anketiranih meni, da so sedanje plače primerne, da so previsoke je prepričanih 32,1 odstotka anketiranih, preizke pa 9,4 odstotka.



Slika 9: Kako bi z ocenami od 1 do 5 (kjer 1 pomeni zelo nizke, 5 zelo visoke, 3 pa ravno prav) ocenili primernost zdravniških plač?

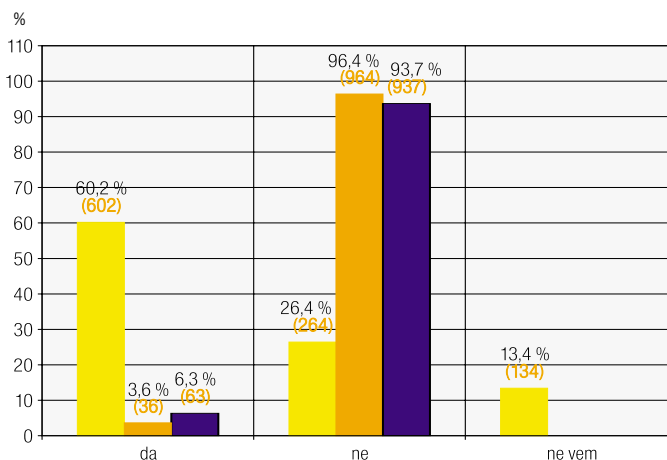


Slika 10: Kakšne so, po vašem mnenju, povprečne mesečne zdravniške plače za redno delo?

Korupcija - tudi malo je preveč!

Na vprašanje, ali menijo, da je korupcija v zdravstvu velik problem, je pozitivno odgovorilo 60,2 odstotka vprašanih. Tako meni več moških kot žensk, mlajši odrasli, poklicno izobraženi, dijaki in študenti, podpovprečno plačani, prebivalci podeželja ter Dolenjske in Gorenjske.

Med njimi jih je imelo le 3,6 odstotka neposredne izkušnje s korupcijo, ko je zdravnik od njih vnaprej zahteval plačilo ali protiuslugo za opravljeno storitev. Povprečno zahtevano plačilo je bilo 50.105 tolarjev, minimalno 2.000 SIT in maksimalno 150.000 SIT. Skoraj polovica anketirancev s to izkušnjo ni želela dati podatka o višini zahtevanega plačila. Z zahtevo za plačilo so se največkrat srečali anketiranci v starostni skupini med 31. in 45. letom, bolj izobraženi, zaposleni, podpovprečno plačani, prebivalci podeželja, Primorci in tisti, ki v povprečju največkrat obiščejo zdravnika.



Slika 11: Ali menite, da je korupcija v zdravstvu velik problem?/Ali ste se kdaj znašli v položaju, ko je zdravnik od vas zahteval vnaprejšnje plačilo (protiuslugo, darilo) za to, da bo opravil storitev?/Ali ste sami ponudili oz. dali kdaj kakemu zdravniku v javni zdravstveni mreži plačilo vnaprej (protiuslugo, darilo), da bi bila storitev hitreje opravljena? (V oklepajih je navedeno število odgovorov.)

Skoraj enkrat več anketirancev (6,3 odstotka) je vnaprej ponudilo zdravniku plačilo ali protiuslugo, da bi jim storitev opravil hitreje. Plačila vnaprej ponujajo praviloma starejši, najbolj izobraženi, upokojeni, nadpovprečno plačani, anketiranci v manjših krajih ter tisti, ki bolj pogosto obiskujejo zdravnika. Tudi v tej skupini je 38,1 odstotka (24 oseb) odklonilo odgovor, najnižje ponujeno plačilo je bilo 1.000 SIT, najvišje 500.000 SIT, povprečno 34.513 SIT.

Obisk pri zdravniku

Anketiranci obiščejo zdravnika povprečno 4,85-krat.

Zdravnika manj kot enkrat letno obišče 13,4 odstotka anketirancev. Največ jih hodi k zdravniku enkrat (17,4 odstotka) ali dvakrat na leto (17,3 odstotka). Sledijo anketiranci, ki zdravnika obiščejo trikrat (12,5 odstotka) in štirikrat letno (9,9 odstotka).

Med anketiranci, ki zdravnika obiščejo manj kot enkrat letno, je največ takšnih, ki so ga obiskali pred letom ali dvema (45,9 odstotka), 15,8 odstotka je to storilo v petletnem obdobju do leta 2000, 9 odstotkov pa v petletnem obdobju do leta 1994.

Perspektive slovenskih zobozdravnikov do leta 2010, II. faza

Stališča prebivalstva do oralnega zdravja in zobozdravstvene dejavnosti

Franc Farčnik, Marjan Premik, Oton Herman, Aleksander Velkov, Domen Vidmar, Lijana Zaletel Kragelj

Uvod

Za oblikovanje strategije razvoja zobozdravstva v Sloveniji je izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije 5. 11. 1998 sprejel predlog odbora za zobozdravstvo - projekt "Perspektive slovenskih zobozdravnikov do leta 2010".

Z namenom, da izboljšamo družbenoekonomski položaj zobozdravnikov in kakovost opravljanja zobozdravniškega poklica, smo želeli izpolniti pet zastavljenih ciljev:

1. ugotoviti statusne, delovne, socialne in organizacijske značilnosti slovenskih zobozdravnikov;
2. ugotoviti stališča prebivalstva do lastnega oralnega zdravja in do zdravstvene dejavnosti;
3. ugotoviti epidemiološke značilnosti zdravstvenega stanja zob in ustne votline pri prebivalstvu Slovenije;
4. ugotoviti demografske, ekonomske in politične vidike razvoja Slovenije do leta 2010 s posebnim ozirom na zobozdravstvo;
5. izdelati predlog razvojne strategije odbora za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije za zagotovitev ustreznega socialnega, ekonomskega in strokovnega položaja zobozdravnic in zobozdravnikov v Sloveniji.

Sklenili smo, da bomo posamezne zastavljene cilje dosegali postopoma, v petih fazah.

Poročilo o I. fazi projekta "Statusne, delovne in socialne in organizacijske značilnosti slovenskih zobozdravnic in zobozdravnikov" je bilo v povzetku objavljeno v našem glasilu (Isis 2000; 6: 33-39).

Poročilo o II. fazi projekta je bilo zaključeno marca 2003 (obsega 139 strani formata A4). V tem prispevku ga objavljamo v povzetku.

Cilj

Cilj raziskave je bil ugotoviti raven zobozdravstvene osveščenosti in odnos odraslih prebivalcev Slovenije do lastnega oralnega zdravja ter njihova stališča do zobozdravstvenega varstva.

Metode in opazovanci

Odgovore na zastavljene cilje smo dobili s presečno pregledno javnomnenjsko anketo na strukturiranem reprezentativnem vzorcu 18 in več let starih prebivalcev Slovenije (N=823); pri tem smo upoštevali njihove biološke (spol, starosti) in socialne značilnosti (izobrazba, dohodek, regija). Vprašalnik je bil sestavljen tako, da nam je bilo iz odgovorov na zastavljena vprašanja mogoče ugotoviti stališča anketirancev do oralnega zdravja in zobozdravstvene dejavnosti. Odgovore smo dobili s pomočjo telefonskega anketiranja (Computer Assisted Telephone Interviewing), ki ga je izvedel Cati Center v času od 10. 9. do 21. 9. 2002.

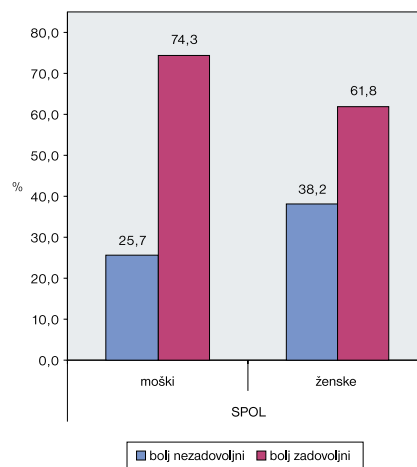
Podatki, ki so shranjeni pri Katedri za javno zdravje Medicinske fakultete v Ljubljani, so prikazani s frekvenčno porazdelitvijo opazovanih pojavov. Pri spremenljivkah opisnega tipa smo upoštevali vrednosti, navedene v vprašalniku, vrednosti numeričnih spremenljivk pa smo uredili v ustrezne intervale in jih nato opisovali po enaki metodologiji kot spremenljivke opisnega tipa. Rezultati so prikazani s pomočjo stolpičastih diagramov.

Anketa je bila anonimna, vsem sodelujočim je bila zagotovljena popolna diskretnost.

Rezultati

Zadovoljstvo s svojimi zobmi

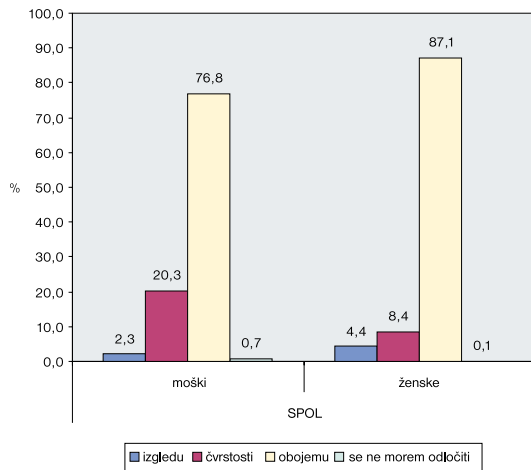
Na osnovi rezultatov raziskave lahko rečemo, da je na splošno dve tretjini odraslih prebivalcev Slovenije zadovoljnih s svojimi zobmi. Pri nadaljnjih razčlembah vidimo, da so moški statistično značilno ($p < 0,0005$) bolj zadovoljni kot ženske.



Slika 1: Zadovoljstvo s svojimi zobmi po spolu

Pomen zobovja

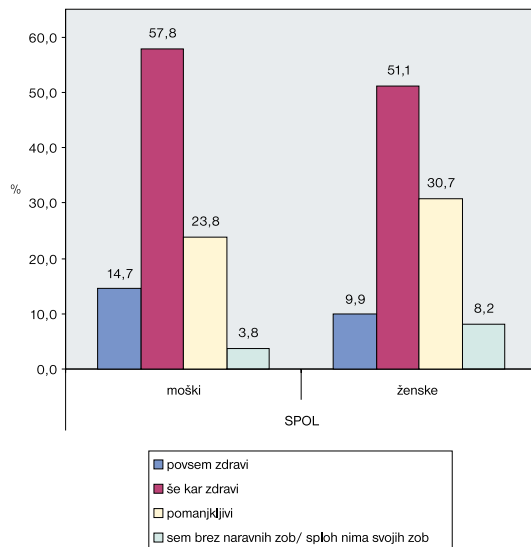
V povprečju 82,2 odstotka prebivalcev Slovenije pripisuje zobovju tako pomen pri izgledu kot pomen pri čvrstosti. V poglobljeni analizi smo opazili, da ženske statistično značilno ($p < 0,0005$) pogosteje dajejo prednost estetiki, moški pa čvrstosti (slika 2).



Slika 2: Pomen zobovja po spolu

Zdravje zob

Med vsemi anketiranci je le dobra desetina (12,2 odstotka) takih, ki menijo, da imajo povsem zdrave zobe, kar seveda pomeni, da sami niso ugotovili nobene okvare na zobeh oziroma ocenjujejo, da imajo vse okvare sanirane. Tudi tu opažamo značilno razliko po spolu ($p < 0,002$). Ženske "sporočajo", da imajo več pomanjkljivega zobovja kot moški (slika 3).



Slika 3: Zdravje zob v celotni skupini anketirancev

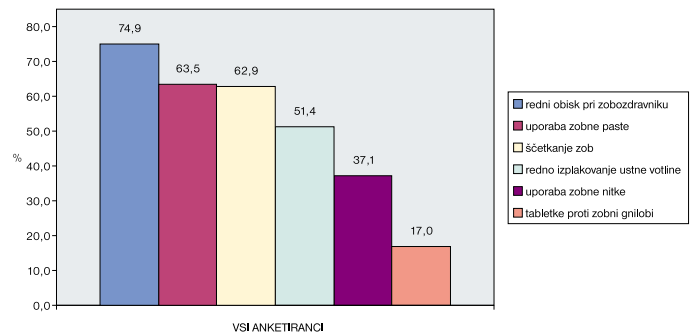
S starostjo se zdravje zob statistično pomembno slabša ($p < 0,0005$). Pomemben je podatek, da je v starosti od 50 do 59 let že 7,6 odstotka vseh prebivalcev brez zob ter da se ta delež po 60. letu

poveča že na 23 odstotkov. Statistično pomembne razlike ($p < 0,0005$) so tudi glede na izobrazbo in dohodek: nižja izobrazba - slabše zobovje, višji dohodek - boljše zobovje.

Odgovornost za zdravje zob

64,4 odstotka oseb je prepričanih, da lahko sami veliko napravijo za zdravje svojih zob, medtem ko jih 35,4 odstotka meni, da sami za zdravje zob ne morejo storiti nič posebnega in se v tem smislu tudi ne čutijo odgovorne za zdravje svojih zob. Rezultati pomenijo izziv za načrtovalce preventivnih dejavnosti, posebno v smislu individualne in skupinske zdravstvene vzgoje prebivalstva.

Koristnost nekaterih dejavnosti za zdravje zob



Slika 4: Razvrstitev dejavnosti, potrebnih za nego in zdravje zob (za nego zob na zdravje zob od največjega pomena proti najmanjšemu, glede na to, kako so jih razvrstili anketiranci)

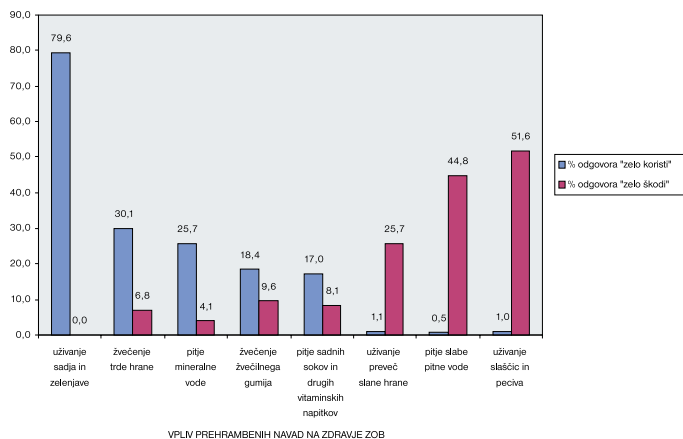
Na prvem mestu med odgovori je redni obisk pri zobozdravniku, kar govori o tem, da ljudje pripisujejo zobozdravstveni dejavnosti "največji pomen" pri ohranjanju zobovja.

Ta ugotovitev opozarja na to, da se ljudje glede preventive še vedno preveč zanašajo na zobozdravstveno dejavnost in s tem zmanjšujejo sicer jasno izražene druge vrednote, kot je npr. ustna higiena. Z vidika primarne preventive je ustna higiena veliko bolj pomembna kot redni obiski pri zobozdravniku.

Zanimivi so tudi rezultati o pomembnosti uporabe tabletki proti zobni gnilobi. Pokazalo se je, da kljub dolgoletni fluorizaciji s tabletami ta med naštetimi zaseda zadnje mesto. Verjetno so k temu pripomogli strokovno neutemeljeni članki v sredstvih javnega obveščanja, pa tudi relativno mlačen odziv stroke na ta vprašanja. V Sloveniji se bo tudi zaradi drugih težav, povezanih s sistematičnim fluoriranjem, potrebno dogovoriti za boljši sistemski pristop v zvezi z nadomeščanjem fluoridov, ki jih v okolju primanjkuje. Strokovne podlage za fluorizacijo soli so pripravljene in temu bi morali slediti ustrezni javnozdravstveni ukrepi.

Prehrambene navade in zdravje zob

Anketiranci so ocenjevali prehranske navade s številkami od 1 do 5. 1 pomeni, da zelo škoduje, 5 pa, da zelo koristi. Rezultate prikazujemo na sliki 5.

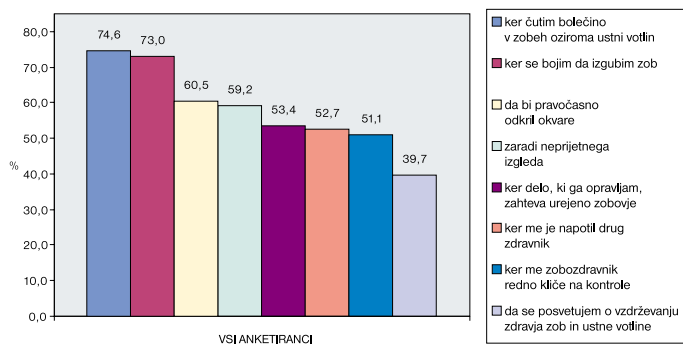


Slika 5: Odstotek odgovorov "zelo koristi" in "zelo škodi" glede na nekatere prehrabene navade anketirancev

Odgovori nakazujejo, da gre pri prebivalcih Slovenije za boljše splošno znanje v povezavi z zdravo prehrano kot pa za specifično znanje (mineralna voda, slaba pitna voda, uživanje preveč slane hrane ipd.) v povezavi z zdravjem zob.

Razlogi za obisk zobozdravnika

Glede vrednosti mediane in širine intervalov med 25. in 75. percentilom ter ob upoštevanju odstotkov anketirancev, ki so ocenili, da je med naštetimi vzroki (slika 5) za obisk zobozdravnika zelo verjeten, lahko povzamemo vrstni red, ki ga prikazujemo grafično v sliki 6.



Slika 6: Razvrstitev nekaterih razlogov za obisk zobozdravnika od največjega pomena proti najmanjšemu

Ta poizkus kvalitativnega ovrednotenja razlogov za obisk zobozdravnika potrjuje tezo, da se preventivno razmišljanje sicer uveljavlja (model zdravja), da pa še vedno prevladuje pristop k zdravljenju (model bolezni). O idealni preventivni osveščenosti bi lahko govorili, če bi dobili obrnjen vrstni red.

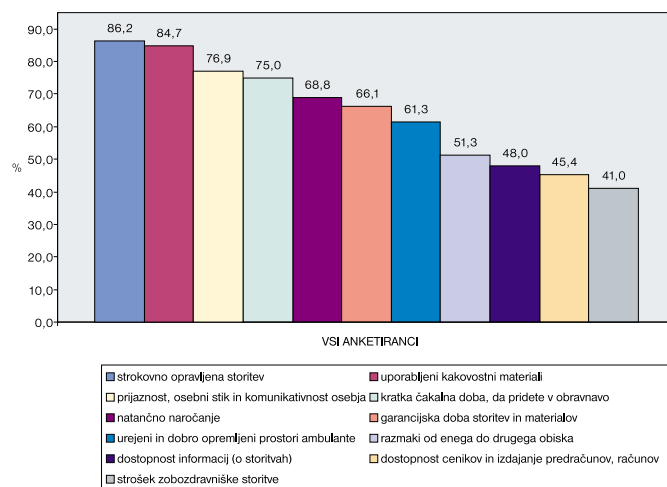
Čas od zadnjega obiska pri zobozdravniku

Če združimo vse odgovore, lahko razdelimo anketirance v dve

skupini, in sicer na tiste, ki so imeli v zadnjem letu stik z zobozdravnikom, in na tiste, ki ga niso imeli. Na tej osnovi lahko podamo oceno, da ima 75,5 odstotka prebivalcev najmanj enkrat na leto stik z zobozdravnikom. Seveda smo našli velike razlike glede na družbenoekonomske značilnosti anketirancev. Z večanjem izobrazbe in dohodka se večja pogostost obiskov pri zobozdravniku.

Pomembni elementi zobozdravstvene oskrbe

Pri skupnem ocenjevanju odgovorov anketirancev glede pomembnosti elementov zdravstvene oskrbe smo opazovali njihov vrstni red. Ker so bili vsi naštetni elementi ovrednoteni kot pomembni, smo vrstni red pomembnosti določili glede na mediane vrednosti in širine intervalov med 25. in 75. percentilom. Vrstni red pomembnih elementov zobozdravstvene oskrbe prikazujemo s sliko 7.



Slika 7: Razvrstitev nekaterih pomembnih elementov zdravstvene oskrbe od največjega pomena proti najmanjšemu

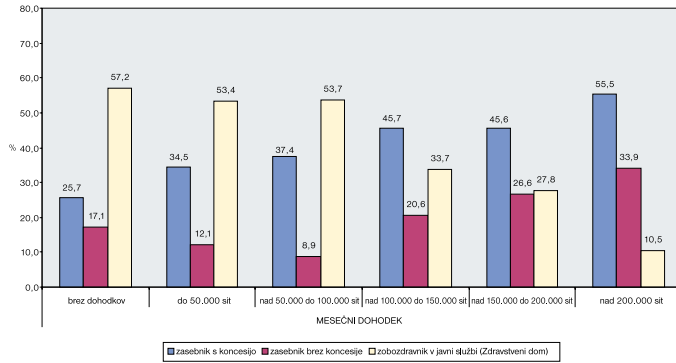
Rezultati (glede na ocene posameznih elementov oskrbe so pričakovani) potrjujejo visoko stopnjo pričakovanja odraslih prebivalcev Slovenije glede kakovosti storitev v zobozdravstvu.

Na lestvici razvrstitve je absolutno na prvem mestu strokovno opravljena storitev in pomeni ljudem najvišjo vrednoto pri zobozdravstveni oskrbi.

Pri proučevanju razporeditve odgovorov drugih spremenljivk seveda dobivamo različne deleže odgovorov. Če vzamemo npr. element pomena stroškov za zobozdravstvene storitve, jih med 806 anketiranci 10,5 odstotka odgovarja, da strošek sploh ni pomemben ali ni pomemben, medtem ko jih nekako 25 odstotkov odgovarja, da strošek ni niti pomemben niti nepomemben. Za to skupino anketirancev je strošek za zobozdravstveno storitev nekaj, s čimer so se lahko sprijaznili in jim ne predstavlja ovire za obisk zobozdravnika. Pri ostalih dveh tretjinah (64,3 odstotka) anketirancev stroški pomenijo breme, kar pa že lahko predstavlja oviro pri dostopnosti do zobozdravnika.

Porazdelitev anketirancev po vrsti zobozdravnika

Rezultati raziskave kažejo, da že dobra polovica vseh anketirancev išče zobozdravniško oskrbo pri zasebnikih s koncesijo ali brez koncesije. Jasno je tudi izražena povezanost izbire zobozdravnikov zasebnikov z izobrazbo ($p < 0,0005$) in dohodkom ($p < 0,0005$; glej tudi sliko 8).



Slika 8: Anketiranci po dohodku in vrsta zobozdravnika

Možnost izbire med zasebnim in "javnim" zobozdravnikom je z novo zdravstveno zakonodajo (4) postala uresničljiva in se je v preteklih letih med vsemi ožjimi zdravstvenimi dejavnostmi najhitreje uveljavljala. Nekateri rezultati te raziskave dajejo v nadaljevanju tudi nekatere odgovore na vprašanje "zakaj", hkrati pa nakazujejo tudi povezanost teh vprašanj s socialnimi in ekonomskimi možnostmi posameznih kategorij prebivalstva.

Na tem področju obstaja še veliko odprtih vprašanj, za katera bo morala stroka oblikovati odgovore. V okviru nadaljnjega razvoja socialne blaginje v državi, obsega obveznega zavarovanja, odnosov med državnim financiranjem (preventiva) in storitvami, ki jih bo mogoče kupiti na prostem trgu, se bo gibala tudi ponudba zobozdravstvene dejavnosti. Utemeljene in celovito zaokrožene odgovore bo stroka lahko oblikovala po 4. fazi raziskave.

Razlike v delu zobozdravnikov in odnosu do bolnikov glede na "javni ali zasebni" status zobozdravnika

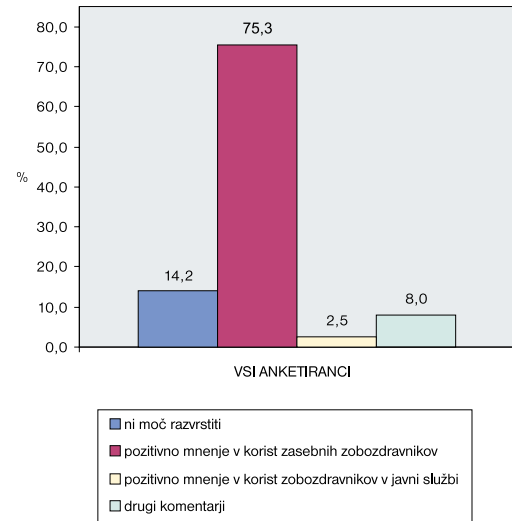
Anketiranci so se kar v 83,8-odstotnem deležu opredelili za trditev, da je razlika v delu med zasebniki in zobozdravniki v javnih zavodih, v nekaj manjšem odstotku (76,8 odstotka) pa so izbrali trditev, da je razlika tudi v odnosu do bolnikov glede na javni ali zasebni status zobozdravnika.

Večinsko mnenje anketirancev je, da imajo zobozdravniki v zasebnem sektorju drugačen odnos do bolnikov kot zobozdravniki v javnem sektorju. Glede tega mnenja je zanimivo, da se ocena bistveno ne razlikuje glede na spol, starost, izobrazbo, dohodek in na zdravstveno regijo anketirancev.

Stališča do različnih vrst zobozdravnika

Mnenje o vrsti zobozdravnika je bilo jasno izraženo pri 378 anketirancih, kar je 45,92 odstotka od vseh 823 anketirancev. Pri tem je izrazilo pozitivno mnenje v korist zasebnih zobozdravnikov. Razporeditev odgovorov glede na pozitivnost mnenja do določene vr-

ste zobozdravnika prikazujemo na sliki 9.



Slika 9: Pozitivnost mnenja glede na vrsto zobozdravnika

Pri iskanju podlage za izražene razlike smo se oprli na odprti tip vprašanja, na katero je nedvoumno odgovorilo 486 anketirancev, kar pomeni 59,1 odstotka ($N=486$). (Ostali anketiranci niso želeli odgovarjati na to vrsto vprašanj.)

Vrstni red vrednot, ki dajejo prednost zasebni zdravstveni dejavnosti pred javno zobozdravstveno dejavnostjo, je:

1. prijaznost,
2. krajše čakalne dobe,
3. večja kakovost dela,
4. hitrejša obravnava.

Iz tega dela kvalitativne razčlenbe odgovorov lahko z gotovostjo trdimo, da je najpomembnejša vrednota, zaradi katere se ljudje odločajo med javno in zasebno zobozdravstveno službo, prijaznost. To pomembno psihosocialno okoliščino so anketiranci največkrat omenili kot razlog, zakaj je njihov odgovor bolj v korist zasebnih zobozdravnikov.

Seveda so pomembne tudi druge okoliščine, kot je krajša čakalna doba v zasebni dejavnosti in daljša v javni dejavnosti. Ta pomembna okoliščina je po pogostnosti poudarjanja na drugem mestu.

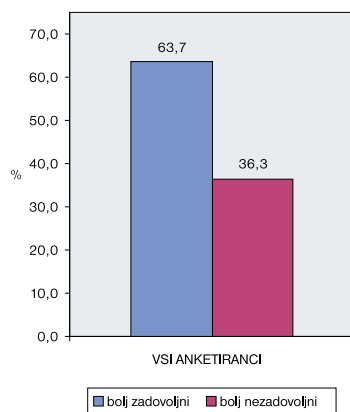
Kakovost storitve (v povezavi z boljšimi materiali, natančnejšim in kakovostnejšim delom in boljšo opremo), za katero anketiranci menijo, da je boljša v zasebni ambulanti, se pojavlja kot tretji najpogostejši razlog. Po pogostnosti pojavljanja razlogov v korist zasebne prakse omenjajo anketiranci tudi hitrost obravnave, več storitev ob enem obisku in krajši čas do naslednjega obiska.

Seveda ne moremo mimo komentarjev, ki bi jih lahko razvrtili kot ekonomsko pogojeni razlog za prijaznost, kakovost, čakalno dobo ali hitrost obravnave. Ta ekonomski poudarek smo zasledili kar pri 16 odstotkih odgovorov (čeprav tega odgovora neposredno nismo iskali, so ga anketiranci pritačnili kot poudarek k prednostim zasebne prakse) in nakazuje plačilno pogojenost prijaznosti, dostopnosti

in kakovosti obravnave. Ta ekonomski vidik pogosteje poudarjajo tisti z najnižjimi in tisti z najvišjimi dohodki, najmanjkrat pa osebe z dohodki med 100.000 in 200.000 SIT.

Zadovoljstvo z obstoječim sistemom

Na vprašanje o zadovoljstvu z obstoječim sistemom zobozdravstvene dejavnosti je odgovorilo 799 (96 odstotkov) anketirancev, med katerimi jih je 63,7 odstotka bolj zadovoljnih z obstoječim sistemom, medtem ko jih je 36 odstotkov manj zadovoljnih.

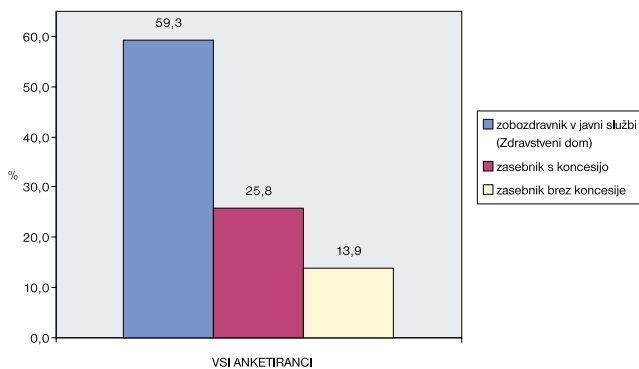


Slika 10: Zadovoljstvo z obstoječim sistemom zobozdravstvene dejavnosti v celotni skupini anketirancev

Pri tem vprašanju nismo zasledili statistično pomembnih razlik glede na spol, izobrazbo, dohodek ali regijsko pripadnost, mejna statistična pomembnost je izražena le glede na starost, kjer so mlajši anketiranci bolj zadovoljni kot starejši.

Razpoložljivost različnih vrst zobozdravnikov

Iz prikaza odgovorov (slika 11) izhaja, da največ zobozdravnikov primanjkuje v javni službi (ZD), polovico manj pa zasebnih zobozdravnikov s koncesijo. Najmanj primanjkuje zasebnih zobozdravnikov brez koncesije.



Slika 11: Razvrstitev vrste zobozdravnikov glede na primanjčevanje, kot so jih razvrstili anketiranci

“Varuhom javnih sredstev” najbolj odgovarja zobozdravnik brez koncesije, ker ne troši javnih sredstev, je pa pomemben davkoplačevalec. Za pomembno kategorijo prebivalcev, ki jih po merilih OECD (Poročilo o človekovem razvoju - Slovenija 2000-2001) uvrščamo med reveže (več kot 11 odstotkov prebivalcev), je dostopnost do te vrste zobozdravnikov praktično nemogoča. Naloga organizirane stroke in družbe v Sloveniji je, da poiščeta v paleti različnih storitev in izbirnih možnosti rešitve, ki bodo na populacijski ravni največ prispevale k izboljšanju oralnega zdravja.

Namestitev zobozdravstvenih ordinacij

Iz odgovorov anketirancev izhajata dva pomembna zaključka: prvi se nanaša na priporočilo, naj se zobne ambulante lokacijsko umeščajo tako, da bodo čim bolj razpršene in tako približane ljudem v krajih, kjer živijo ali delajo. Drugo priporočilo razkriva potrebo po vpeljavi ordinacij za posebne skupine oseb (šolarje, mladino, bolnike, nabornike ipd.). Ti rezultati so pričakovani in potrjujejo socialno-medicinska načela v zvezi z organizacijo zdravstvene dejavnosti.

Zaključek

Anketa je prva te vrste v Sloveniji. Z njo dajejo odrasli prebivalci stroki in politiki pomembna sporočila.

Stroke bo morala bolj pomagati ljudem, da spoznajo pomen zdravega zobovja ter da se zavejo, da lahko za lastno zdravje največ napravijo sami.

Anketa daje vtis, da so ljudje še kar zadovoljni z organizacijo zobozdravstvene dejavnosti. Motijo jih predvsem dolge čakalne dobe in neprijaznost v “državnih” ambulantah. To nezadovoljstvo bi se gotovo dalo odpraviti tako, kot nakazujejo odgovori anketirancev; jim bodo prisluhnili tudi politiki za zdravje? ■

Literatura:

1. Farčnik F. et al.: *Perspektive slovenskih zobozdravnikov do leta 2010*. Isis 2000; 6: 33-39.
2. Bailey D. Kenneth. *Methodes of Social Research - 4th ed. The Free Press, New York 1994: 196-204.*
3. Toš N., Malnar B. *Družbeni vidiki zdravja. Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. Ljubljana; 2002: 202.*
4. *Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list R Slovenije 9/92.*
5. Premik M., Homan D., Ladjić J., Simonić J., Fidler F. *Zasnova zobozdravstvene preventive v SR Sloveniji. Zobozdrav vestn 1989, 44: 63-5*



Zdravstvena reforma, bolniki in mi

Simon Herman

V marcu nas je posebna okrožnica povabila na predavanje ministra za zdravje. Naslov in tema predavanja nista bila razkrita, v zraku pa je viselo pričakovanje razprave o aktualnih trenjih v zdravstvu. Potihem sem pričakoval tudi kakšno besedo o prihajajoči reformi zdravstvenega sistema. Izkazalo se je, da je bila to pravzaprav edina tema ministrovega uro in tričetrt dolgega predavanja.

Kot izvajalca zdravstvenega sistema me je pri tovrstni tematiki najbolj zanimalo, kako bo na novo organiziran zdravstveni sistem, kakšen bo način obračunavanja in kako se bodo določale cene storitev. Žal je velika večina ministrovega predavanja izzvenela kot prepričevanje o tem, kako je sedanji sistem pobiranja denarja za zdravstveno zavarovanje sprevržen (večkrat uporabljena beseda je bila perverzen) in kako prizadene predvsem žepe tistih z nižjimi prihodki. Precej manj časa je namenil tematiki, ki je prisotne vodje kliničnih oddelkov in klinik (drugih zdravnikov praktično ni bilo) najbolj zanimala - prihodnji organizaciji in financiranju izvajalcev zdravstvenih dejavnosti. In še pri tem je minister predvsem našteval slabosti (z vidika financerja) prejšnjih sistemov financiranja izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Menim, da je način financiranja celotnega zdravstvenega sistema politična odločitev pristojnega ministrstva, vlade in poslancev. Odločitev bodo ustrezno nagradili volilci. Sami izvajalci zdravstvenih storitev so pri tej odločitvi manj pomemben dejavnik in posebnega prepričevanja ne potrebujejo.

Kot neposredni izvajalec zdravljenja bom iz "žabje perspektive" povedal svoje videnje slabosti posameznega načina financiranja izvajalcev. Ob tem priznam, da je ta vidik še dodatno zožen predvsem na sekundarno (specialistično - bolnišnično in kirurško raven).

Za izvajalce najprijaznejši in najbolj pregleden sistem je storitveni način financiranja. Zaračuna se vse, kar se z bolnikom dela. Seveda pri tem obstaja velika skušnjava, da storitve za določeno bolezen ali poškodbo "hiperplazirajo" - opravi se marsikaj, kar ni ravno potrebno, podaljšuje se število oskrbnih dni na bolnika itn. Da ne pride do odklonov, je potreben močan in kompetenten strokovni nadzor s primernimi kaznimi za prekrškarje. Tak sistem je kar uspešno deloval v Zvezni republiki Nemčiji v začetku devetdesetih let.

Pri nas je deloval takoj po osamosvojitvi, a se ni obnesel, ker ZZZS preprosto ni imel dovolj strokovnega kadra, ki bi lahko kompetentno izvajal nadzor. Dodatno sta stvari zapletala še majhnost tržišča in pomanjkanje konkurence terciarnih ustanov. Tako je med "periferijo" in "centrom" obstajal odkrit občutek neenakosti. Zdravstveni domovi so imeli občutek, da Kliničnemu centru ZZZS ni mogel do živega, revizorji pa so potem "frustracije izživljali na periferiji", kjer so jim redno črtali storitve, iskali dlake v jajcih in jim ukinjali določene dejavnosti (citaj kolegice iz ZD).

Sledilo je financiranje po oskrbnih dnevih. Za posamezno dejavnost se je določila povprečna cena oskrbnega dne in povrnitev stroškov vseh storitev naj bi bila zajeta v ceni oskrbnega dne, pomnožena s povprečnim številom dni oskrbe. Predstavljam si, da naj bi na ta način dosegli boljšo izkoriščenost posteljnih fondov in prostor-

skih zmogljivosti. Seveda ni bilo potrebno dolgo čakati, da se je tudi to financiranje spridilo. Za bolnišnico je pač najboljše, da bolniki ležijo, z njimi pa se čimmanj dela in dogaja (čimveč ležalnih dni s čimmanjšim številom opravljenih storitev).

Trenutni način (ki se ga minister ni dotaknil) je, da se bolnišnice financirajo s povprečnino na sprejem. Za posamezno dejavnost se je določila povprečna cena sprejema oziroma celotnega zdravljenja. Bolnišnica dobi za vsakega sprejetega bolnika točno določeno vsoto denarja, ne glede na diagnozo in zdravljenje (vsota se spreminja med posameznimi specialnostmi). Predstavljam si, da je bil namen, da bolniki ležijo čimkrajši čas in da se bolnišnice trudijo zmanjšati število zapletov. Velika slabost tega sistema je, da izvajalce kar vabi k nepotrebni sprejemanju bolnikov za storitve, ki bi jih lahko opravili tudi ambulantno ali v dnevni bolnišnici, predvsem pa močno favorizira sprejemanje "lahkih" bolnikov in odklanjanje ali preusmerjanje "težkih". Tokrat je v močno podrejenem položaju prav Klinični center, ki je končna postaja za težke bolnike in jih je dolžan (drago) oskrbeti, periferne bolnišnice pa cvetijo, saj lahko bolnika sprejmejo za krajši čas, potem pa napotijo naprej.

Obeta oziroma uvaja se že nov sistem financiranja po diagnozah (DRG - Diagnosis Related Groups) in kliničnih poteh. Bistvo tega sistema je, da je določena vsota denarja, ki je na voljo za celotno zdravljenje neke bolezni ali poškodbe. To vsoto si potem posamezni izvajalci razdelijo med seboj. S stališča financerja zdravstvenih storitev je to najelegantnejši model, saj je enostaven, ima malo spremenljivk in ga je lahko nadzorovati. Močno bo omejil manevrski prostor (vsaj tako je zamišljeno) vseh izvajalcev, uveden naj bi bil čimprej.

V vsakem sistemu se lahko takoj najdejo luknje, včasih pa so celo nujne za preživetje. Vsak sistem se lahko tudi bolj ali manj spretno zlorablja, najbolj takrat, ko določene stvari še niso dorečene. Da bo sistem DRG uspešno zaživel, bo potrebno prepričati izvajalce v drugačen način dela, sicer bo prišlo do odklonov in naposled do njegovega zloma. Sistem DRG je bil razvit v sistemih z močno podatkovno bazo (ZDA, Avstralija, Kanada) in je konkurenčno - tržno - naravnano. Sedanje razmere v zdravstvu bolj spominjajo na plansko gospodarstvo, za katerega je značilna hiperregulacija in centralizacija. Najbolj očiten primer je uvedba enotnega omejenega delovnega časa, po kateri se je na splošno še nadalje zmanjšalo število operacij v rednem delovnem času, kar pomeni slabšo izkoriščenost obstoječih zmogljivosti. Nekatere bolnišnice so uvedle tudi t. i. uro, kjer se morajo vsi zaposleni "odkljukati". Izgleda, da se iz zgodovinskih izkušenj kolektivizacije in kolhozov niso nič naučili. Najbolj se dela takrat, ko se vsak priganja sam, ne pa takrat, ko se čaka na uro odhoda domov in skrbi predvsem za to, da ne bi bilo potrebno ostajati preko (plačanega) delovnega časa.

Mislím, da bi morale velike bolnišnice del avtoritete, možnosti zaposlovanja, nadzora in razpolaganja s sredstvi delegirati na nižjo raven - v primeru KC na ravni kliničnih oddelkov. Zaradi subspecializacije medicine vsevedi ne obstajajo več. Za interni menedžment je zato (po mojem mnenju) najprimernejši predstojnik kliničnega oddelka, ki pozna specialnost in razmere v svoji enoti.

Poleg prispevkoplačevalnega sistema in financiranja izvajalcev zdravstvene dejavnosti bo za celovito reformno potrebno reformirati tudi tretji segment - uporabnike. Prednjačimo po številu bolniško odsotnih, po rekordno dolgih bolniških odsotnostih (več let) in tudi po porabi zdravil na prebivalca.

Da bi zmanjšali vse to, bi bilo potrebno motivirati uporabnike, da sistem uporabljajo dejansko takrat, ko ga potrebujejo. Dokler je sistem neposredno zastoj - posredno sicer plačamo na koncu vsi - kar vabi k nepotrebni uporabi ali uporabi "za vsak slučaj".

Sedanji sistem se v moji specialnosti izrablja v veliki meri za izdajo potrdil za zavarovanja. Poleg tega večina bolnikov, ki se zgledi na pregled med 23:00 in 7:00, pride ob tej uri zato, ker je običajno (ne vedno!) potrebno za pregled čakati krajši čas in ker imajo dopoldne druge načrte, ne pa zato, ker bi takrat dejansko nujno potrebovali pomoč. Na ta način so tudi dežurne službe obremenjene bolj, kot bi bilo potrebno. Za svoj klinični oddelek lahko trdim, da je število bolnikov upadalo po uvedbi participacij, po ukinitvi pa je pričelo zopet naraščati!

Bolniško odsotnost bi morali omejiti na 4 do 6 mesecev, nadomestila pa še dodatno zmanjšati. Kdor bi potreboval daljše zdravljenje, bi moral vložiti prošnjo za (začasno) priznanje invalidnosti. V nespornih primerih bi bil postopek hiter in enostaven (npr. zdravljenje malignih bolezni, hujše poškodbe itn.). Postopek ne bi bil povsem zastoj in bi že s tem deloval omejevalno. Rezultat ne bi bilo samo krajše plačevanje nadomestil, temveč tudi precej manjše število upravičencev.

Menim, da je konsenz redko dosegljiv, določena stvar pa lahko zaživi, če se s spretnim dogovarjanjem dosežejo določeni kompromisi. Žal smo bili v zadnjem času s strani ministrstva v več primerih priča trmastemu vztrajanju in aroganci, rezultat pa je bil propad zakona (o umetni oploditvi), sprejemanje zakona o zdravniški službi - kljub nasprotovanju vseh zdravniških združenj - po hitrem postopku, nato pa ga je bilo potrebno, še preden je začel veljati, zopet po hitrem postopku znova spreminjati in je še danes vir razprtij med "bazo" in "vrhom".

Upam, da bo zdravstvena reforma uspela. Pred sabo imam še tri četrtine delovne dobe in želim si, da bi bil zdravstveni sistem manj agonalen in stresen, kot je sedaj. ■

Nemogoče zahteve resno ogrožajo naše zdravstvo

Zvonimir Šusteršič

Polemika, ki se je razbohotila okrog novega zakona o zdravniški službi, me je spodbudila, da napišem ta prispevek. To, kar zahtevajo nekatere zdravniške organizacije s Fidesom na čelu in nekatere skupine zdravnikov (celjski anesteziologi) (1), je ne le ekonomsko, temveč tudi strokovno nesprejemljivo. Naše zdravstvo, ki je do nedavnega kar zadovoljivo opravljalo svoje poslanstvo, škrip-lje in poka na vseh ravneh. Težave so se pričele s tem, da si je vodstvo zdravstvene politike prisvojil ZZZS, ki si je s finančnimi prijemi prilastil tudi poseganje na strogo medicinska področja. Začelo se je omejevanje zdravstvenih storitev, odlaganje tudi za uspešno zdravljenje neodložljivih operacij, rast čakalnih dob do absurda. Za primer naj navedem izjavo predstojnika gastroenterološke kirurške klinike, prof. Pegana, na podiplomskem tečaju iz kirurgije leta 1994: "Na GE kliniki imamo letos evidentiranih 2.600 bolnikov za operacijo na žolčniku. Operirati pa jih smemo le 1.600, da ne zabredemo v rdeče številke." (2) Istega leta je bil na stomatološki kliniki pritrjen napis: "Od novembra sprejemamo le nujne primere, ker smo finančni program dela že presegli." (2) Ti dve objavi dokazujeta, da je bilo leta 1994 dovolj zdravnikov in osebja za opravljanje posegov, da pa jih iz finančnih razlogov niso smeli izvajati. Kako je torej mogoče, da danes, 9 let kasneje, nimamo dovolj zdravnikov, čeprav jih vsako leto samo v Ljubljani diplomira okrog 80 (3)?

Osební interesi ali kakovostno zdravstvo, to je zdaj vprašanje

Medtem sta se med zdravniki izoblikovali dve smeri. Ena, številčnejša, trdi, da imamo premalo zdravnikov, posebej specialistov, da so zdravniki preobremenjeni z dežurstvi in nadurnim delom, da

so za to premalo nagrajevani, predvsem pa, da zaradi preobremenitve njihovo delo ni več varno (4). Zahtevajo spoštovanje novega zakona o zdravniški službi: največ 10 ur neprekinjenega rednega dela en dan v tednu in največ 24-urno dežurstvo. Nadurno delo se mora plačevati s 100-odstotnim dodatkom, in to vsem strokam enako, tudi onim, ki imajo v dežurstvu minimalno efektivnega dela (prisotnost je isto kot delo) (4). Zato je potrebno povečati število zdravnikov z uvozom tujih specialistov in ustanoviti še eno medicinsko fakulteto v Sloveniji (5) ipd.



Ljubljanska medicinska fakulteta

(Desna stavba je edina fakultetna stavba, v kateri so za silo nameščeni vsi obstoječi inštituti, razen anatomskega, ki gostuje še v prosekturi državne bolnice [leva stavba]. Oba trakta sta zvezana s provizorno zazidanim hodnikom [v sredi spredaj], medtem ko spada zadalj stoječa stavba še k bolnišničnim objektom).

za vso Slovenijo, temveč tudi regijska bolnišnica, na katero gravitira približno 600.000 prebivalcev. Ne ekonomsko ne strokovno ni smotrno, da osrednji, vrhunsko opremljeni in z najkakovostnejšimi kadri zasedeni zavod oskrbuje svoj gravitacijski okoliš s kurantnim zdravstvenim varstvom (11). Prav gotovo ni racionalno, da najzah-tevnejšim boleznim namenjeno ustanovo zasedejo bolniki s kurantnimi boleznimi (9, 11). Ljubljana bi morala imeti vsaj še eno splošno bolnišnico poleg UKC, ta pa bi bil namenjen res vrhunski kazuis-tiki. Seveda bi bila druga bolnišnica prav tako učna bolnišnica. Študenti medicine se morajo naučiti predvsem zdravljenja kurantnih bolezni, in to ob bolniku, ne pa iz predavanj in knjig. Isto velja za specializante. Slovenija potrebuje poleg Ljubljane še eno ali dve uč-

Druga, manj številčna skupina s stvarnimi argumenti dokazuje, da imamo dovolj zdravnikov, le njihova razporeditev in organizacija dela nista smotrni. Za krizo v zdravstvu so krive razmere v celotni družbi (6, 7). Seveda je potrebno temeljito spremeniti tudi celotno zdravstveno organizacijo. Med drugim imamo preveč splošnih bolnišnic. Njihovo število je treba zmanjšati na največ 7 do 8, ostale pa preusmeriti v negovalne bolnišnice (6, 9, 10, 11). Reorganizirati je treba UKC (klinični center), ki je največji potrošnik (11). UKC ni le osrednja vrhunska ustanova

ni bolnišnici, da bi mogli uvesti zahodni sistem šolanja zdravnikov. Za predklinične predmete zadošča ena, kadrovska in prostorsko dobro opremljena fakulteta, klinični študij pa bi se izvajal v študijskih bolnišnicah v Ljubljani in Mariboru, morda še v eni ali dveh ustreznih kakovostnih ustanovah. Vse Slovenije je komaj za majhno velemesto. Mreža bolnišnic bi morala biti strokovno nadzorovana in usmerjana iz osrednje vrhunske ustanove. To bi omogočalo tudi rotacijo kadrov periferija - center in obratno. Le tako bi dosegli skladni razvoj vseh ustanov in preprečili "incest", ki neizogibno povzroča kopičenje odvečnih kadrov, v nekaterih ustanovah pa tudi zasedanje vodilnih mest s strokovno nedoraslimi nasledniki, ker so pač dolga leta zasidrani v "svoji" ustanovi. Elekcija in reelekcija sta prvenstveno politični in kolegialni, ne pa strokovni izbor.

Vrnimo se k temi, zaradi katere sem se odločil za to pisanje. Trditve, da so zdravniki preobremenjeni in zato njihovo delo ni varno, so neresnične in zavajajoče. So uporabna kamuflaža, za katero se skrivajo osebni interesi. J. Remškar v svojem članku "Razmeram v zdravstvu ob rob" (7) ugotavlja: "Duh, ki obvladuje našo družbo, se je razširil tudi na zdravstvo. Preveč smo zaverovani v svoje osebne interese in v preveliki meri smo prisluhnili sindikalističnim pogledom. Delo v zdravstvu ne more biti le sredstvo za preživljanje, temveč je tudi poslanstvo. V poklic je treba vložiti tudi del sebe."

Ekonomsko šibka Slovenija ne more nameniti zdravstvu toliko kot razvite evropske dežele ali celo ZDA. Imamo od 4.500 do 5.500 zdravnikov, se pravi od 2 do 2,3 zdravnika na 1.000 prebivalcev. (Podatki so v raznih virih različni.) Zahodnoevropske dežele imajo 3,5 zdravnika na 1.000 prebivalcev (13) in kar lepo število nezaposlenih (13). Zdravstvu odmerjamo 750 USD, Evropa od 1.500 do 2.000 USD, ZDA pa celo 4.200 USD na prebivalca. Če bi hoteli spoštovati novi zakon o zdravstveni službi, bi morali zaposliti približno 800 dodatnih zdravnikov, kar bi nanese dodatnih 6 milijard SIT za zdravstvo, ugotavlja mag. Bitenc (13).

Naše finance ne zmorejo nemogočih sindikalnih zahtev. Zdravniški poklic je v primerjavi z drugimi strokami (sodniki, ekonomisti, menedžerji, politiki) res v zapostavljenem položaju. Tega ne moremo popraviti z neizvedljivim dvigovanjem dohodkov zdravstvenih delavcev. Zavožene finančne politike celotne družbe ne more rešiti niti državna uprava. Prav bi bilo, da zdravniki poiščemo notranje rezerve v okviru finančnih kvot, ki so nam na voljo.

Tu so v glavnem tri postavke:

- Nesmotna razporeditev in namembnost naših bolnišnic.
- Neustrezna razporeditev zdravnikov.
- Nesmotno obračunavanje zdravstvenih dejavnosti in zato nepravilno razporejanje in delitev sredstev.

Prvi dve smo že prikazali zgoraj. Tretja, nesmotno obračunavanje zdravstvenih dejavnosti in neustrezna delitev sredstev, je problem, ki ga obdelujemo že pol stoletja. Sistem, posnet po francoskem vzorcu (Šusteršič) (14), ni bil po volji konservativnim strokam. Te bi imele nižje dohodke (premalo storitev), zato so ga zavračale, spreminjale in končno skazile do neuporabnosti. Ostali smo pri obračunavanju bolnišničnih dejavnosti po zastarelem obračunavanju oskrbnih dni. Sodobna medicina je dominantno storitvena dejavnost, hospitalizacija pa se vse bolj oži (ambulantne intervencije) in krajša. Moderne tehnike in metode krajšajo diagnostiko in terapijo na nekaj procentov nekdanjega časa zdravljenja. Endoskopske intervencije, računalniške tehnike, nova farmaka in v bližnji prihodnosti digitalizirane intervencije celo na daljavo bodo zahtevale korenite spre-

membe obračunavanja. Vsak pavšalni sistem bo v doglednem času neuporaben. To velja tudi za obračunavanje po diagnozah, ki je sedaj v pripravi.

Obračunavanje po storitvah se je v Franciji zelo izkazalo. Posamezne specialnosti (oddelki) dobijo okoli 50 odstotkov denarja, ki so ga s storitvami "zaslužile". S tem denarjem plačujejo kadre, vzdržujejo obratovanje oddelka in obnavljajo opremo. Enote, ki imajo premalo storilnosti in dobivajo premalo sredstev, se morajo zmanjšati ali celo ukiniti. Taka avtomatična regulacija preprečuje kopičenje odvečnih kadrov, nepotrebnih oddelkov in celo bolnišnic. To se je izkazalo, ko je usahnila tuberkuloza. Okoli Pariza je bilo sredi preteklega stoletja blizu 30.000 postelj za tuberkulozne bolnike. Ko tuberkuloze ni bilo več, so se te bolnišnice avtomatično preusmerile v domove za onemogle, v ustanove za rehabilitacijo ipd.

Sodim, da je dovolj argumentirano dejstvo: ob ustrezni reorganizaciji zdravstva in smotrni razporeditvi zdravnikov dodatnega nameščanja ali celo uvoza zdravnikov ne potrebujemo. Naše finančno stanje tega ne dopušča, saj so skoraj vse zdravstvene ustanove že sedaj v rdečih številkah. Prav tako je globalno višanje plač in honorarjev že sedaj finančno neizvedljivo. Država drsi v recesijo. Ko bomo v EU, bo naš ekonomski položaj še slabši. Neodgovorno je, da z nemogočimi zahtevami dodatno bremenimo zaskrbljujočo ekonomsko situacijo. Prav bi bilo, da racionaliziramo izdatke, ne le na materialnih in investicijskih, temveč tudi na personalnih področjih. M. Zupanič (4) v svojem poročilu citira predsednika Zbornice, mag. Bitenca: "... prekomerno obremenjenih je približno 20 odstotkov zdravnikov ..." S premišljenim, selektivnim honoriranjem preobremenjenih strok, redukcijo nepotrebnih dežurster in ukinitvijo odvečnih ambulant se da marsikaj smotrno prihraniti.

Ne prevelika obremenitev, premajhna angažiranost ogroža strokovnost

Če bi število zdravnikov pomembno povišali, bi to neizogibno znižalo strokovno raven naše medicine, posebej kirurških strok. Naj to dokazem na primeru celjske urologije. Podatke sem vzel iz letnega poročila bolnišnice 1993, ko je bilo precej več transuretralnih resekcij (TUR) prostate, ker se še ni uveljavilo uspešno medikamentozno zdravljenje.

Celjski urološki oddelek je imel leta 1993 pet zdravnikov, od teh enega specializanta. Izvedli so vsega 695 operacij, od tega 42 hernij, 298 fimoz, 22 meatotomij, 25 operacij frenulum breve, 36 arteriovenskih fistul in 28 orhiektomij. Če odštejemo teh 78 kirurških in 373 malih uroloških posegov, ostane večjih odprtih uroloških operacij 244. K temu je treba prišteti 503 TUR. Torej je bilo večjih uroloških operacij 747 plus 11.045 cistoskopij. Če dodamo 11.500 ambulantnih pregledov in to delimo na pet zdravnikov, pride na enega zdravnika 50 odprtih operacij, 100 TUR in 210 cistoskopij. Že to je premalo za operaterja. Če pa vemo, da glavnino večjih operacij in TUR operira predstojnik, ostane ostalim urologom še znatno manj posegov. To je premalo že za kvalificiranega urologa, kaj šele za specializanta. Po programu, predpisanem za specializacijo, bi specializant moral podvojiti čas specializacije na urologiji v Celju, da bi zadostil predpisom. V Sloveniji ima poleg Ljubljane, Maribora in Celja le slovenjgraška urologija zadosten dotok bolnikov, da zmore vzgojiti enega specializanta. Na ostale bolnišnice gravitira premalo bolnikov, da bi en urolog opravil vsaj toliko večjih operacij, da bi

zadržal potrebno operativno spretnost. Že v Celju je 5 urologov gornja meja. Delo opravijo le tako, da posluje ambulanta od jutra do večera, da je popoldanska ambulanta posebej plačana in da se predvidene proste ure po dežurstvu urologom plačajo. Več urologov ne bi opravilo niti minimuma potrebnih operacij za ohranitev operativne spretnosti, en ali dva urologa pa bi bila znatno dražja kot plačilo današnjih nadur.

Do podobnega zaključka je prišel S. Herman v prispevku "Koliko si res želimo manj delati" (8). Na kliničnem oddelku za travmatologijo je 22,5 specialistov. Leta 2000 so opravili 18.000 manjših posegov in 3.375 večjih operacij. Vsak specialist je opravil 150 večjih operacij v letu ali 3 na teden. Če bi hoteli uvesti sindikalni delovni čas, bi potrebovali 40 specialistov. Pri enakem številu operacij bi vsak opravil 84 večjih posegov na leto ali 1,3 na teden. Bo to dovolj, da bo ohranil sposobnost izurjenega operaterja? Pogoji za pristop k specialističnemu izpitu je 600 operacij v 6 letih. Če bi prišlo na specializanta enako število operacij kot na specialista, bi specializacija trajala dobrih 8 let. Če se bo to uveljavilo, bodo operaterji bistveno manj usposobljeni (tj. varni) kot sedaj.

Enako je presojati ustanovitev medicinske fakultete v Mariboru. Dva milijona Slovencev ne potrebuje, pa tudi ne more razvijati in vzdrževati dveh tako zahtevnih fakultet. Že bazični inštituti ljubljanske fakultete komaj životarijo. Nekateri, nameščeni v vojašnici iz 19. stoletja, nimajo sredstev niti za sodobno raziskovalno delo (15, 16, 17). Ljubljanski inštituti se ne morejo meriti z zamejskimi. Kako bodo finančno, lokacijsko in kadrovsko razvili inštitute v Mariboru, kako jih bodo financirali, če tega še v Ljubljani ne zmorejo? Kaj hočemo ponoviti to, kar smo doživljali v Ljubljani od ustanovitve štirih semestrov medicinske fakultete leta 1919 do sredine dvajsetega stoletja? Takrat smo se borili za slovensko univerzo ob zelo slabih pogojih. Danes univerzo imamo, argumenti za drugo pa so neprepričljivi in lokalistični, v kolikor gre za popolno fakulteto z vsemi predkliničnimi inštituti. Ohranimo in razvijmo predklinične inštitute v Ljubljani, klinični predmeti pa naj se poučujejo poleg Ljubljane v Mariboru in posamezni morda še kje. To ponavljam, ker sodim, da bi visoka raven naše klinične medicine omogočila študentom kakovosten pouk ob bolniški postelji, kar bi znatno dvignilo znanje mladih zdravnikov. Učne bolnišnice bi dobile svoje univerzitetne klinične oddelke in univerzitetne učitelje.

Vstopamo v EU in paziti moramo, da bomo stopili vanjo pripravljeni in sposobni za trdo rivalstvo, ki nas čaka. Le če bomo racionalno združili in smotrno usmerili naše skromne zmogljivosti, se bomo uveljavili v okolju razvitih ustanov in univerz. Nova fakulteta v Mariboru bo kvečjemu visoka šola za šolanje zdravnikov, stagnirala pa bo tudi ljubljanska, saj za inštitute dveh fakultet nimamo ne sredstev ne kadrov. Pravijo: potrebna je konkurenca! Če si konkurirata dva siromaka, noben ne bo postal bogataš.

Zaključek

Slovenija ima dovolj zdravnikov, če so ti smotrno razporejeni in pripravljeni za svoj poklic tudi nekaj žrtvovati. Tu ne mislim na abstraktne pisarije o etiki ipd., temveč na konkretno delo tudi preko obveznega delovnega časa, pa tudi na izpopolnjevanje v prostem času, čeprav brez honorarja. Ne preutrujenost, temveč neznanje je vzrok zdravniškimi napakam. Medicina je izkustvena veda. Zdravnik, posebej operater, mora imeti dovolj kazuistike, da ne le

ohranja znanje, temveč tudi napreduje v svoji strokovni kakovosti. Za zdravnika je bolj škodljivo premalo kot preveč dela. Zdravniške organizacije in zdravniški lobiji, ki se zavzemajo za večanje števila zdravnikov, delajo našemu stanu in našim bolnikom medvedjo uslugo. Že sedaj je zaposlovanje in celo uvoz novih zdravnikov ob sočasnem dviganju honorarjev ekonomsko neizvedljivo in strokovno škodljivo. Ko bomo v EU, bodo naše finančne zmogljivosti še skromnejše. Zadnji čas je, da se s smotrnimi ukrepi pripravimo na trdo prihodnost. Ne gradimo gradov, ki jih ne bomo mogli vzdrževati. Skrajni čas je, da odvečne bolnišnice opustimo in jih preusmerimo v negovalne bolnišnice. Prav bi bilo tudi, da pravočasno razvijemo eno medicinsko fakulteto za vso Slovenijo. Naš ekonomski in strokovni potencial je komaj zadosten, da bi mogli razviti vse potrebne bazične inštitute za predklinične predmete na enem mestu, če bi hoteli doseči njihovo ustrezno strokovno raven. Za klinične predmete imamo dovolj ustreznih strokovnjakov in bolnišnic, da bi izvajali kakovostnejši študij teh predmetov po zahtodnem vzorcu ob bolniški postelji. Te ustanove bi bile v Ljubljani in Mariboru, posamezni predmeti pa morda še kje. Vsi skupaj bi tvorili eno fakulteto z istim učnim programom in študijskim režimom. To je moja utopija, čeprav bi bila strokovno in finančno racionalna. Pariz ima le eno "faculté de médecine", pa na desetine učnih klinik. Pri današnjih komunikacijskih možnostih je dvamilijonska Slovenija (petkrat manjša od Pariza) skoraj eno mesto. Le če bi opustili pretirane lokalistične in egocentrične ambicije, bi se mogli kot mini deželica ohraniti v globalni Evropski uniji. Ne pozabimo, da smo se komaj izvalili iz jajca, da smo še vedno le piščanček, ki obstaja, če mu veliki to dopuščajo. Priznane univerze, na katere gravitirajo prebivalci več Slovenij, kupujejo sposobne strokovnjake, da držijo ustrezno raven med sebi enakimi. Mi, obrobni Slovenci, pa naj bi med dvema milijonoma manj razvitih dobili dovolj kakovostnih strokovnjakov za dve fakulteti? ■

Viri:

1. Stamejčić D.: Anesteziologi zasuti z delom. Delo, 20. 2. 2003. Citira dr. Vrabla.
2. Šusteršič Z.: Perspektive naše zdravstvene politike, Delo 19. 3. 1994, citat prof. Pegana.
3. Kordaš M.: Čez 50 let. Isis X (2001), št. 1: 7-8.
4. Zupanič M.: Utrujeni in nezadovoljni. Delo, 2l. 2. 2003, citati Poredosa, Bitenca, Kuštrina.
5. Borovac V.: Nepremakljiva trdnjava nedotakljivih. Delo, SP, 25. 1. 2003.
6. Fortuna M.: Ključna je drugačna organizacija zdravstva. Delo, 16. 1. 2003.
7. Remškar J.: Razmeram v zdravstvu ob rob. Delo, 7. 2. 2003.
8. Herman S.: Koliko si res želimo manj delati? Isis XII (2003), št. 2: 113-114.
9. Šusteršič Z.: Ekonomska kriza in zdravstveno varstvo. Teorija in Praksa 26 (1989): 422-427.
10. Šusteršič Z.: Travmatološka služba v Sloveniji. Celjski zbornik 1968: 79-100.
11. Šusteršič Z.: Pismo glavnemu in odgovornemu uredniku Isis XI (2002), št. 6: 149-150.
12. Klun B.: Brezposelnost zdravnikov v Avstriji. Isis X (2001), št. 11: 30.
13. Bitenc, Kuštrin, Toplak, Vrhunec: Radio SLO I, Studio ob 17.00, 14. 3. 2003.
14. Nomenklatura zdravstvenih storitev operativnih strok in faktorska razmerja. Ur. list SRS, december 1971.
15. Kordaš M.: Akademiki o pobudi za novo medicinsko fakulteto. Delo, SP, 7. 2. 2003: 31.
16. Kordaš M.: Samo kratek račun. Isis XI (2002), št. 4: 43-44.
17. Reportaža o sklepu Zdrav. sveta: za novo fakulteto. Delo 13. 4. 2003, citat J. Mencingerja in J. Prašnikarja.



Fidesova izjava za javnost o problemih v zdravstvu

Glavni odbor Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, je na svoji redni mesečni seji obravnaval vladne predloge za novo kolektivno pogodbo za javni sektor. Pri tem je izrazil dvom, da bodo pogajanja uspešno zaključena v predvidenem roku.

Glavni odbor je obravnaval tudi pereč problem dežurstev v povezavi z zadnjo novelo k zakonu o zdravniški službi. Na osnovi poročil članov glavnega odbora iz splošnih bolnišnic in zdravstvenih domov izhaja, da se zagotavljanje 24-urnega zdravstvenega varstva na način, kot je zapisan v zakonu, v praksi ne da izvesti v celoti. Zdravniki še vedno delamo nezakonito, torej brez soglasij. Delo po zakonu bi v času poletnih počitnic pomenilo takojšnji zlom sistema zdravstvenega varstva.

Medtem je skupščina Zdravniške zbornice na 39. seji 24. aprila 2003 sprejela sklepe v petih točkah.

Glavni odbor posebej opozarja na z analizo ugotovljeni realni padec zdravniških plač v obdobju od 2000 do 2002. Povprečna bruto plača zdravnika v primerjavi s povprečno bruto plačo v Sloveniji je namreč v omenjenem obdobju padla za 7 odstotkov.

Hkrati zdravniški poklic prehaja v obdobje, ko ima vse slabše pogoje za delo, obenem pa prevzema vse večjo odgovornost in izpostavljenost v družbi.

Glavni odbor v celoti podpira sklepe 39. seje skupščine Zdravniške zbornice in terja od odgovornih v državi takojšnji odgovor in ustrezno ukrepanje.

V primeru, da bodo ob izpostavljenih problemih v zdravstvu politiki še naprej tiščali glave v pesek, bo Fides jeseni pričel z ustreznimi opozorilnimi dejanji.

V Ljubljani, 14. maja 2003

*Konrad Kuštrin, dr. med.
Predsednik sindikata Fides*

Pismo Fidesa predsedniku Slovenskega zdravniškega društva

Glavni odbor Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, ugotavlja, da bo kmalu minilo že leto dni od skupnega sestanka vodstev vseh treh zdravniških organizacij v Bohinju. Po skupnem dogovoru bi morale vse organizacije podpisati poslovnik o sodelovanju. Glavni odbor ugotavlja, da do tega podpisov s strani Slovenskega zdravniškega društva še ni prišlo.

Menimo, da so razmere v zdravstvu takšne, da je na nekaterih področjih še vedno nujno enotno in usklajeno delovanje vseh treh zdravniških organizacij. S poslovnikom želimo le zavezati vse tri zdravniške organizacije, predvsem pa tiste, ki jih predstavljajo, da se

skupaj opredeljujejo do problemov zdravništva in aktualne zdravstvene politike. Za takšen skupen nastop ni potrebno ustanovljati "nove organizacije", kot ste predlagali v aktu o ustanovitvi koordinacije zdravniških organizacij z dne 24. marca letos.

V pričakovanju skorajšnjega podpisa poslovnika, ki sta ga Fides in Zdravniška zbornica že podpisala, te lepo pozdravljam.

V Ljubljani, 14. maja 2003

*Konrad Kuštrin, dr. med.
Predsednik Fidesa*

Pismo Fidesa predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije

Glavni odbor Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, se je seznanil z razpravo na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 24. aprila 2003. Glede na stališče Zdravniške zbornice Slovenije, izraženo v pozivu vsem zdravnikom, članom Zdravniške zbornice glede dajanja soglasij za delo

preko polnega delovnega časa, glavni odbor Fidesa pričakuje, da se bo v nadaljevanju skupščina 22. maja do tega problema opredelila in sprejela konkretne sklepe.

V Ljubljani, 14. maja 2003

*Konrad Kuštrin, dr. med.
Predsednik Fidesa*

Navodila za oglaševanje na rumenih straneh:

Vsak prireditelj zdravniškega srečanja, seminarja, konference idr. ima pravico do dveh brezplačnih objav.

Za prvo obvestilo, v katerem najavi prireditev nekaj mesecev vnaprej, je na voljo četrtina strani, za objavo podrobnega programa seminarja ali simpozija pred srečanjem prostor ni omejen. Da bi bile informacije čim bolj natančne in brez napak, vljudno prosimo, da prireditelji izpolnijo obrazec, ki je objavljen na zadnji strani koledarja. Objavljali bomo le tista obvestila in programe, ki jim bo priložen izpolnjen vprašalnik, da bo podatke mogoče vnašati v koledar.

Rok za oddajo gradiva v uredništvu je 10. v mesecu za objavo v številki, ki izide prvega v naslednjem mesecu.



Zdravniška zbornica Slovenije

organizira delavnico s temo

SVOBODNI ZDRAVNIK SPECIALIST

Hotel Slovenija, Portorož

12.–13. junij 2003

PROGRAM

Četrtek, 12. junija 2003

- 14.00–14.20 Pozdravni govori: asist. mag. **Marko Bitenc**, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, prof. dr. **Dušan Keber**, dr. med., minister, Ministrstvo za zdravje
- 14.20–15.00 **Zoran Erjavec**, dr. med. (NL): **Svobodni zdravnik specialist - nizozemska izkušnja** (Neposredna izkušnja takega načina delovanja – pogled zdravnika, socialnoekonomska varnost svobodnih zdravnikov specialistov, uporaba medicinske opreme in drugega materiala, odnosi z drugimi zdravstvenimi delavci, davčna ureditev.)
- 15.00–15.40 **Zoran Erjavec**, dr. med. (NL) – namesto g. H. Vermeulen: **Regulacija svobodnih poklicev na Nizozemskem** (Delovanje organizacije Orde glida medicinskih specialistov, pogodba, ki jo sklepajo svobodni

zdravniki specialisti, plačilo za opravljanje storitve (plačilni sistem), evidentiranje storitev, organizacija svobodnih zdravnikov specialistov in dogovarjanje z managementom, davčna ureditev.)

- 15.40–16.10 Odmor
- 16.10–16.50 **G. Ponsioen** (NL), direktor bolnišnice Delfzicht: **Razmerje med bolnišnico in svobodnimi zdravniki specialisti** (Neposredna izkušnja takega načina delovanja, organizacija in pogodba.)
- 16.50–17.30 **G. B. Geertsma** (NL), account manager Geove zavarovalnice: **Razmerje med zavarovalnico in svobodnimi zdravniki specialisti - nizozemska izkušnja** (Neposredna izkušnja takega načina delovanja, pogodba, način plačevanja, evidentiranje storitev.)
- 17.30–19.00 Razprava
- 20.00 Večerja

Petek, 13. junija 2003

- 9.00–9.20 Asist. mag. **Marko Bitenc**, dr. med., prim. **Andrej Možina**, dr. med.: **Razlogi za uvedbo svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji** – pričakovana tveganja ter pričakovani pozitivni učinki
- 9.20–9.40 **Dorjan Marušič**, dr. med., univ. dipl. inž.: **Ministrstvo za zdravje želi svobodnega zdravnika specialista v slovenskem zdravstvenem sistemu**
- 9.40–10.30 **Bojan Korošec**, dr. med., **Miran Rems**, dr. med., prim. mag. **Brane Mežnar**, dr. med., doc. dr. **Radko Komadina**, dr. med., svetnik, **Tomaž Gantar**, dr. med.: **Pogled managementa na možnosti uvedbe svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji**
- 10.30–10.50 **Bojan Popovič**, dr. med., univ. dipl. prav., **Tadej Gale**, univ. dipl. prav.: **Pravna ureditev svobodnih poklicev v Sloveniji in pravne možnosti za uvedbo svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji**
- 10.50–11.20 Odmor
- 11.20–11.40 **Borut Miklavčič**, univ. dipl. pol., **Martin Toth**, dr. stom.: **Pogled Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na možnosti uvedbe svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji**

- 11.40–12.00 Dušan Čebohin, univ. dipl. inž. (zavarovalnica Adriatic): Možnosti ureditve odnosa med svobodnim zdravnikom specialistom in zavarovalnicami
- 12.00–12.20 Predstavniki Vzajemne zavarovalnice: Pogled Vzajemne zavarovalnice na možnosti uvedbe svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji
- 12.20–12.40 Konrad Kuštrin, dr. med.: Pogled sindikata Fides na možnosti uvedbe svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji
- 12.40–14.00 Razprava, zaključki delavnic

Predavali bodo ugledni nizozemski in slovenski strokovnjaki s področja medicine, prava, zavarovalništva in managementa. Na delavnici bomo skušali udeležencem s teoretičnimi izhodišči in praktičnimi primeri pomagati pri ovrednotenju pomena poklica zdravnika kot svobodnega specialista. Glede na trenutno podhranjenost slovenskega zdravstvenega sistema z vrhunskimi zdravniki specialisti je tako kratkoročno kot srednjeročno najbolj realno pričakovati, da bo možno zagotavljati vsem prebivalcem Slovenije 24-urno učinkovito in varno zdravstveno varstvo le z uvedbo novih možnosti delovnopravnega položaja zdravnikov. Ena od najbolj primernih oblik je uvedba instituta "svobodnega zdravnika specialista". Na ta način izstopi iz sistema, kjer je obravnavan kot javni uslužbenec, v sistem svobodnega poklica, kar je zdravniški poklic že od nekdaj bil.

Kotizacija: cena kotizacije dvodnevnega izobraževanja in gradiva je 30.000,00 SIT, (DDV je vračunan v ceni) in jo je treba plačati pred prijavo na transakcijski račun Zdravniške zbornice Slovenije štev.: 02014-0014268276, tako da hkrati s prijavnico pošljete potrdilo o plačilu.

Prijave: tajništvo Zdravniške zbornice Slovenije, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, tel.: 01-30 72 100, faks: 01-30 72 109, e-pošta: zdravniska.zbornica@zzs-mcs.si; oziroma pisno s priloženo prijavnico.

Informacije: g. Tadej Gale, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije, tel.: 01 30 72 125, e-pošta: tadej.gale@zzs-mcs.si

Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p.p. 1630
1001 Ljubljana

PRIJAVNICA

Ime in priimek udeleženca:

.....

Ulica in hišna številka:

.....

Podjetje/zavod:

.....

(popolni naziv, kot v registraciji)

Ulica in hišna številka

.....

Poštna številka Kraj

Davčna številka Zavezanec za DDV: DA NE

Kotizacija 30.000,00 SIT (DDV je vračunan v ceni) na vsakega udeleženca. Prosimo, da jo nakažete na TR Zdravniške zbornice Slovenije, štev.: 02014-0014268276.

V....., dne 2003

Podpis in pečat

Združenje medicine dela, prometa in športa

prireja strokovno srečanje na temo

ZDRAVNIKI IN NOVA ZAKONODAJA - ZAKON O DELOVNIH RAZMERJIH, ZAKON O POKOJNINSKEM IN INVALIDSKEM ZAVAROVANJU

Zdravilišče Laško

6.-7. junij 2003

PROGRAM:

Petek, 6. junija 2003

- 15.30–16.30 Borut Brezovar, univ. dipl. prav.: Zakon o delovnih razmerjih
- 16.30–17.30 Okrogla miza o sodelovanju specialistov medicine dela in inšpektorjev za delo (vodi prim. doc. dr. Marjan Bilban)
- 18.00–19.00 Redna skupščina Združenja
- 20.00 Svečana večerja

Sobota, 7. junija 2003

- 9.00–9.45 Miran Kalčič, univ. dipl. prav.: Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju
- 9.45–10.30 Gabrijela Dšuban, dr. med.: Izvedenci na invalidskih komisijah in nov način dela
- 10.30–11.30 Okrogla miza o sodelovanju osebnih zdravnikov in specialistov medicine dela z izvedenci invalidskih komisij (vodita: prim. Tatjana Šilc in mag. Stanislav Pušnik)

Število udeležencev: ni omejeno.

Kotizacija: 30.000,00 SIT (DDV je vključen), vključuje predavanja, knjigo Medicina dela za zdravnike družinske medicine in svečano večerjo. Račun s položnico bo izstavljen po srečanju.

Informacije: ga. Maja Kmecl, Zdravilišče Laško, tel.: 03 73 45 290, faks: 03 73 45 298; e-pošta: seminar@zdravilisce-lasko.si

Rezervacija prenočišč v Zdravilišču Laško, ga. Maja Kmecl, tel.: 03 73 45 290.

WONCA EUROPE 2003

9th CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE
The Future Challenges of General Practice/Family Medicine
June 18—21 CANKARJEV DOM LJUBLJANA, SLOVENIA
<http://www.woncaeurope2003.org>



**WONCA REGION EUROPE IN
SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE**
organizirata

9. KONFERENCO EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA SPLOŠNO/ DRUŽINSKO MEDICINO (EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDICINE) – WONCA EUROPE 2003

IZZIVI PRIHODNOSTI SPLOŠNE/DRUŽINSKE MEDICINE

Cankarjev dom, Ljubljana, Slovenija
18.–21. junij 2003

Uprava konference

Konferenco WONCA EUROPE 2003 Evropskega združenja za splošno/družinsko medicino – WONCA Region Europe (ESGP/FM) organizira Slovensko združenje zdravnikov družinske medicine v skladu s sporazumom z ESGP/FM.

Organizacijski odbor: doc. dr. Janko Kersnik, dr. med. – predsednik; Dean Klančič, dr. med. – generalni sekretar; Marko Kocijan, dr. med.; Nena Kopčavar Guček, dr. med. – predsednica odbora za družabni program; Davorina Petek, dr. med.; Tonka Poplas Susič, dr. med. – predsednica odbora za finance; Milan Rajtmajer, dr. med.; asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med. – predsednica odbora za stike z javnostmi; Irena Vatovec Progar, dr. med.; asist. mag. Gojimir Žorž, dr. med.; asist. mag. Gordana Živčec Kalan, dr. med.; prof. Chris van Weel, ESGP/FM WONCA Liaison

Znanstveni odbor: asist. Mateja Bulc, dr. med.; asist. mag. Štefek Grmec, dr. med.; doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.; prim. doc. dr. Marko Kolšek, dr. med.; asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.; izr. prof. dr. Igor Švab, dr. med. – predsednik odbora znanstvenega programa

Skupina za mednarodno svetovanje: Dominique Huas, Francija; Luis Pisco, Portugalska; Joachim Szecsenyi, Nemčija; Adam Windak, Poljska

Sekretariat konference: ga. Tea Alič, ga. Ana Artnak, ga. Zvonka Šabec

Draga kolegica, dragi kolega,

v čast mi je, da vas lahko povabim k sodelovanju na Konferenci evropskega združenja za splošno/družinsko medicino – WONCA Region Europe. Konferenca bo potekala od 18. do 21. junija 2003 v Ljubljani. Dogodek bo priložnost za srečanje s prijatelji na stičišču vzhoda in zahoda, severa in juga ter za proučevanje izzivov prihodnosti našega poklica in spreminjajočega se sveta. Razen vodilne teme konference »**Izzivi prihodnosti splošne/družinske medicine**« bo tekla razprava še o nekaterih drugih temah – težave življenjskega sloga, akutni problemi, komunikacija s pacienti, nove tehnologije, kakovost in humor v medicini so bile izbrane kot vodilne teme konference. Vabljeni plenarna predavanja, simpoziji, delavnice, demonstracije, samostojni prispevki in razstave posterjev bodo ponujale širok spekter tem za zanimive znanstvene izkušnje udeležencev.

Program je skrbno pripravil programski odbor, pomagala mu je skupina za mednarodno sodelovanje, ki vključuje mrežne organizacije ESGP/FM, in sicer EURACT, EGPRW in Equip. Razen tega je program nastal na osnovi posvetovanj s predstavniki strokovnih združenj, organizacijama EUROPREV in EURIPA, da bi pritegnili prispevke o najnovejših in najbolj vročih kliničnih izledkih v družinski medicini. Z vašim prispevkom se bo konferenca razvila v forum za izmenjavo informacij o najboljšem razvoju v poklicu. Zato vas vabimo tudi, da predstavite zgodbo o svojem uspehu v eni od predlaganih tem na forumu mrežnih organizacij ali v okviru samostojnih prispevkov. Čas bomo posvetili tudi osebnim izkušnjam zdravnikov splošne prakse, ki bodo imeli priložnost povedati svojo zgodbo na koncu vsakega dne.

V imenu Združenja se veseliva vašega prihoda na konferenco WONCA Europe 2003 v Sloveniji od 18. do 21. junija 2003!

Igor Švab
Predsednik odbora za
znanstveni program

Janko Kersnik
Predsednik organizacijskega
odbora

Znanstveni program

Mednarodna konferenca združuje mnoge vodilne svetovno ugledne strokovnjake v razpravo o napredku in uporabi za zdravniško medicino. Srž konference je posvečanje praktičnim in ekonomskim temam in izzivom prihodnosti družinske medicine in družinskega zdravnika, ki bodo ponudili uporabne informacije za takojšnje koristi tudi vam.

Naš cilj je optimističen, konferenca, ki bi prenesla sporočilo, da splošna praksa ni le zelo pomembna disciplina, polna znanstvenih izzivov, temveč ponuja obetavno kariero zlasti mladim zdravnikom.

Konferenca se bo osredotočila na zdravstvene probleme prihodnosti, orodja splošnega zdravnika v prihodnosti in vlogo splošnega zdravnika in splošne prakse v prihodnosti. Konferenca WONCA 2003 bo zajemala plenarne predstavitve, vabljenja predavanja, ustno komunikacijo, predstavitve na posterjih in delavnice. Sami lahko dejavno prispevate h konferenci tako, da pošljete izveček.

Teme konference

Vodilne teme konference so:

- Težave življenjskega sloga v splošni/družinski medicini
- Akutni problemi v splošni/družinski medicini
- Komunikacija s pacienti
- Nove tehnologije
- Kakovost na primarni ravni
- Humor v splošni praksi

Struktura

Konferenca bo trajal tri dni, od srede, 18. junija, do sobote, 21. junija 2003. Znanstveni program bo razdeljen na tematska predavanja, seminarje, predstavitve na posterjih, delavnice in okrogle mize.

PRELIMINARNI PROGRAM

	18. junij	19. junij	20. junij	21. junij
		PROBLEMI	REŠITVE	VLOGA
8.00-8.30		Registracija Pripravljanje posterjev	Registracija Pripravljanje posterjev	Registracija Pripravljanje posterjev
8.30-10.00	Predkonferenčni program	TEMA 1	TEMA 3	TEMA 5
		TEMA 2	TEMA 4	TEMA 6
10.00-10.30		Odmor za osvežitev in razstava	Odmor za osvežitev in razstava	Odmor za osvežitev in razstava
10.30-12.00	PRIHOD IN REGISTRACIJA	VZPOREDNO	VZPOREDNO	VZPOREDNO
12.00-13.30		Kosilo in razstava	Kosilo in razstava	Kosilo in razstava
13.30-15.00		VZPOREDNO	VZPOREDNO	VZPOREDNO
		Odmor za osvežitev in razstava	Odmor za osvežitev in razstava	Odmor za osvežitev in razstava
15.00-16.00		VZPOREDNO	VZPOREDNO	VZPOREDNO
16.30-17.30		FORUM 1 ZGODBA ZDRAVNIKA DM	FORUM 2 ZGODBA ZDRAVNIKA DM	FORUM 3 ZGODBA ZDRAVNIKA DM
17.30-19.00		SATELITSKI SIMPOZIJI	SATELITSKI SIMPOZIJI	SATELITSKI SIMPOZIJI
19.00	ODPRTJE			
20.00	SPREJEM	Družabni dogodek	Poslovilna zabava	Odhod

Satelitski simpoziji lahko potekajo med kosilom in v poznih večernih urah.

Razstave bodo odprte od srede do sobote od 8.00 do 19.00.

Vsi odmori za kosilo in kavo bodo potekali v kongresnem centru.

Tematska predavanja

Dve 30-minutni predavanji bosta predstavili temo dneva. Sledila bodo naslednja tematska predavanja:

Tema 1:	Iona Heath, Velika Britanija	Etične dileme v splošni praksi
Tema 2:	Chris van Weel, Nizozemska	Biološke meje medicinskih posegov
Tema 3:	Branko Česnik, Avstralija	Moderna tehnologija v splošni praksi
Tema 4:	Bernard Gay, Francija	Genetika kot orodje v splošni praksi
Tema 5:	Barbara Starfield, ZDA	Družinska medicina: mesto za koordinacijo kakovosti oskrbe bolnikov
Tema 6:	Christina Fabian, Italija	Enake možnosti v družinski medicini

Paralelna predavanja

Paralelne seje bodo organizirane kot ustne predstavitve. Seja sestoji iz 90-minutnih enot, ki bo zajemala do šest ustnih predstavitev na sejo ali 10 kratkih ustnih predstavitev posterjev.

Pripravljene bodo tri vrste sej:

- Tematske seje bodo organizirane v skladu s temami konference.
- Proste teme bodo organizirane v skladu s prispevki v enotah z bistvenimi predmeti obravnave.
- Mrežne seje bodo organizirale mrežne organizacije in se bodo pri tem držale formata, kot ga določajo mreže.

Posterji

Posterji bodo na ogled vsak dan v času razstave. Avtorji bodo med odmori na voljo za razprave.

Forum

Okrogle mize bodo organizirane kot razprave o temah, pomembnih za splošno prakso.

Zgodbe zdravnikov DM

Zgodbe iz splošne prakse bodo organizirane kot plenarne predstavitve osebnih izkušenj iz splošne prakse. Predlagane teme so:

- zdravnik DM na vrhu sveta
- humor v splošni praksi
- jaz in moj zdravnik DM

Uradni jezik

Uradni jezik konference bo angleščina. Simultanega prevajanja ne bo.

Navodila za pripravo izvečkov

Znanstveni odbor vabi vaše predloge za predstavitve, posterje, delavnice in simpozije. Izveček naj bo kratek povzetek vaše predlagane predstavitve, naj ne bo daljši od 250 besed. Napisan naj bo v angleščini in oddan elektronsko, tako da izpolnite elektronski obrazec za oddajo izvečkov na konferenčni spletni strani:

<http://www.woncaeurope2003.org/frames.htm>

Na obrazcu pazite, da za kontaktne informacije navedete tudi osebo, ki bo predstavila vaše delo. Označite tudi prednostno razvrstitev teme in vrsto predstavitve (ustno, postersko, postersko s kratko ustno predstavitvijo, delavnica ali simpozij). Več informacij najdete na spletni strani.

Informacije za govornike

Predstavitve

V skladu z vrsto prispevka bo vsak govornik imel čas za:

tematska predavanja: 25 minut za predstavitev in 10 minut za razpravo, ustne predstavitve, izbrane izmed oddanih izvečkov: 10 minut in 5 minut za razpravo, kratke ustne predstavitve posterjev: 5 minut za predstavitev in 5 minut za razpravo, delavnice: od 60 do 90 minut.

Za predstavitev posterjev bo dodeljen prostor. Razprave o posterjih bodo tekle med posterskimi predstavitevami in odmori. Avtorje prosimo, da so prisotni pri svojem panoju za odgovore na morebitna vprašanja in nadaljnje informacije.

Projekcijski pripomočki

Na konferenci bodo na razpolago diaprojektorji in projektorji za prosojnice ter podatkovni projektor za računalniško predstavitev. Videoprojektorji bodo na razpolago le na pisno prošnjo. Prošnjo pošljite na sekretariat WONCA mesec dni pred začetkom.

Govornike prosimo, da svoj material (slike, diskete, videokasete) oddajo v predogled vsaj dve uri pred začetkom seje, v katero je dodeljen njihov prispevek.

Priprava diapozitivov

Udeležencem bo na voljo enojna projekcija (standardni okvir 50 x 50 mm). Priporočamo, da uporabite okvirčke s steklom. Prosimo, ne uporabljajte kartonskih okvirčkov. Diapozitivi morajo biti oštevilčeni in razvrščeni po vrstnem redu. Če naj bo diapozitiv prikazan več kot enkrat, prosimo, pripravite dvojnik.

Posterji

Posterji bodo razstavljeni v kongresnem centru, razprava o njih bo tekla med odmori. Nekateri avtorji bodo povabljeni, da svoje posterje predstavijo tudi ustno na predavanju. Na voljo bodo imeli 5 minut za predstavitev, en diapozitiv in 5 minut za razpravo.

Navodila za pripravo posterja

Posterje mora dostaviti avtor osebno in jih ne sme vnaprej pošiljati po pošti.

Zahtevane dimenzije so 0,95 m (širina) x 1,50 m (višina).

Ilustracije morajo biti narisane močno in jasno, tako da bo poster mogoče prebrati z razdalje 1,5 metra.

Na vrhu razstavnega prostora naj bo označeno naslednje: (a) naziv prispevka, (b) ime avtorjev, (c) zveza naj bo označena z mastnim tiskom, velikim približno 2,5 do 3 cm.

Razstava

Organizirana bo komercialna razstava z mednarodno predstavitevijo v povezavi s konferenco, kjer bodo predstavljeni najnovejši dosežki, literatura in oprema za tiste, ki jih to zanima.

Prijava

Rok za pred prijavo: 5. junij 2003. Prijava po tem datumu le na mestu samem v kongresnem centru.

Prijava je potrebna za vse udeležence, sodelujoče pri predstavitevah, študente in spremstvo. Prosimo, čimprej izpolnite in vrnite priloženo prijavnico na naslednji naslov:

WONCA 2003, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, faks: 01/24 17 296, tel.: 01/24 17 141, e-pošta: woncaregistration@cd-cc.si

Prijava je veljavna le, če se ob izpolnjeni prijavnici izvrši plačilo vseh stroškov (vključno s stroški za prijavo, izlete, posebne dogodke itd.).

Kotizacija

Organizatorji bi radi dali priložnost kolegom iz vseh evropskih držav in iz drugih delov sveta, da se udeležijo 9. KONFERENCE EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA SPLOŠNO/DRUŽINSKO MEDICINO (EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE) – WONCA EUROPE 2003 v Ljubljani od 18. do 21. junija 2003 po zmerni ceni, zato ponujamo različne možnosti plačila.

1. Pozna prijava:	plačano do 5. junija 2003
Neposredni člani WONCA	710 EUR
Udeleženci	730 EUR
Spremstvo	230 EUR
2. Prijava na mestu:	plačano po 31. maju 2003 na mestu prijave
Neposredni člani WONCA	750 EUR
Udeleženci	770 EUR
Spremstvo	250 EUR
3. Enodnevná prijava	350 EUR
4. Študenti*	498 EUR

Priporočamo hitro prijavo in plačilo.

* Kopijo potrdila o statusu študenta pošljite s prijavnico in pokažite na mestu prijave.

Prijavnina za udeležence zajema: priponko z imenom, konferenčno vrečko, vstop na znanstvene seje, program, knjigo izvlečkov, sprejem za dobrodošlico, osvežila (čaj, kava) med odmori, kosilo v škatli od srede do sobote.

Prijavnina za spremstvo zajema: priponko z imenom, otvoritveno slovesnost s sprejemom za dobrodošlico, voden ogled znamenitosti Ljubljane, voden izlet v Postojnsko jamo.

Prijavnina za študente zajema: priponko z imenom, vstop na znanstvene seje, program, knjigo izvlečkov, sprejem za dobrodošlico, osvežila (čaj, kava) med odmori, kosilo v škatli od srede do sobote.

Prosimo, upoštevajte, da **prijavnina ne vključuje nastanitve ali izbirnih družabnih dogodkov in izletov.** Zanje se obračunajo dodatni stroški in jih je treba rezervirati na ustreznem delu prijavnice.

Plačilo

Plačilo v EUR ali SIT – brez stroškov koristnika – lahko izvršite:

■ s čekom za Cankarjev dom

■ z bančnim nakazilom:

Naziv banke: NOVA LB, d. d.

Naslov: Trg republike 2, Ljubljana

Imetnik žiro računa: Cankarjev dom, Prešernova 10, Ljubljana

Številka žiro računa: 02922-0014004079

Pripis: WONCA

■ s kreditno kartico (Visa, Master Card, Eurocard, American Express)

■ plačilo na mestu samem

Pozor!

Vsa plačila naj imajo oznako »WONCA« in ime udeleženca ali spremstva.

Prosimo, pripnite bančno potrdilo o plačilu, ček ali kopijo bančnega nakazila k prijavnici in jo pošljite organizatorjem.

Pomembno!

Vsa plačila naj jasno navajajo ime plačnika ali spremstva.

Stiki in informacije:

Splošne informacije

C/o WONCA EUROPE 2003

Sekretariat

Kongresni in kulturni center "Cankarjev dom"

Prešernova 10

1000 Ljubljana

Tel.: 01/24 17 144

Faks: 01/24 17 296

E-pošta: wonca@cd-cc.si

<http://www.woncaeuropa2003.org>

Povpraševanja o nastanitvi, ekskurzijah, pred-in pokonferenčnih izletih in vse druge turistične informacije: KOMPAS, d. d., Pražakova 4, 1514 Ljubljana; faks: 01/20 06 436, tel.: 01/20 06 324, e-pošta: congresses@kompas.si

Povpraševanja glede konferenčnega znanstvenega programa: ga. Ana Artnak, Oddelek za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2118, 1104 Ljubljana; Tel.: 01/43 86 915, faks: 01/43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si

Pomembni roki:

Prijava na mestu samem: 18. junij 2003

**Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD,
Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete
Univerze v Ljubljani in
Klinični center Ljubljana**

organizirajo strokovno srečanje

BOLNIŠNIČNE OKUŽBE 2003

**1. predavalnica Kliničnega centra, Zaloška 7, Ljubljana
6. junij 2003**

PROGRAM:

- 8.00 Registracija udeležencev
9.00 Začetek srečanja
Aktualna tema: Epidemija SARS-a
9.15–9.35 M. Škerl, T. Lužnik Bufon, I. Klaus in sod.: Organizacija dela na področju obvladovanja okužb
9.35–9.55 T. Lužnik Bufon: Strokovne podlage za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb
9.55–10.15 I. Prelog, I. Štrumbelj: Delovanje na področju obvladovanja bolnišničnih okužb v regijski bolnišnici
10.15–10.35 G. Lešničar, T. Žohar Čretnik, A. Štorman in sod.: Organizacija izobraževanja na področju bolnišničnih okužb v celjski bolnišnici
10.35–10.55 Z. Kramar, M. Dolenc: Prikaz stroškov pri obravnavi bolnika z MRSA v Splošni bolnišnici Jesenice
10.55–11.00 Razprava
11.00–11.30 Odmor s kavo

11.30–11.50 I. Klavs, M. Škerl, T. Lužnik Bufon in sod.: Zaključki nacionalne prečne raziskave o bolnišničnih okužbah iz leta 2001
11.50–12.10 I. Muzlovič: Vpliv kolonizacije traheje na bolnišnično pljučnico
12.10–12.30 B. Kevorkijan Kotnik, A. Golle, S. Robnik Lorenčič in sod.: Pomen sodelovanja infektologa in kliničnega mikrobiologa v Splošni bolnišnici Maribor
12.30–12.50 M. Kerin Povšič, D. Musič: Okužba kirurške rane pri bolnikih v EIT na Onkološkem inštitutu Ljubljana
12.50–13.00 Razprava
13.00–14.00 Kosilo

14.00–14.30 Dias sekcija
L. Kompan, L. Gaspari, M. Dolinšek: Načela preprečevanja okužb pri žilnih pristopih
14.30–14.50 T. Lejko Zupanc, M. Müller Premru, T. Gabrijelčič: Okužbe pri kardiokirurških posegih
14.50–15.10 M. Pucer Kruljac, I. Trupac: Postopki za preprečevanje stafilokoknih okužb pri vsadkih
15.10–15.35 I. Drinovec, V. Tomič: Diagnostika bolnišnično pridobljene pljučnice
15.35–15.55 B. Vujkovic, I. Piltaver Vajdec: Okužbe pri dializnih bolnikih
15.55–16.05 Razprava
16.05–16.20 Odmor s kavo

16.20–16.40 J. Kolman, K. Seme, M. Škerl in sod.: Izolati MRSA iz nadzornih kužnin bolnikov iz KC Ljubljana

- 16.40–16.55 I. Grmek Košnik, M. Kavčič, A. Ihan in sod.: Združevanje nadzornih brisov na MRSA – rezultati raziskave
16.55–17.05 T. Lejko Zupanc, J. Kolman: Okužba z MRSA z zmanjšano občutljivostjo za glikopeptide – prikaz primera
17.05–17.15 M. Dolinšek, A. Krist, P. Zupančič in sod.: Izkušnje strokovnega nadzora na področju bolnišnične higiene v enotah intenzivne terapije KC Ljubljana v letih 2001 in 2002
17.15 Zaključek srečanja

Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, mikrobiologom in vsem, ki se ukvarjajo z bolnišničnimi okužbami.

Organizacijski odbor: prim. Tatjana Lužnik Bufon, dr. med., prim. Marjetica Škerl, dr. med., Mojca Dolinšek, prof. soc. ped., viš. med. ses., prof. dr. Marija Gubina, dr. med., Jana Kolman, dr. med.

Kotizacija znaša 15.000 SIT (brez DDV). Kotizacije ne plačajo upokojeni zdravniki in upokojeni člani Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije, dodiplomski in podiplomski študenti (izkazati se morajo z indeksom) in organizatorji.

Pisne prijave s podatki za izstavitve računa (točen naziv in naslov plačnika, davčno številko in oznako, da ste/niste davčni zavezanec, navedite tudi vašo telefonsko številko, številko faksa in e-naslov) pošljite na naslov: Tajništvo katedre, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, faks: 01 54 37 401. Vse dodatne informacije: Mihaela Oberdank Hrstar (e-naslov: mihaela.oberdank-hrstar@mf.uni-lj.si), tel.: 01 54 37 408.



Društvo za oživljanje kulturne podobe starega mestnega jedra
vabi na

ZDRAVNIŠKI KOMORNI KONCERT PRO MEDICO

v torek, 7. junija 2003, ob 19. uri

v cerkvi sv. Florijana, Gornji trg (ob poti na Ljubljanski grad)

Vstop prost



POKROVITELJ:
Kulturno-umetniško
društvo Kliničnega centra
in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher

SPONZORJI:

Zdravniška zbornica Slovenije
Slovensko zdravniško društvo
Zdravniško društvo Ljubljana
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Lek, d. d.
Bayer Pharma, d. o. o.
Župnišče sv. Jakoba

SPORED

F. Geminiani: Concerto grosso št. 2 v g-molu op. 3
Adagio Largo
Allegro Allegro

G. F. Händel: Arija iz opere Xerxes

Zdravniška glasbena komorna skupina PRO MEDICO

Janko Voljčanšek, bas

Vilim Demšar, viola, koncertni mojster

Marko Zupan, 1. violina

Miha Benedik, violina

Gregor Mavčič, violina

Kristina Gorjup, violina

Tomaž Velnar, viola

Tatjana Babnik Šoštarič, violončelo

Maja Goršin, violončelo

Tomo Havliček, kontrabas

Pavle Kornhauser, klavinova in klavir, umetniški vodja

Odmor s kavo

A. Borodin: Klavirski kvintet v c-molu

Andante

Scherzo

Finale

Pavle Kornhauser, klavir

Marko Zupan, violina

Miha Benedik, violina

Vilim Demšar, viola

Tatjana Babnik Šoštarič, violončelo

G. Gershwin: Iz opere Porgy and Bess

I Got Plenty o' Nuttin'

Bess, You is My Woman Now

Vlasta Rožman, sopran

Janko Voljčanšek, bas

Zdravniška glasbena komorna skupina PRO MEDICO

Jože Završnik, banjo

Boštjan Dimnik, klarinet

Po koncertu Zdravniška zbornica Slovenije – uredništvo revije Isis – vabi na prijeteljski klepet z zakusko ob siju bakel na kamnitih stopnicah baročne cerkve.

Športno društvo Medicus**Strelnska sekcija**

razpisuje

ODPRTO MEDNARODNO DRŽAVNO PRVENSTVO ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE V STRELJANJU S STANDARDNO ZRAČNO PUŠKO IN PIŠTOLO S SEMINARJEM NA TEMO: MEDICINA IN ŠPORT

Seminar in tekmovanje bo potekalo na strelišču v Piranu.

Registracija bo potekala v počitniškem domu Občine Železniki,
Prečna 4, Portorož.

Opis dostopa do strelišča dobite ob registraciji.

13.-15. junij 2003

PROGRAM:**Petek, 13. junija 2003**

16.00–19.00 Prihod, registracija, namestitvev

19.00 Predavanja

20.00 Skupna večerja

Sobota, 14. junija 2003

10.00 Streljanje s standardno zračno puško

18.00 Predavanje o poškodbah pri športu

18.30 Predavanje o vplivu streljanja na hrbtenico

20.00 Skupna večerja

Nedelja, 15. junija 2003

10.00 Streljanje s standardno zračno pištolo

13.00 Kosilo in podelitev medalj

Propozicije:

- strelnina za obe tekmi je 5.000,00 SIT, za člane Medicusa 2.000,00 SIT (prijavite se na <http://www.medicus-si.net/>), za posamezno tekmovanje polovico manj;
- strelja se neomejeno število preizkusnih strelav, moški streljajo 60 strelav, ženske 40 strelav za oceno;
- streljali bomo ločeni v kategorijah po spolu in starosti. Kategorije bodo postavljene glede na število udeležencev;
- orožje bo za tekmovalce, ki ga nimajo, priskrbel organizator.

Kontaktna oseba za prijave in informacije je Branko Košir, dr. med., e-pošta: branko.kosir@siol.net, GSM: 041 444 972.

V pripravi je tudi državno prvenstvo v streljanju na glinene golobe.

Informacije in predprijave: Branko Košir, dr. med., e-pošta: branko.kosir@siol.net, GSM: 041 444 972.

V Portorožu bo na voljo več prenočišč v počitniškem domu Občine Železniki po ceni okoli 4.000,00 SIT (polni penzion je okoli 7.000,00 SIT). Prostih je še nekaj večposteljnih sob in nekaj dvoposteljnih sob. Prednost imajo tekmovalci, ki se prej prijavijo organizatorju.

Streliški pozdrav!

**Federation of European Microbiological Societies
Slovenian Microbiological Society**

FEMS CONGRESS OF EUROPEAN MICROBIOLOGISTS

Cankarjev dom, Ljubljana
29. 6.-3. 7. 2003

PROGRAMME:

Sunday, June 29

- 7.30–20.00 Registration
- 9.00–16.00 Pre congress happening:
European R&D programmes and Microbiology
- 9.00–14.00 Working Party on Culture Media (WPCM)
- 17.00–19.00 Opening ceremony with Slovenian, EU representatives and Nobel laureate
Opening Lecture: On immune protection
- 19.00 Opening of exhibition
- 20.00–22.00 Welcome Reception

Monday, June 30

- 7.30–8.45 **Poster session**
Food Biotechnology
Stress in microbes
Prokaryotic Evolution and Systematics
Applications and Systematics of Bacillus and relatives
- 8.45–9.30 **Plenary lecture**
"Science, governments and microbes:
Food safety in the 21st century"
- 9.45–12.15 **Symposia**
Food Biotechnology
Stress in microbes
Prokaryotic Evolution and Systematics
- 9.45–12.15 **Special Symposia: Applications and Systematics of Bacillus and relatives**
- 12.15 **Round table**
Culture Collections and the User Community
- 12.15–14.00 Lunch Break and exhibition visit
- 14.00–15.30 **Seminar**

- Biocontrol in the Postharvest Environment
- 14.00 Round table
Education
- 14.00–17.30 **Selected Lectures**
Highlights in Virology
Stress Responses in Yeast
Human Fungal Pathogens
Food Biotechnology
Microbial Physiology and Biochemistry
Microbial Interactions in Aquatic Environments
Antimicrobials: Activity and Resistance
- 14.00–17.30 **Special Symposia: Applications and Systematics of Bacillus and relatives**
- 16.00–17.30 **Seminar**
Lyme Boreliosis
Meeting Challenges of Microbiology Through NIS-EU Co-operation
- 16.00–17.30 **Short Lectures Round Tables/Workshops**
Dealing with the threat from bioterrorism
- 16.00–17.30 **Selected Lectures**
Halophiles and Thermophiles
Stress Responses at the Genome Level
Functional Genomics and Metabolic Regulation
Microbial Interactions
Food Biotechnology
Zoonotic Diseases
- 18.00–18.30 **Topical Lecture**
"Coronavirus, from common cold to SARS"
- 18.30–19.00 **Ljubljana declaration in microbiology**
- 17.30–19.00 **Poster session and exhibition visit**
- 20.00–22.00 **Reception National day**

Tuesday, July 1

- 7.30–8.45 **Poster session**
Microbial diversity
Metabolic engineering of microbes
Food Safety
Modern diagnostic methods
Miscellaneous
- 8.45–9.30 **Plenary lecture**
"Functional microbial diversity and the rise of the biosphere"
- 9.45–12.15 **Symposia**
Microbial diversity
Metabolic engineering of microbes
Food Safety
Modern diagnostic methods
Miscellaneous
- 9.45–12.15 **Special Symposia: Applications and Systematics of Bacillus and relatives**
- 12.15–14.00 Lunch Break and exhibition visit
- 14.00–17.30 **Special Symposia: Applications and Systematics of Bacillus and relatives**
- 14.00–22.00 Congress trip

Wednesday, July 2

- 7.30–8.45 **Posters**
Development of new antibiotics against resistant bacteria

- Highlights in Virology
Microbial Physiology and Biochemistry
Environmental microbiology
- 8.45–9.30 **Plenary lecture**
"Microbial activities in chemically structured environments"
- 10.45–11.15 Coffee Break and exhibition visit
- 9.45–12.15 **Symposia**
Development of new antibiotics against resistant bacteria
Highlights in Virology
Microbial Physiology and Biochemistry
Environmental microbiology
- 12.15 **Round table**
Education
- 12.15–14.00 Lunch Break and exhibition visit
- 14.00 **Round table**
European Center on Infections Diseases
- 14.00–17.30 **Seminar**
Mycoplasmas
Mycorrhiza
- 14.00–17.30 **Selected Lectures**
Food Safety
Microbial Biodiversity in Water Bodies
Bioremediation
Dynamics of Soil Microbial Populations
Lignin Degradation
Symbiosis and Social Behavior
Stress Responses
Bioprocessing
Food Safety 2
Mechanisms of Pathogenicity
Biodiversity in the Nitrogen and Sulfur Cycles
Metabolic Engineering of Microbes
Molecular Diagnostics
Prokaryotic Evolution and Systematics
- 16.00–17.30 **Round table**
Xenotransplantation
- 17.30–19.00 **Poster session and exhibition visit**
- 18.00–19.00 **FEMS Lwoff Award**
- 20.00 Gala diner

Thursday, July 3

- 7.30–8.45 **Posters**
Microbial interactions
Functional genomics
Fungi in Medicine and Biotechnology
Emerging pathogens
- 10.45–11.15 Coffee Break and exhibition visit
- 8.45–9.30 **Plenary lecture**
"Reverse vaccinology"
- 9.45–12.15 **Symposia**
Microbial interactions
Functional genomics
Fungi in Medicine and Biotechnology
Emerging pathogens
- 13.00–13.45 **Closing lecture**
"The biology of small molecules"

13.45–14.00 **Closing ceremony**

Registracija: polna kotizacija 430 EUR, FEMS-kotizacija 390 EUR, študenti 180 EUR.

Plačilo kotizacije v tolarjih za slovenske udeležence se obračuna po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan plačila.

Kotizacija se vplača na transakcijski račun 01261-6030357790, sklic na št. 05 09751 – 621108003 pri UJP, Urad Ljubljana na osnovi izstavljenega računa.

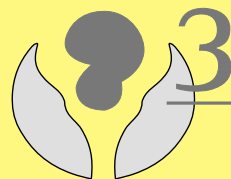
Informacije: Alenka Štorman, dr. med., tel.: 03 42 51 210,
e-pošta: alenka.storman@zzv-ce.si

Vse informacije so dostopne tudi na spletni strani: www.fems-microbiology.org/congress2003.htm

Začasni odbor združenj ginekologov in porodničarjev Slovenije,

ki povezuje

Društvo za rabo ultrazvoka SZD, Društvo za uroginekologijo, Sekcijo specializantov ginekologije in porodništva, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Slovensko menopavzno društvo, Združenje za ambulantno ginekologijo, Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo, Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije, Združenje za perinatalno medicino SZD, Združenje za senologijo SZD, prireja



3. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije

z mednarodno udeležbo

Rogla

11.–13. september 2003

PROGRAM:

Četrtek, 11. septembra 2003

- 9.00 Registracija, namestitve plakatov,
avtorji so prisotni od 16.00 do 17.00
- 12.30 Kosilo - simpozij do 13.30
- 14.00 **Odprtje kongresa**
- 15.00 **Slovensko menopavzno društvo**
- 15.00 Pregledi asimptomatskih žensk v pomenopavzi – ali delamo več škode kot korist? (Alenka Pretnar Darovec)
- 15.15 Uporaba hormonskih preparatov v perimenopavznem obdobju v Sloveniji (Damir Franič in Jurij Fürst)
- 15.30 Hormonsko nadomestno zdravljenje in rak (Marjetka Uršič Vrščaj)
- 15.45 Razprava
- 16.00 Kava - razprava ob plakatih

- 17.00 Slovensko društvo za reproduktivno medicino - sekcija za adolescenčno ginekologijo
- 17.00 Spolno in reproduktivno zdravje mladostnikov - kje smo v Sloveniji? (Bojana Pinter)
- 17.15 Nosečnost in porod pri mladostnicah (Janka Palanscai Šiftar)
- 17.30 Spolnost in mladi - kaj vedo in kaj jih zanima (Danilo Maurič)
- 17.45 Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo
- 17.45 Endometrijski karcinom (gost iz Hrvaške: prof. Haler, Reka)
- 18.15 Endometrijski karcinom
- a) izbor kirurškega zdravljenja (Stelio Rakar, Branko Cvjetičanin, Leon Meglič)
- b) pomen limfadenektomije (Iztok Takač in sodelavci)
- c) mesto laparoskopije (Borut Kobal, Andrej Omahen)
- č) vloga radioterapije (Borut Kragelj s sodelavci)
- 19.15 Okrogla miza: Kakovost v ginekologiji in porodništvu prekancerov materničnega vratu (Andrej Možina s sodelavci)
- 20.15 Zaključek strokovnega dela
- 21.00 Večerja

Petek, 12. septembra 2003

- 8.30 Enodnevna registracija
Avtorji so prisotni ob plakatih od 10.15 do 10.45 in od 16.15. do 16.45
- 9.00 Združenje za ambulantno ginekologijo
Pomen reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (nosilec teme bo javljen kasneje)
- 10.15 Kava - razprava ob plakatih
- 10.45 Združenje za perinatalno medicino SZD
Kako se učiti iz napak v perinatologiji (Vasilij Cerar in sodelavci)
- 12.00 Slovensko društvo za reproduktivno medicino
- 12.00 Večplodna nosečnost po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (Tomaž Tomažević, Irma Virant Klun in sodelavci)
- 12.15 Endoskopski postopki v zdravljenju neplodnosti (Martina Ribič Pucelj, Andrej Vogler in sodelavci)
- 12.30 Staranje jajčnikov in zdravljenje neplodnosti (Helena Meden Vrtovec)
- 12.45 Zaključek strokovnega dela
- 13.00 Kosilo - simpozij do 14.00
- 15.00 Društvo za rabo ultrazvoka SZD
Preimplantation genetical diagnosis in assisted reproductive technology (gostja iz Turčije: prof. Semra Kahraman, Istanbul)
- 15.30 Prikaz izobraževanja s področja UZ v evropskih državah (Igor Japelj)
- 15.45 Izobraževanje s področja diagnostike z ultrazvokom v Sloveniji v času specializacije iz ginekologije in porodništva (Veljko Vlaisavljevič, Vasilij Cerar in sodelavci)
- 16.00 Lažno pozitivni izvidi diagnostike z ultrazvokom v ginekologiji (Vida Gavrić Lovrec)
- 16.15 Kava - razprava ob plakatih
- 16.45 Sekcija specializantov ginekologije in porodništva
- 16.45 Ali lahko specializanti pripomoremo k večji kakovosti specializacije? (Gorazd Kavšek)
- 17.05 Zdravljenje prekancerov materničnega vratu (Mili Lomšek)

- 17.20 Vloga laparoskopije pri odkrivanju vzrokov kronične pelvične bolečine (Jadranka Fink)
- 17.35 Kirurško zdravljenje adneksnih tumorjev v nosečnosti - pomen laparoskopskega operiranja (Suzana Peternelj)
- 17.50 Alternativne oblike izobraževanja specializantov ginekologije in porodništva - možnosti izbire (Lili Steblovnik)
- 18.05 Čaj
- 18.15 Okrogla miza: Kakovost v ginekologiji in porodništvu (Eda Bokal Vrtačnik, Borut Kobal, Adolf Lukanović, Marjan Pajntar, Ivan Verdenik)
- 19.15 Zaključek strokovnega dela
- 20.30 Slavnostna večerja

Sobota, 13. septembra 2003

- 8.30 Enodnevna registracija
- 9.00 Društvo za uroginekologijo
Pitfalls and complications in pelvic reconstructive surgery (gost iz Avstrije: prof. Paul Riss, Dunaj)
- 9.30 Diagnostika urinske inkontinence danes (Matija Barbič in sodelavci)
- 9.45 Sodobni terapevtski pristopi pri zdravljenju urinske inkontinence (Adolf Lukanović in sodelavci)
- 10.15 Kava
- 10.45 Občni zbor slovenskega strokovnega združenja za ginekologijo in porodništvo
- 11.45 Združenje za senologijo SZD
- 11.45 Presejanje za raka dojke v Sloveniji (Maja Primic Žakelj in sodelavci)
- 13.00 Zaključek kongresa
- 13.00 Kosilo - simpozij do 14.00

Kotizacija:

■ do 15. 7. 2003	
Specialisti	45.000,00 SIT
Specializanti in upokojenci	25.000,00 SIT
1 dan (specialisti, specializanti)	25.000,00 SIT
spremljajoče osebe	10.000,00 SIT
■ po 15. 7. 2003	
Specialisti	50.000,00 SIT
Specializanti in upokojenci	30.000,00 SIT
1 dan (specialisti, specializanti)	25.000,00 SIT
spremljajoče osebe	15.000,00 SIT

Transakcijski račun pri NLB, Poljanska 31, 1000 Ljubljana, Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije. Številka računa: 02014-0089875993, z oznako: za III. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije.

Prijavo skupaj s potrdilom o plačilu kotizacije pošljite na naslov: ga. Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, telefon in faks: + 386 1 439 75 90. Upoštevane bodo samo prijave skupaj s potrdilom o plačilu kotizacije.

Informacije: ga. Martina Pečlin, Klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel. in faks: + 386 1 439 75 90, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si



Športno društvo "MEDICUS"
Teniška sekcija
vabi na

VII. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU

Portorož
13. september 2003

Glavni sponzor: HYPO LEASING

PROGRAM:

Petek, 12. septembra 2003

16.00 Žrebanje
18.00–20.00 Informacije o razvrstitvi tekmovalcev: Radko Tatalovič, dr. med.,
prenosni tel.: 041-667 929 in g. Edi Smeh, prenosni tel.: 041-740 200

Sobota, 13. septembra 2003

9.00 Lucija – Portorož: Pričetek VII. državnega prvenstva zdravnikov in
zobozdravnikov v tenisu
19.00 Večerja in razglasitev rezultatov

Prvenstvo bo na odprtih peščenih igriščih v Luciji ob portoroški marini.

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 pa na dva dobljena niza. Veliko pozornost bomo namenili temu, da bi se vsi udeleženci prvenstva naigrali tenisa. Igrali bomo tudi v tolažilnih skupinah. Vsak bo igral vsaj tri tekme.

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

Prijave sprejemamo do žrebanja. Do četrтка, 11. septembra 2003, lahko pošljete prijave po pošti, faksu, e-pošti ali sporočite po telefonu. Po tem datumu samo ustna prijava na prenosni tel.: 041 667 929.



PRIJAVNICA

za VII. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v tenisu

13. september 2003, Portorož

Ime in priimek: _____

Leto rojstva: _____ Spol (obkroži): m ž

Naslov: _____

Telefon: _____

Prijavnico pošljite po pošti ali faksu na naslov: Slovensko športno društvo Medicus, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana.

Faks: 01 30 72 169.

Lahko jo pošljete tudi po e-pošti: medicus@zss-mcs.si

Svojo prijavo lahko sporočite tudi po tel.: 01 30 72 163 ali na prenosni tel.: 041 667 929 – Radko Tatalovič, dr. med.



Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Katedra za družinsko medicino MF

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Zavod za razvoj družinske medicine

organizirajo strokovno srečanje z mednarodno udeležbo



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

Kongresni center Habakuk, Pohorska ulica 59, Maribor
26.-27. september 2003

PROGRAM:

Petek, 26. septembra 2003

- 9.00–9.15 Prim. Anton Židanik, prof. dr. Igor Švab: Odprtje
9.15–9.30 Doc. dr. Janko Kersnik: Uvodno predavanje: Dileme zdravnika prvega stika pri odločanju ob akutnih stanjih
9.30–10.00 Asist. dr. Štefek Grmec: Srčni zastoj – drevo odločanja
10.00–10.30 Prof. dr. Marko Noč: Prsna bolečina
10.30–11.00 Doc. dr. Matjaž Fležar: Akutna dispneja
11.00–11.30 Odmor
- 11.30–12.00 Igor Drinovec, mag. Franc Šifrer: Akutno respiratorno popuščanje
12.00–12.30 Borut Kamenik: Aritmije
12.30–13.00 Doc. dr. Andreja Sinkovič: Hipotenzija/šok
13.00–15.00 Odmor za kosilo
15.00–15.30 Prof. dr. Radovan Hojs, asist. mag. Robert Ekart: Hipertenzivna kriza
15.30–16.00 Prof. dr. Vladimir Gašparovič: Oligurija, akutna ledvična odpoved
16.00–16.30 Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, Damjan Vidovič: Akutna bolečina v trebuhu
16.30–17.00 Doc. dr. Pavel Skok: Gastrointestinalne krvavitve
17.00–17.30 Odmor
- 17.30–18.00 Petra Klemen: Nezavest in sinkopa
18.00–18.30 Doc. dr. Erih Tetičkovič: Obravnava in zdravljenje bolnika z akutno možgansko kapjo
18.30–18.45 Asist. mag. Bernard Meglič: Epileptični status
18.45–19.00 Prof. dr. Tomaž Pogačnik, asist. mag. Marjan Zaletel: Diagnostični postopki pri glavobolu in urgentna stanja
20.00 Večerja z zabavo

Sobota, 27. septembra 2003

- 9.00–9.30 Prim. Martin Možina: Akutne zastrupitve
9.30–10.00 Prof. dr. Vladimir Gašparovič: Akutno stanje zmedenosti
10.00–10.30 Doc. dr. Gorazd Voga: Pomen vazopresina v nujnih stanjih
10.30–11.00 Odmor
- 11.00–12.00 Predstavitve najbolj zanimivih posterjev in podelitev nagrade za najboljši poster
12.00–13.00 Odmor za kosilo
- 13.00–16.00 Katja Lah, Štefan Mally, Petra Klemen, Alina Jelatancev, Tatjana Hren, Dejan Kupnik, Darko Čander, Branko Kozar, Anton Koželj, Matjaž Žunkovič: Praktične vaje: temeljni postopki oživljanja, oskrba dihalnih poti, dodatni postopki oživljanja, računalniška simulacija primerov (MEGACODE), imobilizacija
16.00 Zaključek srečanja

Namen srečanja: Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, specializantom internističnih in kirurških strok ter medicinskim sestram v NMP, intenzivnih enotah in družinski medicini. Namen seminarja je seznaniti udeležence z novostmi pri obravnavi akutnih stanj in jih s praktičnimi vajami usposobiti za ustrezno ukrepanje. V sodelovanju s strokovnjaki in na osnovi trenutno veljavnih strokovnih spoznanj bomo sestavili priporočila za diferencialno diagnostiko za določen sindrom.

S srečanjem želimo poglobiti znanje v diferencialno-diagnostičnem odločanju v nujni medicini, kjer se diagnostika in terapija v večini primerov, posebej v predbolnišničnem okolju, dogajata na ravni sindroma ali celo simptoma. Prav tako želimo omogočiti izpopolnjevanje v praktičnih posegih, ki so osnova dela v nujni medicinski pomoči. Vaje bodo vodili izkušeni zdravniki urgentne medicine v sodelovanju z diplomiranimi zdravstveniki z dolgoletnimi izkušnjami na področju NMP. Pokazati želimo, kako je potrebno organizirati usklajeno skupinsko delo pri oživljanju in drugih nujnih okoliščinah.

Predvideno število udeležencev: od 250 do 300. Število mest na praktičnih vajah je omejeno (50).

Organizacijski odbor: asist. dr. Štefek Grmec, dr. med., asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., Štefan Mally, dr. med., Dejan Kupnik, dr. med., Darko Čander, ZT, Branko Kozar, dipl. zdravstvenik, Matjaž Žunkovič, ZT, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.

Strokovni odbor: asist. dr. Štefek Grmec, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. Anton Židanik, dr. med., prim. Srečko Rutar, dr. med., prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., prof. dr. Vladimir Gašparovič, dr. med., prof. dr. Marko Noč, dr. med., prof. dr. Igor Švab, dr. med., doc. dr. Erih Tetičkovič, dr. med.

Organizacijska ekipa: Tatjana Hren, dr. med., Alina Jelatancev, dr. med., Petra Klemen, dr. med., Katja Lah, dr. med., Sebastijan Piberl, dr. med., Tomaž Schaubach, dr. med., Miran Kolar, dr. med., Miha Kovač, dr. med., Anton Koželj, ZT, Thomas Germ, ZT, Bojan Mrša, ZT.

Prijava in plačilo:

- Izpolnjeno prijavnico z zloženke ali njeno fotokopijo pošljite na naslov organizatorja: Organizacijski odbor strokovnega srečanja Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje, PHE – Zdravstveni dom dr. A. Drolca, Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor. Prijavnico lahko naročite tudi po e-pošti: habakuk2003.zdmb@siol.net
- Prosimo, da se na srečanje prijavite najkasneje do 31. avgusta 2003. Prednost pri udeležbi na vajah bodo imeli tisti, ki bodo prej plačali kotizacijo.
- Ob prijavi ne pozabite navesti naslova plačnika, ki mu bomo izstavili račun: ime in priimek in/ali sedež plačnika, davčna številka plačnika, davčni zavezanec da/ne. Če je plačnik zavod ali drugo podjetje, naj s podpisom in žigom pooblaščen osebe na prijavnici potrdi, da je plačnik vaše kotizacije.
- Prosimo, da kotizacijo poravnate najkasneje do 10. septembra 2003 na

transakcijski račun Zavoda za razvoj družinske medicine pri Novi ljubljanski banki, d. d.: 02045-0253583120.

5. Fotokopijo potrdila o plačilu pošljite na naslov organizatorja do 15. septembra 2003. V primeru prostih mest bosta prijava in plačilo kotizacije možna ob registraciji.
6. Kotizacija (brez DDV): zdravniki 35.000 SIT, zdravniki sekundariji 30.000 SIT, medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki in zdravstveni tehniki 25.000 SIT, študenti brezplačno. Doplačilo za praktične vaje je 5.000 SIT (brez DDV). Cena kotizacije vključuje udeležbo na seminarju, strokovno gradivo, postrežbo med odmori, delovno kosilo, slavnostno večerjo in organizacijske stroške.

Registracija udeležencev bo potekala v predvečerju Kongresnega centra Habakuk, in sicer prvi dan eno uro pred pričetkom programa in nato ves čas programa.

Predstavitve posterjev: Poleg predavanj in moderirane razprave po vsakem predavanju ter praktičnih vaj bo na programu tudi predstavitve posterjev. Pozivamo vas k oddaji izvlečkov za posterje. Izvlečke do 250 besed z jasno razdelitvijo na ozadje, metode, rezultate in sklepe za poročila o raziskavah ter na ozadje, opis primera in razpravljanje za prikaze zanimivih primerov pošljite v elektronski obliki (e-pošta ali disketa) v eni od besedilnih oblik na naslov: Štefek Grmec, Služba NMP, Zdravstveni dom dr. A. Drolca, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 234, GSM: 041 393 153, e-pošta: grmec-mis@siol.net.

Posterji naj predstavijo zanimive klinične primere akutnih stanj, pri katerih je bila diferencialna diagnostika težavna, dvomljiva, napačna, poučna in se iz njih lahko izluščijo nauki za boljše delo. Rok za oddajo izvlečkov posterjev je 31. julij 2003. Posterje bo ocenila tričlanska komisija. O izboru in možnosti predstavitve bodo avtorji obveščeni mesec dni pred začetkom srečanja. Posterji bodo razstavljeni vse dni srečanja. Avtorji jih bodo lahko predstavili v glavnih odmorih srečanja. Za najbolj zanimive bo v programu namenjen čas za kratko ustno predstavitve. Najboljši posterji bodo nagrajeni. Prva nagrada je plačilo kotizacije na Kongresu urgentne in intenzivne medicine v Bruslju 2004 (Critical Care Forum).

Pomembni roki:

Rok za oddajo izvlečkov posterjev: 31. julij 2003.

Rok za prijavo na srečanje: 31. avgust 2003.

Rok za plačilo kotizacije: 10. september 2003.

Uradna jezika: slovenščina, angleščina.

Naslov organizatorja: Organizacijski odbor strokovnega srečanja Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje, PHE – Zdravstveni dom dr. A. Drolca, Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor.

Dodatne informacije: Štefek Grmec, Služba NMP, Zdravstveni dom dr. A. Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 234, GSM: 041 393 153, e-pošta: grmec-mis@siol.net, ali Darko Čander, GSM: 041 735 442 ali 041 708 575, e-pošta: habakuk2003.zdmb@siol.net, ali ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915.

Sobo v hotelu Habakuk lahko rezervirate na naslovu Hotel Habakuk, Pohorska ulica 59, 2000 Maribor, tel.: 02 30 08 130, e-pošta: habakuk@termemb.si ali faks: 02 30 08 128.

Slovensko ortodontsko društvo in Sekcija za stomatološko protetiko SZD

prireja 15. strokovni seminar Sekcije za stomatološko protetiko in strokovno srečanje Slovenskega ortodontskega društva

SODOBNA ORTODONTSKO- PROTETIČNA OSKRBA PACIENTOV

PROTETIKA IN ORTODONTIJA Z ROKO V ROKI

**Linhartova dvorana, Cankarjev dom, Prešernova 10, Ljubljana
10.-11. oktober 2003**

Seminar vodita: prof. dr. Bjorn U. Zachrisson – specialist ortodont (Norveška), in prof. dr. Sverker Toreskog – specialist stomatološke protetike (Švedska)

Časovna razporeditev:

petek, 10. oktober 2003,

in sobota, 11. oktober 2003: 9.00–17.30

Strokovni program:

B. U. Zachrisson: Novi pristopi pri ustvarjanju estetske rehabilitacije pacientov

S. Toreskog: Novosti v adhezivni tehniki s poudarkom na biokompatibilnosti in ohranitvi zobne substance

B. U. Zachrisson – S. Toreskog (dialog): Sodelovanje ortodonta in protetika – prikaz kliničnih rezultatov skupne obravnave pri mladostnikih in odraslih pacientih – 1. del: Obravnave pacientov z abrazijami zob, z diskrepanco v velikosti zob in čeljusti, z erozijami ter različnimi malokluzijami

B. U. Zachrisson: Meziodistalna redukcija sklenine (stripping): indikacije, inštrumentarij in prikaz dolgoletnih izkušenj

S. Toreskog: Predstavitve kliničnih primerov, kjer klasična protetična oskrba ni utemeljena

B. U. Zachrisson – S. Toreskog (dialog): Sodelovanje ortodonta in protetika – prikaz kliničnih rezultatov skupne obravnave pri mladostnikih in odraslih pacientih – 2. del: Obravnave kliničnih primerov po izgubi enega ali več zgornjih sekalcev

B. U. Zachrisson: Regeneracija obzobnih tkiv in alveolarne kosti pri ortodontskih premikih zob kot priprava za izboljšanje pogojev pred implantno protetično oskrbo

S. Toreskog: Natančen prikaz kliničnih in laboratorijskih postopkov izdelave ultratanjih porcelanskih faset – indikacije, kontraindikacije

B. U. Zachrisson – S. Toreskog (dialog): Oskrbe zahtevnejših kliničnih primerov, kjer le sodelovanje ortodonta in protetika izboljša estetski in funkcionalni izid obravnave

Seminar je namenjen vsem zobozdravnikom, specialistom vseh stomatoloških strok, specializantom in zobotehnikom.

Vsi podatki glede prijave in plačila kotizacije bodo objavljeni v naslednji številki revije Isis.

Podrobnejše informacije o delu predavateljev, vsebini predavanj, možnosti prijave, plačila kotizacije in rezervacije hotelov bodo prejeli vsi zobozdravniki, specialisti, specializanti in zobotehniki.



Sozvočje svetov

Abonma predavanj in koncertov

Spoštovani Prijatelji Narodne galerije in ljubitelji glasbe!

Sozvočje svetov je v dveh sezonah zastavilo program, za katerega upamo, da se je dobro prijel. Njegovo izvedbo so z združenimi močmi omogočali sponzorji in državne ustanove. Pri letošnjih krčenjih subvencij in občem zmanjševanju proračunskega denarja pa tega sami ne bomo več zmogli. Izvedba bo povsem odvisna od prodanih abonmajev. Zato vas kot najzvestejši del našega občinstva prosimo, da nagovorite svoje prijatelje in znance ter si skupaj zagotovite abonma za naslednjo sezono.

Cene abonmaja so nespremenjene

Štirje koncerti 8.000 SIT

Posamezni koncert 2.500 SIT

Prijatelji imajo 25 % popusta pri nakupu abonmajev in 20 % pri nakupu posameznih kart.

Koncerti bodo ob torkih - 11. novembra in 16. decembra 2003 ter 9. marca in 13. aprila 2004, ob 19.30. uri, v enaki obliki kot doslej. Novost predstavljajo uvodne skladbe vseh štirih koncertov - hommage Vivaldijevim letnim časom bodo pripravili študentje kompozicije na Akademiji za glasbo. Njim vsakokrat sledi del mojstrovega kozmološkega ciklusa, in sicer v zaporedju *Jesen*, *Zima*, *Pomlad*, *Poletje*, nato pa v prvem J. Haydn: *Divertimento in C HOB III/6*; W. A. Mozart: *Mala nočna glasba*; Mendelssohn: *Simfonija št. 9*; in na zadnjem koncertu Benjamin Ipavec: *Serenada za godala*.

Solist v Vivaldijevih Letnih časih bo Milan Kolbl.

Štiridesetminutne koncerte bomo uvedli s kratkimi predavanji dr. Andreja Smrekarja.

Rezervacija abonmaja *Sozvočje svetov III*.

Naročam _____ abonmajev *Sozvočje svetov III*.

S podpisom se obvezujem poravnati vstopnino v celoti do 31. oktobra 2003
v dveh obrokih, prvega do 31. oktobra 2003
dr drugega do 29. februarja 2004

Sem član društva Prijatelji Narodne galerije da ne

Ime in priimek

ulica

pošta

telefon

Podpis:

Letni časi

11. november 2003

Uvertura

Antonio Vivaldi: *Jesen*

Joseph Haydn: *Divertimento v C-duru*
op. 1/6

Letni časi v slovenskem slikarstvu

Ivan Grohar: *Jesensko sonce*

Rihard Jakopič: *Kamnitnik*

16. december 2003

Uvertura

Antonio Vivaldi: *Zima*

Wolfgang A. Mozart: *Mala nočna glasba*

Rihard Jakopič: *Zima*

Matija Jama: *Zimsko sonce*

9. marec 2004

Uvertura

Antonio Vivaldi: *Pomlad*

Felix Mendelssohn Bartholdy:

Simfonija za godala št. 9

Matej Sternen: *Pomladno sonce*

Rihard Jakopič: *Kamnitnik v dežju*

13. april 2004

Uvertura

Antonio Vivaldi: *Poletje*

B. Ipavec: *Serenada za godala*

Ivana Kobilca: *Poletje*

Matija Jama: *Most na Dobro*

International Academy of Periodontology v sodelovanju z Združenjem za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD

obvešča vse slovenske zobozdravnike o 9. kongresu mednarodne akademije za parodontologijo

9th BIENNIAL CONGRESS OF INTERNATIONAL ACADEMY OF PERIODONTOLOGY

GLOBAL PERSPECTIVES ON PERIODONTAL DISEASE: PROBLEMS, RISKS, CONTROL AND RECONSTRUCTION

Cape Town International Convention centre, South Africa
October 24-27 2003

SCIENTIFIC PROGRAMME:**Saturday 25 October 2003****Keynote lecture**

Prof Jorgen Slots: Herpes viruses, the missing link between gingivitis and periodontitis

Session I: Global problems

Prof Hideo Miyazaki (Japan): Periodontal epidemiology: Problems in developing regions

Prof Winand Dreyer (South Africa): HIV/AIDS in South Africa: A major problem

Prof Esmonde Corbet (Chinese Hong Kong): Periodontal Disease in Asians

Session II: Risk assessment

Prof Thomas E Van Dyke: Management of risk for the periodontal patient: Identification and treatment of susceptible individuals

Session III: Periodontal medicine

Prof Steve Offenbacher (USA): Periodontal Medicine: The changing face of periodontology

Prof Uros Skalerič (Slovenia): Periodontal disease and diabetes metabolic control

Prof Fusanori Nishimura (Japan): Periodontal-systemic connection in Multiple Risk Factor Clustering Syndrome

Sunday 26 October 2003**Session IV: Control**

Prof Ray Williams (USA): The medical model of periodontal disease treatment

Dr T Noguchi (Japan): Non-surgical management of advanced disease using laser and drug delivery systems

Dr A Kumarswamy (India): Control of Periodontal disease in India: A major challenge

Prof Jairam Reddy (South Africa): Control of periodontal disease and HIV in Africa

Monday 27 October 2003**Session V: Repair and regeneration**

Prof Ugo Ripamonti (South Africa): Pleiotropism of bone morphogenic proteins: From bone induction to cementogenesis and periodontal ligament regeneration

Prof Hidemi Kurihara (Japan): New mission of periodontitis based on periodontal regeneration

Session VI: Reconstruction and implants

Prof Klaus Lang (Switzerland): The role of implants in treatment planning for periodontally diseased dentitions

Prof Vincent Iacono (USA): Implant site development including ridge augmentation and sinus grafts

Kotizacija: 375 USD, plačilo kotizacije do **5. septembra 2003**

Kontaktna oseba za informacije v zvezi z organizacijo potovanja v Južno Afriko in plačilom kotizacije: gospod Alen Mlekuž, Kompas, d. d., Ljubljana, tel.: 01 20 06 312, faks: 01 20 06 435, e-pošta: alen.mlekuz@kompas.si

Kompas, d. d., Ljubljana je pripravil ugodno ponudbo za obisk kongresa. Rok za prijavo za obisk kongresa v organizaciji Kompas, d. d., Ljubljana je do **20. avgusta 2003.**

Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana in Slovensko društvo za reproduktivno medicino

organizirata

3rd INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ASSISTED REPRODUCTION

**Grand Hotel Toplice, Bled
24.-25. oktober 2003**

**Topics**

Cloning
Gamete donation
Gamete and embryo quality
Novelties in the treatment of male infertility
Genetics and infertility
ART in oncological patients
Follow-up of babies born after ART
Emotional distress in infertility couples

Lecturers

H. Meden Vrtovec, K. Geršak, B. Peterlin, M. Ribič Pucelj, T. Tomažević, I. Virant Klun, A. Vogler, E. Vrtačnik Bokal, B. Zorn: Department of Obstetrics and Gynecology, University Medical Centre Ljubljana, Slovenia

V. Vlasisavljević, B. Kovačič, M. Reljić: Department of Reproductive Medicine and Gynecologic Endocrinology, Maribor Teaching Hospital, Maribor, Slovenia

Andrea R. Genazzani, Department of Obstetrics and Gynecology, Pisa, Italy

Luca Gianaroli, S.I.S.M.E.R., Bologna, Italy

Roy Homburg, Department of Obstetrics and Gynecology, Amsterdam, The Netherlands

Joseph G. Schenker, Hadassah Medical Organization, Jerusalem, Israel

Velimir Šimunić, Department of Obstetrics and Gynecology, Zagreb, Croatia

Fabienne Devreker, Clinique de fertilité, Hospital Erasme, Brussels, Belgium

Target public

gynecologists, andrologists, general practitioners, biologists, registered nurses, laboratory technicians, and others involved in assisted reproduction

Abstract submission – deadline 30 June 2003

Invited lectures are to be submitted as extended abstracts.

Free communication (a single page abstract) will be presented as posters.

Registration fees (DDV included)

	By 30 June 2003	After 1 July 2003
Delegates	250 EUR	300 EUR
Residents	150 EUR	200 EUR
Nurses	100 EUR	150 EUR

Information and symposium secretariat

Martina Pečlin, Department of Obstetrics and Gynecology, University Medical Centre Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Slovenia, tel: +386 1 522 6020, fax: +386 1439 75 90, e-mail: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si

Technical Organization: Majda Zidanski, ALBATROS Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, Slovenia, tel: +386 4 5780 350, fax: +386 4 5780 355, e-mail: info@albatros-bled.com,

Website: www.albatros-bled.com

Zdravstveni dom Novo mesto

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer stomatologija, opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- vozniški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijška c. 4, 8000 Novo mesto.

Zdravstveni dom Ormož

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine po končanem sekundarijatu

Od kandidata pričakujemo izpolnjevanje naslednjih pogojev:

- VII. stopnja izobrazbe – medicinska fakulteta, splošna smer,
- končan sekundarijat,
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 2 leti delovnih izkušenj,
- vozniški izpit kategorije B,
- znanje slovenskega jezika,
- osnovno znanje računalništva.

Delovno mesto je prosto takoj.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za določen čas 12 mesecev (nadomeščanje zaradi začasne odsotnosti delavke na porodniškem dopustu).

Pisne vloge z življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj ter z ustreznimi dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v roku 8 dni po objavi na naslov:

Zdravstveni dom Ormož, Ulica dr. Hrovata 4, 2270 Ormož.
Kandidate bomo o izbiri obvestili v roku 8 dni po odločitvi.

CSC Pharma, d. o. o.

Smo podjetje, ki zastopa številne svetovno priznane proizvajalce zdravil in medicinskih pripomočkov ter uspešno deluje na tržiščih srednje in vzhodne Evrope. Za potrebe trženja in prodaje visokokakovostnih zdravil v Sloveniji potrebujemo

strokovne sodelavce

Od vas pričakujemo:

- diplomu medicinske ali farmacevtske fakultete,
- znanje slovenskega in aktivno znanje angleškega jezika,
- vozniški izpit kategorije B,
- stalno bivanje v Sloveniji,
- dinamičnost in komunikativnost,
- lastno vozilo.

Ponujamo vam:

- zanimivo in raznoliko delo na področju promocije, registracije in prodaje zdravil,
- strokovno izpopolnjevanje in možnost napredovanja,
- primerno plačilo.

Prosimo, da nam svojo ponudbo z življenjepisom pošljete v 14 dneh na naš naslov:

CSC Pharma, d. o. o., Jana Husa 1a, 1000 Ljubljana.

Kandidate, ki bodo izpolnjevali pogoje, bomo povabili na razgovor.

Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Tržič

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine s končanim sekundarijatom

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- končan sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- potrdilo o slovenskem državljanstvu,
- delo z računalnikom.

Delo zdravnika bo potekalo izmenično v ambulanti splošne medicine in ambulanti za nujno medicinsko pomoč.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas s 3-mesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave naj kandidati pošljejo v 30 dneh po objavi na naslov: OZG OE Zdravstveni dom Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič.

Lek d. d., Sektor Marketing, Ljubljana,
 razpisuje delovno mesto
medicinski ekspert (»medical adviser«)
za strokovno podporo Lekovim proizvodom

Pogoji:

- doktor medicine,
- zaželeno vsaj 1 leto delovnih izkušenj.

Pričakujemo:

- kandidate z željo po strokovnem poglobljanju,
- z aktivnim znanjem angleškega jezika,
- s poznavanjem dela z osnovnimi računalniškimi programi v okolju Windows,
- z željo po osvajanju novih znanj in osebnem razvoju.

Glavne naloge:

- priprava medicinskega dela registracijske dokumentacije (navodilo za zdravnika, navodilo za bolnika, klinično ekspertno mnenje),
- poznavanje terapevtskega področja,
- organizacija, spremljanje kliničnih testiranj (faza IV).

Ostalo:

- poskusno delo traja 6 mesecev,
- kandidatom omogočamo ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, možnost strokovnega in osebnega razvoja ter stimulativno nagrajevanje.

Prijave pošljite v 8 dneh na Lek farmacevtska družba, d. d., Verovškova 57, 1526 Ljubljana, sektor Kadri, s pripisom **03/DM 184**. Za dodatne informacije se lahko obrnete na Katjo Prusa, tel.: 01 58 03 097 ali e-pošta: katja.prusa@lek.si

Javni zdravstveni zavod
Psihiatrična bolnišnica Vojnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- uspešno zaključeno usposabljanje po programu sekundarijata,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom. Nastop dela po dogovoru.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Kadrovska služba, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

Medur, d. o. o., Urološka ambulanta
s koncesijo v Ljubljani
in Marko Stanonik, dr. med.,
spec. urolog in kirurg

vabi k sodelovanju in delu

urologa

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta z opravljenim strokovnim izpitom,
- specialist urolog,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis pošljite na naslov:

Medur, d. o. o., Kamnikarjeva 49, 1291 Škofljica

OGLASI

Cenik

- oglasi na rumenih straneh

- Razpisi za delovna mesta – brezplačno.
- Oddaja poslovnih prostorov – ordinacij: 10.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta, kot mali oglas, oglas na 1/6 ali 1/4 strani po ceniku.
- Ostali mali oglasi (prodaja inštrumentov, avtomobilov): 15.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta.
- Novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 37.500,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta. 20 % DDV ni vračunan v ceno.

**Zdravnica splošne prakse
z veljavno licenco**

išče

**honorarno ali redno delo
za štiri ure na dan.**

Tel.: 041/793 030

**Urejene ordinacijske prostore v centru
Ljubljane za eno ali dve zdravniški
ekipi oddamo v najem tudi za daljše
obdobje.**

**Primerno tudi za farmacevtsko
predstavništvo.**

**Informacije:
tel.: 01/251 20 43
in 041/547 231**



NAROČILNICA

Prof. dr. Ivan Kalinšek je napisal knjigo o prof. dr. Božidarju Lavriču.

Knjigo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije.

Cena knjige je 2.500,00 SIT + PTT-stroški. Za upokoјence: 1.500,00 + PTT-stroški.



Podpisani(a)

Naslov

Javni zavod

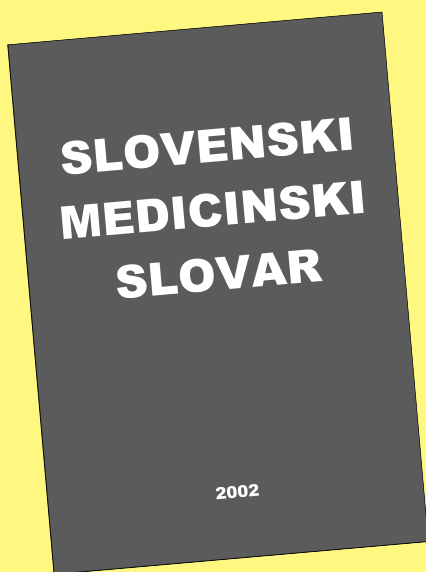
Nepreklicno naročam: po naročilnici št. _____ izvodov knjige Božidar Lavrič

Datum: _____ Podpis: _____

Knjigo naročite na uredništvu revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana

MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V LJUBLJANI

IZDAJA V SODELOVANJU Z

**INŠTITUTOM ZA SLOVENSKI JEZIK ZRC SAZU IN
ZDRAVNIŠKO ZBORNICO SLOVENIJE****SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR**

v katerem je na dobrih 1.000 straneh formata A4
obdelanih okrog 75.000 strokovnih izrazov
s področja biomedicinskih in sorodnih ved

UREDNIŠTVO:

M. Kališnik, P. Jezeršek, B. Klun, D. Sket, D. Sever-Jurca, C. Tavzes
z okrog 140 uredniki, pisci, svetovalci in drugimi sodelavci

RECENZENTA:

T. Korošec, A. Krbavčič

CENA DO IZIDA:

23.000 SIT (ALI 4 OBROKI PO 6.000 SIT)

PO IZIDU:

27.000 SIT (ALI 4 OBROKI PO 7.000 SIT)

<http://www.kclj.si/~nknfz018/>

**NAROČILNICA ZA SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR (SmedS)**

Ime: Priimek:

ali Podjetje/Ustanova:

Davčna št. (podjetja ali ustanove):

Poštna številka: Kraj:

Ulica/naselje in h.št.: Telefon:.....

E-naslov:

Naročam izvod/-ov SmedS

Račun bom poravnal(a) v: 1 obroku (23.000 SIT) 4 obrokih po 6.000 SIT (prosimo, obkrožite)

Podpis:..... Datum:.....

SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR – kratka predstavitev

Delo za SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR se je začelo pred 24 leti pod delovnim imenom Medicinski terminološki slovar. Pisci in strokovni svetovalci so večinoma učitelji Medicinske fakultete v Ljubljani, jezikovni svetovalci so z Inštituta za slovenski jezik Frana Ramoviša ZRC SAZU ter z Univerze v Ljubljani, tehnični uredniki pa praviloma študenti Medicinske fakultete v Ljubljani; vseh sodelavcev skupaj je prek 140. Slovar je izrazito skupinsko delo, vendar ožje uredništvo po načelu hierarhičnosti prevzema končno odgovornost za njegovo pravilnost. Uredniki slovarja se zavedajo, da je jezik živ organizem, kar velja tudi za strokovni in znanstveni jezik. Vendar so si prizadevali, da v večini primerov, kjer praksa ponuja več možnih terminov, izberejo tiste, ki so videti najprimernejši, da bi bilo izražanje natančno, nedvoumno, lepo in skladno z duhom slovenščine, pa tudi z medicinsko tradicijo in mednarodnimi trendi.

Slovar obdeluje okrog 75.000 terminov na okrog 1.000 straneh velikega formata. Vključuje biomedicinsko pomembne termine v slovenščini, poslovenjeno zapisane latinske in latinizirane grške termine, izvorno zapisane latinske in latinizirane grške termine, ki se uporabljajo za pisanje diagnoz in terapije, zdravilne učinkovine, zdravilne in strupene rastline in živali, nekaj rekov v latinščini, poslovenjeno zapisane ali citatne udomačene termine iz živih tujih jezikov, odsvetovane

žargonske, nestrokovne, starinske in poljudne izraze skupaj s priporočenimi ustreznimi strokovnimi izrazi, odsvetovane termine iz živih tujih jezikov skupaj s priporočenimi slovenskimi, začetne ali končne dele sestavljenih besed, udomačene in mednarodno sprejete krajšave, osebnosti iz svetovne zgodovine medicine do danes in domače osebnosti iz zgodovine medicine do konca druge svetovne vojne ter imena iz eponimskih terminov. Slovar ponuja pravilne slovenske izraze namesto vdirajočih angloameriških, kar je pomembno tudi s stališča narodne samobitnosti.

Vsak pojem, zveza ali citat je razložen z uporabo splošno znanih slovenskih besed, če pa so v razlagi uporabljeni strokovni izrazi, so ti obvezno razloženi na ustreznem mestu abecede. Razložene so tudi vse besede, ki so sestavine stalnih zvez, vključno s slovenskimi besedami. Vsak pojem je razložen enkrat; če je za en pojem več sinonimov, je razložen le en sinonim, drugi pa kažejo nanj. Ta nadrejenost sinonimov je pomembna le zaradi gospodarnosti s prostorom in ne pomeni priporočila ali odsvetovanja rabe drugih sinonimov. Notranji usklajenosti slovarja je bilo posvečeno mnogo pozornosti in menimo, da je tudi to ena izmed kvalitiet slovarja.

Zgled:

difterija -e ž	→	dávica -e ž	←	diphtheria -ae <diftêria> ž
		nalezljiva bolezen, ki jo povzroča bacil <i>Corynebacterium diphtheriae</i> in za katero so značilne pseudomembranske obloge predvsem v žrelu, sapniku in nosu; <i>sin.</i> difterija, diphtheria: ~ grla, ~ oči, ~ žrela, faringealna ~ kožna ~ razjede kože, z dvignjenimi robovi, ki včasih segajo do mišičja in so pokrite z belkastimi oblogami		
<i>Corynebacterium</i> [korínebaktêrium] rod različno patogenih, grampozitivnih, nesporogenih, negibnih, ravnih ali redko ukrivljenih bakterij				Löffler, Friedrich August Johannes [léfler frídrih áugust johánes] (1852–1915) nemški mikrobiolog
<i>Corynebacterium diphtheriae</i> [korínebaktêrium diftêrie] vrsta korinebakterij, ki povzročajo davico; <i>sin.</i> Löfflerjev (F. A. J.) bacil				Löfflerjev -a -o [léflerjev]: ~ (F. A. J.) bacil
				korínebaktérija -e ž bacil iz rodu <i>Corynebacterium</i>

Vljudno vabljeni k naročilu

Prosimo, izpolnite, odrežite in odpošljite spodnjo naročilnico (lahko tudi po faksu na št. **(01) 543-77-01**).

Naročilo s podatki, kot jih zahteva naročilnica, lahko pošljete tudi na e-naslov **tone.zakelj@kclj.si**

TONE ŽAKELJ, TEHN. URED.,
SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
VRAZOV TRG 2

1000 LJUBLJANA

Obiski po regijah

Elizabeta Bobnar Najžer

Vsakoletni obiski vodstva Zbornice po regijah so postali že tradicionalni. Namenjeni so izmenjavi informacij o lokalnih problemih na eni ter seznanitvi z načrti v prihodnje na drugi strani. Letošnja vroča tema je bilo delovanje zdravstva v pogojih po sprejetju januarske novele zakona o zdravniški službi. Presenetljivo so se kot rdeča nit nizale pritožbe, da ministrstvo z novo uredbo postavlja zdravnike v ponižujoč položaj izpolnjevalca nerazumnih in neživiljenjskih uradniških uredb. Slišati je bilo vrsto osebnih izkušenj, ko so zdravniki pomagali pacientom, čeprav so pri tem kršili zakonska določila.

“Po svoji vesti in zdravniški etiki delam po svojih najboljših močeh, oblasti pa očitno ne zanima delo, ne zanimajo je prebivalci v

odročnih krajih, kamor je še s terenskim avtomobilom težko priti.”

“Načrtujejo ukinjanje dežurne službe, ne da bi se prepričali, kaj bo to pomenilo za prebivalce.”

“Nikomur od oblasti v Ljubljani se ne zdi vredno, da bi se sestal z lokalnimi oblastmi ter jim predstavil, koliko slabšo zdravstveno oskrbo bodo imeli njihovi krajani, ko ne bo več dežurnega zdravnika v njihovem okolju.”

“Vedno več je govoric, da bo potrebno ukinjati dežurna mesta, ker sicer nihče od vodstva v zdravstvenih domovih, kjer je manj kot pet zaposlenih, ne bo mogel organizirati zdravstvenega varstva v skladu z zakonom. Zakaj tega nihče ne pove ljudem?”

“Nekje v Ljubljani nekdo sprejeme uredbo, naj zdravniki ne de-



Zasavska regija, ZD Trbovlje, 18. 3. 2003



Celjska regija, Splošna bolnišnica Celje, 18. 3. 2003



Velenjsko-koroška regija, Prevalje, 18. 3. 2003. Eno od najbolj prisrčnih srečanj, ki so ga na začetku popestrili zvoki treh kitar in flaute ...



Velenjsko-koroška regija, Prevalje, 18. 3. 2003



Ptujsko-ormoška regija, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, 26. 3. 2003



Mariborska regija, Splošna bolnišnica Maribor, 26. 3. 2003

lamo več, kot so oni izračunali na podlagi kdo ve kakšnih podatkov. Najlažje je delati manj. Dežurstvo je tako slabo plačano, da se bomo zdravniki z veseljem navadili na manj dela. Problem je v tem, ker svojim pacientom ne bom mogel pogledati v oči, če bodo bolni ostali pred zaprto ambulanto. Svoje bom pač "podelal", kdo pa jih bo?"

Stavki niso bili izrečeni popolnoma dobesedno, tako kot so zapisani, ker so se srečanja odvijala v sproščenem vzdušju in v pogovornem jeziku. So pa v teh stavkih knjižno zapisane in povzete dejansko izrečene misli mnogih zdravnikov in zobozdravnikov širom po Sloveniji.

Osebam izkušnjam so sledili podatki.

V večini majhnih zdravstvenih domov je možno zagotavljanje dežurstva le zato, ker dežurajo vsi starejši zdravniki in zdravnice. V posameznih regijah dobro sodelujejo z zasebniki (Zagorje, Ptuj, Celje), ki so se vključili v dežurstva v splošnih ambulantah. Kljub temu v vseh manjših celo v večjih zdravstvenih domovih, kot je celjski, v času dopustov ne bo mogoče spoštovati določil novele o delovnem času.

V vseh regijskih bolnišnicah bodo nastali problemi na vseh oddelkih, kjer je zaposlenih manj kot pet zdravnikov. Problemi so tako na ravni oddelkov kot specialističnih ambulant. Če naj bi se delo v dežurstvih urejalo z zmanjševanjem dežurnih mest, kot naj bi bilo priporočilo ministrstva za zdravje, bo to za bolnike zagotovo pomenilo slabšo zdravstveno oskrbo. Če v nujnem primeru ne bo dežural ustrezeni specialist, bo moral bolnik čakati dlje časa na operacijo, vsaj toliko, kot je potrebno, da bo specialist v pripravljenosti prišel od doma in se pripravil za delo. Ta čas bo lahko za marsikaterega bolnika tudi usoden. Minister naj bi dejal, da v tujini nikjer ni toliko dežurnih mest. Dejstvo je, da nihče ne ve, koliko je kje v tujini dežurnih mest. V Obalno-kraški regiji so, na primer, navedli primer, ki ga poznajo: v bolnišnici Catinari v Trstu je število dežurnih mest popolnoma primerljivo z izolsko bolnišnico.

Za vsiljene ukrepe s strani ministrstva niti vodstva organizacij ne želijo prevzemati odgovornosti. Javno jih mora predstaviti državljanom in zanje prevzeti tudi odgovornost: država. S tem se postavlja namreč vprašanje zagotavljanja zdravstvene oskrbe iz pravic os-



Mariborska regija, Splošna bolnišnica Maribor, 26. 3. 2003



Pomurska regija, Moravske Toplice, 26. 3. 2003

novnega zdravstvenega zavarovanja, ki so v pristojnosti državnega zbora.

V Celjski, Velenjsko-koroški in Novomeški regiji so posamezni razpravljalci menili, da bi se morale zdravniške organizacije zavzeti za čim manj ur dežuranja. Utrujen zdravnik je namreč lahko nevaren zdravnik. Marko Bitenc se je strinjal, ob tem pa poudaril, da je večja možnost za zdravniško napako tudi zaradi iztrošene opreme. Opozoril je, da ni realno, da bi bilo v Sloveniji v naslednjih desetih letih dovolj zdravnikov, da bi lahko vsi delali v skladu z zakonom o delovnih razmerjih. Za to vmesno obdobje je potrebna rešitev. Zbornica je že leta 1998 dala pobudo, da bi se povečalo število vpisnih mest na Medicinski fakulteti, podprla je tudi ustanovitev medicinske fakultete v Mariboru. Vendar kadrovske težave ne bodo rešljive v kratkem času, verjetno tudi ne s pritokom tuje delovne sile. Zbornica podeli licence za samostojno delo približno 20 zdravnikom vsako leto. Menil je tudi, da je biti zdravnik način življenja in ne služba. Zato bo vsak zdravnik, ki bo delal le 40 ur na teden, zavrzel svoje znanje.

Prav v vseh regijah so menili, da je pravilna pot reševanja problemov v spremembi zakona. Menijo, da si mora Zbornica kot stanovska organizacija po vseh svojih močeh prizadevati za spremembo. Jasno mora povedati ministru za zdravje, da so metode njegovega dela za zdravništvo nesprejemljive, saj rušijo temelje dobro delujočega slovenskega zdravstvenega sistema.

Stališča Zbornice do problemov in odprtih vprašanj zdravstvenega sistema

Na podlagi vseh srečanj v vseh zborničnih regijah je vodstvo Zbornice pripravilo gradivo za stanovsko temo, ki je bila na 39. seji skupščine predstavljena in tudi sprejeta kot Stališča Zdravniške zbornice Slovenije do problemov in odprtih vprašanj zdravstvenega varstva.

Krepitev vloge regij

V regijah občutijo pomanjkanje delovanja Zbornice na regijski ravni. Marko Bitenc je poudaril, da regije vsako leto za svoje delova-

nje prejmejo določena sredstva. Kar 90 odstotkov teh sredstev ostaja neporabljenih. Regije bi ta sredstva po svoji presoji lahko porabile, na primer, za najem odvetnikov za pravno svetovanje svojim članom, morda za analize, ki jih potrebujejo za pogajanja z regijskimi partnerji. Lahko bi uvedli redne sestanke, na katerih bi oblikovali stališča, jih posredovali v Ljubljano in tako skupno reševali probleme v posameznem okolju. Pozitivni premiki so vidni v Novem mestu, Celju, Mariboru in Murski Soboti. V teh regijah so se združili predstavniki vseh treh organizacij, Zbornice, Fidesa in društva, ki bodo odprle skupne uradne prostore. V njih bodo uvedli dežurstva regijskih predstavnikov.

Specializacije

Predsednik Marko Bitenc je na vsakem srečanju že uvodoma pojasnil predvideni novi potek specializacij. Do sedaj so bile sprejete nove vsebine za skoraj vse specializacije, zadnji dve sta bili sprejeti na 39. skupščini. S tem se je Slovenija popolnoma uskladila z evropskim sistemom in slovenski zdravniki ne bodo imeli ovir za prehajanje na delo v druge evropske države. Problem je še vedno neurejeno financiranje. V dosedanjih razpisih je ostalo neizkoriščenih kar 60 specializacij. Očitno je, da zdravstvene organizacije nimajo denarja za financiranje po starem sistemu. Predvideno je, da bi še letos steklo financiranje po novem sistemu. Če bo to res, bo prvi razpis po novem predvidoma julija 2003. V Zasavski regiji je Franc Novak opozoril na problem izvajanja specializacij iz družinske medicine. Marko Bitenc je poudaril vlogo glavnega mentorja, ki mora skupaj s specializantom iskati možnosti za kroženje.

Razpravljalci v regijah so menili, da se je trajanje specializacije po nepotrebnem podaljšalo za skoraj 30 odstotkov. Marko Bitenc je pojasnil, da je to prav zaradi usklajenosti z Evropo. Slovenija je podaljšala le tiste specializacije, kjer je bilo trajanje krajše od določenega v Direktivi 93/16. Stanje je specifično pri zobozdravnikih, saj na primer v Italiji kot zobozdravniki lahko delajo tudi dentisti, ki imajo krajše izobraževanje. Ravno sedaj poteka v Evropski uniji razprava o nazivih za zobozdravnike.

Na srečanjih so razpravljali tudi o smiselnosti zelo ozko usmerje-



Posavska regija, Krško, 1. 4. 2003



Novomeška regija, Novo mesto, 1. 4. 2003



Primorska regija, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Šempeter pri Novi Gorici, 8. 4. 2003

nih specializacij, ki jih imata po novem sistemu kirurgija in interna. Generacije teh specialistov imajo namreč formalno priznani temeljni specializaciji, čeprav že leta in leta delajo na ožjih področjih. V bodoče bodo prikrajšani, saj formalno ne bodo mogli kandidirati za nobeno od razpisanih delovnih mest za posamezne usmerjene specializacije. Tako tudi ne bodo harmonizirani z Evropo. Marko Bitenc je pojasnil, da bo celotna prenova sistema specializacij zajela tudi to področje. V pripravi so že merila in kriteriji, po katerih bo vsakemu specialistu priznana ožje specialistično področje (namesto splošnega, ki ga je že opravil) na podlagi dokazil o opravljenem delu.

Zahteve Zavoda za zdravstveno zavarovanje

V Zasavski, Velenjsko-koroški, Ptujski in Mariborski regiji so opozorili na neživljenjske zahteve Zavoda za zdravstveno zavarovanje,

ki od zdravnikov zahteva, da morajo 20 odstotkov delovnega časa obvezno opraviti po 16. uri. Za otroke in šolarje se vsi preventivni programi izvajajo dopoldne, popoldne so šolske in pediatrične ambulante prazne, zdravniki pa morajo biti prisotni. Posledica je le, da morajo sedaj v krajšem dopoldanskem času opraviti več dela. Neživljenjska je ta uredba tudi v splošnih ambulantah. Pacienti, ki se vozijo iz oddaljenih krajev, imajo pogosto le možnost, da se pripeljejo s t. i. "delavskimi avtobusi", ki vozijo zgodaj zjutraj v mestna središča, popoldne pa nazaj. Vmes ni povezav. Zdravniki menijo, da bi Zavod moral prepustiti izbiro o delovnem času izvajalcem, ki bi ga prilagodili svojim pacientom.

Več pripomb je bilo tudi v povezavi z novimi obrazci, ki jih tako Zavod za zdravstveno zavarovanje kot Skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja nalagata zdravnikom. Obveščanja o novostih ni, niti ustreznih navodil. Predvsem pa nihče o ničemer ne obvesti zavarovancev. Vse obveščanje morajo opraviti zdravniki, ki tako izgubljujejo čas, poleg tega so deležni še negotovanj pacientov. Veliko zdravnikov meni, da postajajo vse preveč administratorji. Nerazumne so predvsem zahteve pokojninskega zavoda. Za svoje birokratske postopke vsepovprek zahtevajo določene preiskave in analize, ki za zdravljenje pacienta niso potrebne in so zato zanj dodatno breme, poleg tega so dodatno breme za sredstva ZZZS. Nesprejemljivo dolgo je tudi odločanje invalidskih komisij, ki zadržujejo bolnikov zdravstveni karton, tako da je splošni zdravnik tudi po 14 dni brez njega.

Različne pobude, vprašanja in ugotovitve

- Zdravniki v Velenjsko-koroški regiji so opozorili, da bi jih delodajalec že od leta 1999 moral zavarovati za odgovornost, vendar se to še vedno ne izvaja. V zadnjih letih je postal zdravniški poklic zelo odprt pred javnostjo, delodajalci pa ne naredijo nič, da bi zdravnike zaščitili v skladu z zakonom.
- Prav tako so v Velenjsko-koroški regiji menili, da mora Zbornica narediti več za prikaz zdravnika v javnosti v pozitivni luči. Ob tem je Marko Bitenc poudaril, da Zbornica lahko ustrezno po-



Obalno-kraška regija, Splošna bolnišnica Izola, 8. 4. 2003



Gorenjska regija, ZD Radovljica, 15. 4. 2003



Ljubljanska regija, Klinični center, 22. 4. 2003

sreduje in zaščiti ugled zdravnika, ki ga blatijo brez kakršnih koli dokazov, le v primeru, da je seznanjena s problemom, predno postane javen. Če je s posameznim primerom seznanjena iz javnih medijev, ne more podati nobene izjave, ker ni seznanjena z dejstvi. Zapoznelo reagiranje je edino možno, vendar je bila, ne glede na krivdo, škoda že storjena. Pozval je vse zdravnike, naj v primeru možnih sporov ali napak najprej obvestijo Zbornico. Lahko preko predsednikov regij ali neposredno. Odbori in službe Zbornice bodo tako lahko nemudoma proučili primer in svetovali zdravnikom. Vsi predsedniki odborov imajo veliko izkušenj ter lahko nudijo hitro in kakovostno (predvsem pa brezplačno) pomoč. Vendar se morajo zdravniki zavedati, da dokazanih neetičnih ravnanj ali strokovnih napak Zbornica ne sme in jih tudi ne bo tolerirala.

- V vseh regijah so se pogovarjali tudi o višini članarine. Marko Bitenc je povedal, da je članarina tako visoka, kot želijo zdravniki imeti močno svojo stanovsko organizacijo. Povedal je, da se višina članarine ni spremenila že od leta 1996. Ker ni sledila inflaciji, se je od takrat celo znižala. Iz članarine se financirajo službe, potrebne za izpolnjevanje nalog, zaradi katerih je bila Zbornica ustanovljena in so zapisane v aktih Zbornice. Del članarine za svoje delo prejmejo regije. Močna pravni in oddelek za zdravstveno ekonomiko nudita pomoč tudi Fidesu in Slovenskemu zdravniškemu društvu. Članarina zagotavlja tudi socialno varnost (O tem je v uvodniku Isis 5/2003 več pisal predsednik odbora za socialna in ekonomska vprašanja Jani Dernič. Op.: ebn). Izpostavilo se je tudi vprašanje obsega in izgleda revije Isis. Urednica Elizabeta Bobnar Najžer je pojasnila, da se materialni stroški za revijo v celoti pokrivajo iz reklam. Ker je revija ugledna in privlačna, ima tudi več reklam. Če ne bi bila taka, ne bi bilo toliko reklam in tudi revija ne bi mogla biti na enaki ravni. Marko Bitenc je pojasnil, da finančno Zbornica ni več tako močna, kot je bila v prvih letih, vendar deluje finančno stabilno.
- V skoraj vseh regijah je beseda nanesla tudi na probleme, povezane z mrežo zdravniških delovnih mest. Po mnenju razpravljal-

cev projekt zamuja vsaj nekaj let. Na mreži bi morale namreč temeljiti načrtovanje potreb po zaposlovanju na posameznem območju. Z natančnimi podatki bi bilo lahko tudi ugotoviti, koliko in katerih specialistov v Sloveniji dejansko primanjkuje. Lahko bi izdelali načrt delovanja v času do zapolnitve mest, bodisi z bolj-šim nagrajevanjem zaposlenih na deficitarnih delovnih mestih, bodisi z "uvozom" že izdelanih specialistov. Zbornica je pred leti že pričela izdelovati mrežo, vendar je bil projekt zelo obsežen in bi zahteval veliko sredstev. Glede na to, da je za mrežo odgovorno ministrstvo za zdravje, Zbornica nanjo lahko poda le mnenje, je bil zbornični projekt ustavljen. Kljub temu je bilo zbranih dovolj podatkov, da je jasno razvidno, kje so največja pomanjkanja.

- Več bo potrebno narediti tudi na področju sodelovanja med osnovnim in sekundarnim nivojem. Bolnišnice bodo v skladu z doktrinami skrajševale ležalne dobe po operacijah, zato bodo družinski zdravniki še bolj obremenjeni. Problematici so tudi laboratorijski izvidi. V osnovnem zdravstvu imajo bolnika napotijo k specialistu, ta pa ga najprej vrne napotnemu zdravniku z zahtevami za laboratorijske preiskave, ki jih potrebujejo za svoje specialistično mnenje. To vnaša veliko zmedo med paciente, ki se počutijo opeharjeni in nezaželeni. Dobro bi bilo tudi, če bi si že specialisti vzeli čas za bolnika ter mu posredovali izvide. Dolgo čakanje na izvide po pošti ter nato še na tolmačenje pri družinskem zdravniku pacientu podaljšuje obdobje negotovosti, zato se zdravstveno stanje pogosto poslabša.

Druženje po regijah je potekalo od marca do konca aprila. 14 regij se je sestalo na 12 zborih. Regija zasebni zdravniki se je odločila, da zasebni zdravniki iz posamezne regije sodelujejo na skupnih regijskih srečanjih, ljubljanski regiji za osnovno in bolnišnično zdravstvo pa sta se odločili za skupni nastop. Obisk je bil na splošno dober, čeprav so se je po regijah kazala posamezna odstopanja.

Foto: Elizabeta Bobnar Najžer
Amadej Lah

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 7. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 3. aprila 2003

Soglasno je bil sprejet sklep št. 105/7/2003:

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnikov 4. seje izvršilnega odbora z dne 20. 2. 2003 in 6. seje izvršilnega odbora z dne 20. 3. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov
2. Poročilo o dopolnjenem finančnem načrtu ZZS za leto 2003
3. Dodatni predlogi k novemu pravilniku o vrstah, vsebini in vodenju specializacij zdravnikov
4. Razpis specializacij iz stomatologije
5. Zahteva Lekarniške zbornice Slovenije za objavo popravka osnutka novega zakona o lekarniški dejavnosti
6. Projekt za ustanovitev agencije za pripravo smernic
7. Razno

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 6. seje izvršilnega odbora z dne 20. 3. 2003 in poročilo o izvršitvi sklepov. Ponovni pregled zapisnika 4. seje izvršilnega odbora z dne 20. 2. 2003

Soglasno je bil sprejet sklep št. 106/7/2003:

Izvršilni odbor potrdi zapisnik 4. seje izvršilnega odbora z dne 20. 2. 2003 z dopolnitvama in zapisnik 6. seje izvršilnega odbora z dne 20. 3. 2003.

K 2. točki dnevnega reda: Poročilo o dopolnjenem finančnem načrtu ZZS za leto 2003

Nika Sokolič, univ. dipl. ekon., je poročala o vsebini dopolnitve finančnega načrta, ki ga je ZZS predlagal na skupščini za zmanjšanje pričakovane izgube. Ker zavod ne pričakuje povečane prispevne stopnje, je skupščini predlagal ukrepe za izravnavo odhodkov in prihodkov. Zavod je predlagal tako instrumente za zagotovitev ustrežnejših, tudi večjih finančnih virov kot instrumente za boljše obvladovanje izdatkov. Tako dopolnjen finančni načrt je bil sprejet na skupščini zavoda.

Predsednik je predlagal, da glede na dejstvo, da je izvršilni odbor dobil poročilo šele pred sejo, naloži strokovni službi, da pripravi podrobnejše poročilo, ki ga odbor obravnava na naslednji seji. Menil je, da je zelo pomembno, da se izvršilni odbor opredeli do finančnega načrta ZZS, saj se z njim posega tudi v delo in plačilo zdravnikov. Le skupščina ZZS lahko predlaga državnemu zboru, da poveča prispevno stopnjo, vendar tega ni naredila in se je odločila, da primanjkljaj zmanjša na drugačen način.

Igor Praznik, dr. med., je poudaril, da so se po izračunih oddelka za zdravstveno ekonomiko pri Zbornici zasebnim zdravnikom samo v lanskem letu prihodki zmanjšali za 3,5 odstotka, iz česar sklepa, da je ZZS ta denar lahko porabila za zmanjšanje primanjkljaja v preteklem letu.

Asist. Gordana Živcec Kalan, dr. med., je opozorila na "finančne vdore" v blagajno ZZS, na dejstvo, da je plačilo določenih socialnih pravic po spremembi pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in ob uveljavitvi novega zakona o delovnih razmerjih prešlo iz

bremena delodajalca v breme ZZS (npr. plačilo za krvodajalski dan, plačilo bolniškega staleža nad 120 dni po ZDR). Menila je, da je ZZS pričel prevzemati plačilo določenih pravic, ki gredo posamezniku iz drugih naslovov in ne iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

Predsednik, asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je v zvezi s predvidenimi ukrepi glede zdravil omenil, da predpisovanje generične substance nikjer v tujini ni prineslo pomembnih prihrankov, da je zdravnik tisti, ki predpiše konkretno zdravilo (ne lekarnar) - stališče UEMO in CP, kalkulacija porabe in vrednosti zdravil mora biti realna, da je potrebno računati na potencialnih 350 zdravnikov pri kalkulacijah sredstev, da bi bilo potrebno prevetriti t. i. nezdravstvene pravice v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih postopoma umikati iz tega zavarovanja. Na naslednji seji IO in SS, ko bo predstavljen osnutek stališč k 5. točki skupščine, se bo vanje vključila tudi ta tematika. Zbornica je prejela vabilo na sestanek z ZZS.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 107/7/2003:

Izvršilni odbor se je seznanil z dopolnjenim finančnim načrtom ZZS in bo nanj podal konkretne pripombe na naslednji seji, ob obravnavi gradiva k 5. točki seje skupščine. Strokovna služba pripravi podatke o presejanjih načrtov izvajalcev v preteklih letih, ki niso bila plačana, podatke o potrebnem realnem planiranju sredstev za zdravila in potrebnem realnem planiranju sredstev za dodatne zaposlitve zdravnikov ter druge podatke, ki so pomembni za stališča in odgovor na dopolnitev finančnega načrta ZZS.

Sestanka z vodstvom ZZS se udeležijo naslednji predstavniki ZZS: asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., prim. Andrej Možina, dr. med., prof. dr. Vladimir Pegan, dr. med., asist. Gordana Živcec Kalan, dr. med., Igor Praznik, dr. med., Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., in Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

K 3. točki dnevnega reda: Dodatni predlogi k novemu pravilniku o vrstah, vsebini in vodenju specializacij zdravnikov

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je pojasnil vzrok sprejetja amandmajev k novemu pravilniku o vrstah, vsebini in vodenju specializacij zdravnikov. Povedal je, da so amandmaji pripravljeni na podlagi pripomb, ki jih je posredoval prof. dr. Rajko Pirnat. V večini gre le za manjše redakcijske popravke. Bistvena sprememba je, da morajo vsi specializanti dobiti skupno odločbo, ki postane pravomočna šele, ko se nanjo ne pritoži nobeden od kandidatov. Prav tako je prišlo do sprememb v izbirnem postopku. Izvršilnemu odboru je predstavil tri možnosti prijavljanja kandidata na eno ali na dve specializaciji. Povedal je, da je po mnenju sveta za izobraževanje najbolj primerna možnost tista, ki predvideva, da se lahko kandidat prijavi samo na eno specializacijo z možnostjo prenosa vloge na drugo specializacijo po koncu razpisnega roka, ko Zbornica objavi zapolnitev razpisanih mest (podobno kot pri vpisu v srednjo šolo).

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je opozorila, da so zdravniki zelo determinirani, kar zadeva njihovo ozko usmerjenost. Poudarila je, da se nekateri že tekom študija odločijo, iz katerega področja bi radi specializirali, in je toliko huje, če niso izbrani.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je pojasnil, da je z razpisnimi pravili kandidatom zagotovljena enakopravnost. Kandidat, ki meni, da za neko specializacijo v določeni regiji ne bo izbran, lahko še vedno v določenem roku prenese svojo prijavo na drugo specializacijo in v drugo regijo, prav tako pa lahko tisti, ki ne bo izbran, kandidira na ponovnem razpisu.

Predsednik je menil, da je tak koncept relativno pravičen in zagotavlja, da so izbrani najboljši izmed vseh prijavljenih kandidatov. To je dobro, ker povzroča med kandidati konkurenco.

Izvršilni odbor se je seznanil z vsemi devetimi amandmaji k predlogu pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov in jih predlagal skupščini v sprejem.

Asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med., je zanimalo, kaj točno pomeni določilo 1. odstavka 29. člena predloga pravilnika, ki določa, da Zbornica vsako leto na predlog pooblaščenih izvajalcev in svojih strokovnih sodelavcev določi seznam glavnih mentorjev. Ne zdi se ji racionalno, da Zbornica vsako leto izdeluje nov seznam za tiste mentorje, ki so bili prejšnje leto že imenovani in še vedno izpolnjujejo pogoje iz posebnega pravilnika.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je pojasnil, da glavnim mentorjem niso želeli omejiti mandata. Menil je, da je dobro, da Zbornica vsako leto določi seznam mentorjev. V kolikor glavni mentor ni imenovan s strani pooblaščenega izvajalca, ga še vedno lahko imenujejo strokovni sodelavci Zbornice. Kriterije za mentorje, določene v posebnem pravilniku, izpolnjuje veliko zdravnikov, izmed teh pa se na predlog pooblaščenega izvajalca ali strokovnih sodelavcev Zbornice nato sestavi seznam mentorjev. V kolikor pride do razhajanj, je potrebno soočiti stroko.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., se je strinjala, da je potrebno seznam prevetrirati za vsako leto na novo.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 108/7/2003:

Izvršilni odbor sprejme predlagane amandmaje k predlogu pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov. Amandmaje, vključene v čistopis, in čistopis predloga pravilnika mag. Zlatko Fras, dr. med., predstavi prof. dr. Rajku Pirnatu. Nato se amandmaje k predlogu pravilnika posreduje skupščini v obravnavo in sprejem.

K 4. točki dnevnega reda: Razpis specializacij iz stomatologije

Izvršilni odbor se je seznanil s predlaganim razpisom specializacij iz stomatologije.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 109/7/2003:

Izvršilni odbor potrdi razpis specializacij in razpis posreduje ministru za zdravje v potrditev.

K 5. točki dnevnega reda: Zahteva Lekarniške zbornice Slovenije za objavo popravka osnutka novega zakona o lekarniški dejavnosti

Elizabeta Bobnar Najzer, prof., je povedala, da je Lekarniška zbornica zahtevala popravek sklepa izvršilnega odbora, ki je bil v sklopu zapisnika objavljen v glasilu Isis. Povedala je, da so popravek že objavili v eni od preteklih števil Izide.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je povedal, da sta se s prim. Martinom Možino, dr. med., sestala s člani Lekarniške zbornice na

sestanku, kjer so zgledili nastali spor, načeloma pa ugotovili, da imajo praktično vsa stališča Zbornice o predlogu zakona teža, le da bi si Lekarniška zbornica želela dodatne in širše obrazložitve stališč, ki so postavljena na kratko, oziroma nekoliko drugačno formulacijo. Odločili so se, da bodo vsebinska vprašanja - različne poglede, reševali na nadaljnjih sestankih.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 110/7/2003:

Izvršilni odbor se je seznanil z reševanjem nastalega problema z Lekarniško zbornico. Vprašanja, ki so še odprta, se obravnavajo na sestanku z Lekarniško zbornico.

K 6. točki dnevnega reda: Projekt za ustanovitev agencije za pripravo smernic

Predsednik je predstavil vse tri modele ustanovitve agencije za pripravo smernic. Modeli se razlikujejo glede na ustanovitelja. Model A predvideva kot ustanovitelja vse zainteresirane zdravstvene organizacije, kot so SZD, Zbornica zdravstvene nege, Zdravniška zbornica Slovenije itd. Model B predvideva javni zavod, ki je ustanovljen s strani države, soustanovitelji pa so podobni kot v modelu A. Model C je podoben modelu B, saj prav tako predvideva kot glavnega ustanovitelja državo po nizozemskem vzoru. Izpostavil je problem, da bo Zbornica, v kolikor želi biti ena izmed glavnih ustanoviteljic, nosila velike stroške. Najbolj sprejemljiv se mu zdi model A, ki zagotavlja, da zadeve ostanejo v rokah stroke, hkrati pa pomeni velike stroške, za katere dvomi, da jih bodo hoteli člani financirati preko plačila članarin.

Člani izvršilnega odbora so se strinjali, da je pomembno, da ustanovitelj takšne agencije ni vlada RS, temveč Zbornica v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi organizacijami. Zavedajo se, da bo morala Zbornica prispevati določen finančni vložek, vendar menijo, da bi se lahko, ko bodo zadeve že v teku, financirala s trženjem lastnih produktov.

Predsednik je predlagal, da se sprva vzpostavi le ena pisarna, iz katere bi se lahko agencija vodila. Ministrstvo bi sredstva prispevalo z naročili za izdelavo določenih smernic. Dvomi namreč, da bi Ministrstvo lahko kaj prispevalo iz proračuna.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 111/7/2003:

Izvršilni odbor se je seznanil z vsemi tremi modeli ustanovitve agencije za izdelavo smernic. Izvršilni odbor meni, da je med predlogi še najbolj sprejemljiv predlog A, modela B in C pa sta le pogojno sprejemljiva.

K 7. točki dnevnega reda: Razno

a) Nomenklatura za poklic mojster/mojstrica očesne optike

Soglasno je bil sprejet sklep št. 118/7/2003:

Izvršilni odbor se je seznanil z dopisom Ministrstva za zdravje dr. Vladu Dimovskemu v zvezi z Nomenklaturu za poklic mojster/mojstrica očesne optike.

b) Imenovanje predstavnika ZZS v Komisijo za nadzor nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 121/7/2003:

Izvršilni odbor je v Komisijo za nadzor nad delom centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog imenoval prim. Dušico Pleterski Riegler, dr. med. ■

Zapisala: Mirijam Pinter

Insulin odslej samo v jakosti 100 i. e./ml

Sporočilo za strokovno javnost

Marko Medvešček, Stanislav Primožič

V Sloveniji bodo insulinski pripravki v enotni jakosti 100 i. e./ml.

Razloga za enotno jakost 100 i. e./ml sta enostavnejša proizvodnja insulinskih pripravkov in izločitev možnosti napak odmerjanja na račun več jakosti in pripadajočih injekcijskih priborov.

Postopna uvedba jakosti 100 i. e./ml se je v Sloveniji dogajala že več let z uvajanjem pripravkov insulina v obliki karpul za peresnike ali tovarniško napoljenih peresnikov za enkratno uporabo, ki jih uporabljajo ambulantni bolniki. Insulin jakosti 40 i. e./ml je ostal v uporabi samo v bolnišnični oskrbi kot insulin homorap v vialah (Pliva), ki se je kot edini insulin lahko uporabljal v infuziji.

Proizvajalci insulina so že prenehali s proizvodnjo insulina v jakosti 40 i. e./ml. Insulinu homorap je preteklo dovoljenje za promet z zdravilom (registracija) na našem tržišču s koncem leta 2002, Pliva pa je predvidevala, da bo količina zalog zadoščala do konca junija 2003, vendar je s 1. 4. 2003 javila, da bo zalog samo do konca aprila. Zato je bilo na pobudo Združenja endokrinologov Slovenije ob vednosti Urada RS za zdravila z obveščanjem preko Plive 8. 4. 2003 razposlano obvestilo vsem bolnišnicam, da naj se pravočasno oskrbijo z insulinom actrapid v vialah jakosti 100 i. e./ml iz interventnega uvoza in ustreznim injekcijskim priborom za enkratno uporabo. Postopek naročanja je bil podrobno razložen.

Komisija za zdravila pri Uradu RS za zdravila je 26. 4. 2003 sprejela sklep, da se v Sloveniji preide izključno na jakost 100 i. e./ml.

Odobrila je izdajo dovoljenja za promet (registracijo) insulina actrapid 100 i. e./ml, tako da interventni uvoz tega zdravila ni več potreben.

Uradne informacije o tem in drugih registriranih zdravilih lahko najdete na brezplačni uradni spletni strani: <http://www.zdravila.net/>. Injekcijski pribor za enkratno uporabo za insulin jakosti 100 i. e./ml je registriran že od prej.

Opustitev insulina v vialah jakosti 40 i. e./ml in sočasna uvedba jakosti 100 i. e. zahteva organizirano akcijo v vsaki bolnišnici oziroma zdravstveni ustanovi s točno terminsko opredelitvijo izvedbe prehoda. Zato je stališče Združenja endokrinologov Slovenije, Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni ter Urada RS za zdravila naslednje: ko bolnišnica prejme naročene količine insulina actrapid 100 i. e./ml in pribora za to jakost, naj odstrani vse morebitno preostale vialo insulina jakosti 40 i. e./ml in ustrezen pribor, ki je umerjen na to jakost, da ne bo prišlo do pomot pri odmerjanju. O spremembi mora obvestiti vse strokovno osebje, ki je vključeno v delo z bolniki, pri katerih pride v poštev uporaba insulina.

Po 1. 7. 2003 naj ne bi bil nikjer v Sloveniji v uporabi insulin, ki ni jakosti 100 i. e./ml, zato naj strokovne službe v bolnišnicah poskrbijo za pravočasno porabo zalog vial insulina jakosti 40 i. e., da bi se izognili nepotrebnemu uničevanju preostalih količin tega zdravila. ■



Smernice za ocenjevanje izida rehabilitacije v Sloveniji

Helena Burger, Nika Goljar

V okviru 14. dnevov rehabilitacijske medicine o ocenjevanju izida v medicinski rehabilitaciji (4. in 5. april 2003) je potekala tudi okrogla miza, ki so se je udeležili predavatelji, predstavniki Visoke šole za zdravstvo ter številni poslušalci

Za ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji so bile sprejete naslednje lestvice, nekatere med njimi so avtorji prispevkov prevedli ter so objavljene v zborniku 14. dnevov rehabilitacijske medicine. Reference za vse neprevedene lestvice so navedene v zborniku v ustreznih prispevkih.

1. Ocenjevanje bolečine

1. Vidna analogna lestvica (VAS)
2. Kratek vprašalnik o bolečini (zbornik, str. 84-5)
3. Pain Relief Scale (PRS)

2. Ocenjevanje otrok

1. Vprašalnik za oceno otrokove prizadetosti (PEDI - Pediatric Evaluation of Disability Inventory)
2. Sistem za razvrščanje otrok s cerebralno paralizo (GMFCS - Gross Motor Function Classification System) (zbornik, str. 105-7)

3. Ocenjevanje bolnikov po preboleli možganski kapi

V SB na nevroloških oddelkih in bolnišnični rehabilitaciji:

1. Razširjen Barthel indeks dnevnih aktivnosti ali
2. Lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM) (zbornik, str. 65)
Pri kontrolnih pregledih:
A Stroke Adapted 30-Item Version of Sickness Impact Profile (SA-SIP 30) (zbornik, str. 295-7)

4. Ocenjevanje bolnikov po nezgodni možganski poškodbi

1. Razširjeni Barthel indeks dnevnih aktivnosti ali
2. Lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM) (zbornik, str. 65)
3. FAM - Functional Assessment Measure
4. GOS - Glasgow Outcome Scale
5. DRS - Disability Rating Scale

5. Ocenjevanje bolnikov z multiplo sklerozo

1. Razširjeni Barthel indeks dnevnih aktivnosti
2. Lestvica stopnje prizadetosti po Kurtzkeju EDSS (Expanded Disability Status Scale)
3. Guy's Neurological Disability Scale (GNDS)

6. Ocenjevanje bolnikov z okvaro hrbtenjače

1. Mednarodni standardi za nevrološko in funkcijsko klasifikacijo okvar hrbtenjače (ISCI) - ASIA (zbornik, str. 150-1)
2. Spinal Cord Independence Measure (SCIM) (zbornik, str. 152-5)

7. Ocenjevanje bolnikov z ekstrapiramidnimi motnjami

1. Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)

8. Ocenjevanje bolnikov z živčnomišičnimi boleznimi

1. Ocenjevanje funkcijskega stanja bolnikov z ŽMB po Zupanu (ref. 9, str. 39, ali 15, str. 182)
2. Functional Classification in Muscular Dystrophy - Vignos (zbornik, str. 178)
3. Functional Grades po Brookeu (zbornik, str. 178)
4. ALS Functional Rating Scale

9. Ocenjevanje bolnikov po amputaciji spodnjega uda

1. Ocena pomicnosti - (LCI - Locomotor Capability Index) (zbornik, str.195) ali
2. Motorični del FIM
3. Lestvica za napoved izida po amputaciji (The Amputee Mobility Predictor - AMP) (zbornik, str. 196-8)

10. Ocenjevanje bolnikov z bolečino v križu

1. Oswestry Pain Disability Questionnaire
2. Lestvica za ocenjevanje bolečine/prizadetosti BacKill (zbornik, str. 211-2)

11. Ocenjevanje bolnikov z bolečino v vratu

1. Indeks zmanjšane zmožnosti zaradi bolečine v vratu (The Neck Disability Index) (zbornik, str. 220-1)

12. Ocenjevanje bolnikov z okvaro kolka

1. Harris Hip Score
2. Western Ontario and McMaster University indeks osteoartroze - WOMAC
3. 10 m hoje
4. 9 minut hoje

13. Ocenjevanje bolnikov z okvaro kolena

1. Oxfordska kolenska lestvica (Oxford Knee Score) (zbornik, str. 242-3)
2. Western Ontario and McMaster University indeks osteoartroze - WOMAC ali

3. Short Musculoskeletal Function Assessment Questionnaire - SMFA ali
4. Short Form 36 (SF-36) (zbornik, str. 244-5)

14. Ocenjevanje bolnikov z okvaro rame

1. Constantova lestvica za oceno funkcije rame (Constant Score) (zbornik, str. 258-9) - modifikacija?
2. UCLA (University of California Los Angeles Score)

15. Ocenjevanje bolnikov z okvaro roke

1. Funkcijski test roke po Jebsenu
2. Abilhand vprašalnik
3. Short Form 36 (SF-36) (zbornik, str. 244-5)

16. Ocenjevanje rehabilitacijske tehnologije

1. Individually Prioritised Problem Assessment (IPPA)
2. Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST)

17. Ocenjevanje kakovosti življenja

1. Short Form 36 (SF-36) (zbornik, str. 244-5)

2. A Stroke Adapted 30-Item Version of Sickness Impact Profile (SASIP 30) (zbornik, str. 295-7)
3. WHOQoL - Bref (WHO Quality of Life Questionnaire - kratka verzija)

Vsaj eno od naštetih lestvic bomo uporabljali:

1. Ob sprejemu in odpustu v splošno bolnišnico, ki ima zaposlenega specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine, zdravilišče ali na Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
2. Ob prvem ambulantnem pregledu in pregledu ob zaključku programa v osnovnem zdravstvenem varstvu, bolnišnici, zdravilišču ali Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo.
3. Ob kontrolnem pregledu dodatno ocenjujemo še kakovost življenja - po možnosti po 6., 12. in 24. mesecu.
Obrazec za Razširjeni Barthel indeks dnevnih aktivnosti ter navodila za izpolnjevanje dobite pri asist. mag. Jelki Janša, dipl. del. ter. (e-pošta: jelka.jansa@kclj.si).

Izobraževanje za uporabo Lestvice funkcijske neodvisnosti bo konec letošnjega leta v Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo organizirala prof. dr. Helena Burger, dr. med. ■

Spletna stran
Zdravniške zbornice Slovenije
<http://www.zzs-mcs.si>

Mag. Jože Seljak je po lastni zahtevi sporazumno prekinil delovno razmerje s Splošno bolnišnico "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Šempeter pri Gorici. Ob prenehanju dela stranke mag. Jože Seljak kot tožnik in Splošna bolnišnica kot toženec, druga do druge nista imeli premoženjskih zahtevkov. Kasneje je mag. Jože Seljak zoper toženca sprožil spor za plačilo odškodnine.

Med postopkom pa je g. mag. Jože Seljak predlagal kompromis s toženo stranko, to je bolnišnico, tako da se objavi v glasilu izrek sodbe Delovnega sodišča v Kopru, Oddelek v Novi Gorici, opr. št. Pd 203/98, z dne 16.02.2000. Toženec je soglašal s takim predlogom in pristal na objavo izreka kot sledi:

"Sklep v.d. direktorja tožene stranke Splošne bolnišnice "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Šempeter pri Gorici, z dne 30.01.1998, s katerim je toženi stranki mag. Jožetu Seljaku, Prekomorskih brigad 23, Šempeter pri Gorici, odvzel vsa pooblastila, ki jih je imel kot predstojnik internistične službe in ga razporedil na delovno mesto specialista internista, se razveljavi".

Zastopnik tožene stranke
Splošne bolnišnice "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Šempeter pri Gorici

Odvetnik
Marjan Petrič

Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo bolnika s KOPB

Stanislav Šuškovič, Mitja Košnik, Matjaž Fležar, Franc Šifrer, Damjan Eržen, Izidor Kern, Robert Marčun, Katarina Osolnik, Viktorija Tomič, Renato Eržen, Jurij Šorli ml., Jurij Šorli

I. Uvod

Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je bolezen z zaporo dihal, ki ni docela odpravljiva. Zapora dihal večinoma napreduje. Razvoj bolezni je povezan z bolezenskim odzivom pljuč na vdihavanje cigaretnega dima ali drugih vdihanih dražljivcev (1).

Bolniki pred pojavom zapore dihal praviloma dolga leta kašljajo in izkašljejejo.

Zapora dihal nastopa polagoma in se kaže s počasi napredujočo naduho ob telesnih obremenitvah. Zaradi počasnega napredovanja se bolniki boleznimi praviloma zavejo šele, ko se jim razvije huda zapora dihal. Bolezen zato pri večini bolnikov odkrijemo bistveno pozno (2).

Pisanje smernic je slonelo na dokazih, ki izvirajo iz kontroliranih in randomiziranih študij z obilico podatkov (dokaz A), iz kontroliranih, randomiziranih študij z omejeno količino podatkov (dokaz B), nerandomiziranih, postmarketinških študij (dokaz C) ali iz soglasja strokovnjakov (dokaz D).

Pričujoča strokovna izhodišča za izdelavo smernic za obravnavo odraslega bolnika s KOPB so bila sprejeta na sestanku Združenja pnevmologov Slovenije v Portorožu decembra 2001.

II. Epidemiologija

KOPB je med glavnimi vzroki zbolewnosti in umrljivosti v razvitih državah in tudi v deželah v razvoju (3).

Naravni potek bolezni

Za KOPB je značilna postopna in nepopravljiva izguba pljučne funkcije. V normalnih okoliščinah doseže pljučna funkcija najvišje vrednosti v starosti od 20 do 25 let in temu obdobju nato sledi postopni upad, ki je posledica staranja. Najzgodnejša stopnja KOPB se zato lahko kaže kot nepopolni razvoj pljučne funkcije, sicer pa kot njen pospešen upad.

Umrljivost

Umrljivost zaradi KOPB v Sloveniji je bila leta 1994 28,2 na 100.000 prebivalcev in je v letih od 1989 do 1992 porasla za 32,2 odstotka. Višja je pri moških (41,8) kot pri ženskah (15,4) in je bila pri obeh spolih v letih od 1989 do 1992 v porastu, nato pa je v letih 1993 in 1994 upadala.

Prevalenca

Rezultati prebivalstvenih raziskav kažejo, da ima kronično obstrukcijo dihalnih poti od 4 do 7 odstotkov odraslih belcev in od 1 do 3 odstotke odraslih belk. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) Republike Slovenije je ocena prevalence bolnikov z astmo in KOPB precej višja in je v letu 1994 znašala 1.960 na 100.000 prebivalcev, kar je 34 odstotkov več, kot kažejo podatki centralnega registra na Golniku.

Prognoza

FEV₁ (volumen forsirano izdihanega zraka v prvi sekundi) je dober napovedni dejavnik umrljivosti zaradi KOPB in ga uporabljamo tudi pri oceni prognoze bolnikov. Preživetje je posebej slabo, kadar je FEV₁ pod 50 odstotki referenčne vrednosti. Pri napredovali bolezni, ko je FEV₁ okrog 1.000 ml, je petletno preživetje približno 50 odstotkov.

Preživetje je pomembno daljše pri bolnikih s kronično respiracijsko insuficienco, ki jih trajno zdravimo s kisikom na domu (TZKD). Primerjava preživetja bolnikov na TZKD in nezdravljenih s kisikom v Sloveniji je pokazala bistveno boljše preživetje pri tistih, ki so zdravljeni s kisikom. Kumulativni proporc preživetja je pri zdravljenih po dveh letih 0,76 in pri nezdravljenih 0,30, kar predstavlja povprečno okrog 2 do 5 let daljše življenje.

III. Dejavniki tveganja

Najpomembnejši dejavniki okolja so kajenje, masivna izpostavljenost prahu in kemikalijam (hlapi, dražljivci, dim) na delovnem mestu in onesnažen zrak. Novejše študije iz držav v razvoju kažejo na enako prevalenco med obema spoloma, ki verjetno odraža spreminjajoče se kadilске navade. Nekaj študij je nakazovalo večjo občutljivost žensk za vplive cigaretnega dima.

Opustitev kajenja je najuspešnejši ukrep, s katerim zmanjšamo tveganje razvoja KOPB in ustavimo napredovanje KOPB (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). **Dokaz A.** Eno od pglavitnih opravil pri obravnavi bolnika s KOPB je intenzivno pospeševanje opustitve kajenja.

Najbolj poznan genetski dejavnik tveganja je redko dedno pomanjkanje alfa₁-antitripsina. Prezgoden in pospešen razvoj panlobularnega emfizema in upad pljučne funkcije se pojavlja pri številnih kadilcih in nekadilcih s hudim pomanjkanjem tega encima, čeprav kajenje tveganje bistveno poveča.

Poklicna izpostavljenost prahu in kemikalijam: ob predolgi in preveč intenzivni izpostavljenosti kemikalijam (param, dražljivcem, dimu) se razvije KOPB neodvisno od kajenja. Sočasno kajenje dodatno poveča tveganje za razvoj te bolezni (11).

IV. Patologija

KOPB sestavljajo kronični bronhitis (hipersekretorni proces), bolezen malih dihalnih poti (obstruktivni proces) in emfizem (destruktivni proces). Patološke spremembe pri bolniku s KOPB so prisotne v velikih in malih dihalnih poteh, pljučnem parenhimu in tudi v pljučnih žilah (12, 13, 14, 15, 16). V omenjenih strukturah se pri bolniku s KOPB razvije kronično potekajoče vnetje. Zaradi encimskega neravnovesja (proteaze/antiproteaze) in vzdrževanja nevtrofilne infiltracije je učinek citokinskega delovanja usmerjen v povečano izločanje sluzi, brazgotinjenje in propad pljučnih struktur. V

patogenetični mehanizem se vključuje še oksidativni stres. Vnetno reakcijo sproži in vzdržuje kajenje, ki ima tudi neposredni škodljiv učinek na pljuča (17).

V. Stopnje težavnosti KOPB

KOPB razdelimo po simptomatiki in spirometriji na štiri težavnostne stopnje.

Razdelitev je namenjena predvsem preučevanju bolnikov s KOPB. Za posameznega bolnika umestitev ni posebno pomembna, saj obstaja le šibka povezanost med simptomi bolezni in ugotovljeno pljučno funkcijo. Vrsto in količino zdravil odredimo po simptomih KOPB, razen kisika, ki ga damo bolnikom v respiracijski insuficienci.

STADIJ	KARAKTERISTIKE
0: RIZIČNI	Normalna spirometrija Kronični simptomi - kašelj, izkašljevanje
I: BLAGA KOPB	$FEV_1/FVC < 70\%$ $FEV_1 \geq 80\%$ norme z ali brez kroničnih simptomov kašlja ali izkašljevanja
II: ZMERNNA KOPB	$FEV_1/FVC < 70\%$ $30\% \leq FEV_1 < 80\%$ norme z ali brez kroničnih simptomov kašlja ali izkašljevanja ali naduhe
III: HUDA KOPB	$FEV_1/FVC < 70\%$ $FEV_1 < 30\%$ norme ali $FEV_1 < 50\%$ norme z respiracijsko insuficienco ali dekompenzacijo kroničnega pljučnega srca

VI. Funkcijsko spremljanje bolnika s KOPB

Pljučna funkcija v diagnostičnem postopku

Osnovna preiskava je spirometrija. Vedno izmerimo počasno - SVC, in forsirano vitalno kapaciteto - FVC (razlika med njima normalno ni več kot 10 odstotkov - če je, lahko že posumimo na dinamično obstrukcijo, sproženo s forsiranim izdihom), FEV_1 in izračunamo indeks Tiffeneau - TI (FEV_1/VC ali FVC - tista, ki je večja). Ta indeks je kazalec obstrukcije, kadar je zmanjšan za več kot 10 odstotkov od norme za bolnikovo starost. Vedno opravimo tudi bronhodilatatorni test. V kolikor izmerimo obstrukcijo, ki se po dilatorju pomembno ne spremeni, izmerimo difuzijsko kapaciteto pljuč, ki zelo dobro korelira s stopnjo emfizema. Difuzija, ki je pod 50 odstotki norme, zelo verjetno povzroča respiracijsko insuficienco, zato je potrebna plinska analiza arterijske krvi (PAAK) v miru in pri mlajših bolnikih tudi pri obremenitvi.

Funkcijski diagnostični pristop

Prvi obisk bolnika	Spirometrija pred in po bronhodilatatorju
Popolna funkcijska ocena - specialist pulmolog	Difuzijska kapaciteta, po možnosti telesna pletizmografija; izključitev drugih DD možnosti (metaholinski test) Bolnik, mlajši od 45 let: dinamični HRCT Glukokortikoidni poskus

Meritev PEF zaradi narave omejitve pretoka v izdihu in zaradi velikega vpliva moči dihalnih mišic na meritev ne da dovolj reproducibilnih rezultatov in je klinično manj uporabna.

Funkcijsko vodenje bolnika s KOPB

Bolnik, ki še ne spada v III. skupino po teži svoje bolezni, potrebuje vsaj 3 leta zapored na pol leta ponovitev spirometrije na natančnem volumskem spirometru za izračun upada FEV_1 v ml/leto. Meritev mora biti v popolnoma stabilni fazi bolezni. Ob poslabšanju bolezni je spirometrija vsekakor prva preiskava pri bolniku s KOPB. Malo drugače je za bolnike III. skupine, pri katerih FEV_1 ne korelira več dobro s stopnjo poslabšanja in je nujna poleg spirometrije še plinska analiza arterijske krvi - PAAK za oceno stanja takega bolnika. PAAK moramo narediti tudi pri bolnikih z manj razvito boleznijo, saj je respiracijska insuficienca ob poslabšanjih lahko prisotna tudi pri večjih vrednostih spirometričnih kazalcev.

Funkcijsko vodenje bolnika s KOPB

Redne kontrole	Letno	Spirometrija, bronhodilatatorni test
Poslabšanje		Spirometrija; pri FEV_1 pod 1 liter PAAK
Ocena telesne okvare	Ob oceni invalidnosti	Kot v diagnostičnem postopku; ergospirometrija brez/z dodajanjem kisika

Slabšanje pljučne funkcije pripelje do večje pogostosti hujših poslabšanj bolezni. Če je pri bolniku potrebna hospitalizacija zaradi akutne respiracijske insuficiencie, je PAAK zadosti za njegovo funkcijsko spremljanje. Po stabilizaciji bolezni je potrebno izmeriti spirometrijo.

Meritve difuzijske kapacitete, ki so pod 50 odstotki norme, ne zahtevajo več ponavljanja. Pri vrednostih FEV_1 pod 30 odstotki je PAAK primernejša preiskava za vodenje teh bolnikov.

VII. Akutno poslabšanje KOPB

Najpogostejša vzroka akutnega poslabšanja KOPB sta okužba bronhov in onesnaženost zraka (18-22). **Dokaz B.**

Poglavitna zdravila za zdravljenje akutnega poslabšanja KOPB so inhalacijski bronhodilatatorji (agonisti adrenergičnih receptorjev beta₂, antiholinergiki), teofilin in sistemski glukokortikoidi (23-25). **Dokaz A.**

Ob znakih okužbe (povečana količina ali gnojnost sputuma) zdravimo z antibiotiki (19-22). **Dokaz B.**

Neinvazivna mehanična ventilacija zmanjša verjetnost intubacije ali smrti pri nekaterih bolnikih z respiracijsko insuficienco (26-31). **Dokaz A.**

Diagnoza in ocena teže poslabšanja KOPB

Poglavitni simptom poslabšanja KOPB je okrepljena naduha. Bolniku lahko piska v pljučih, čuti tiščanje v prsih, izkašljeje gnojen in viskosen sputum. Zmanjša se mu telesna zmogljivost. Težo poslabšanja najlaže ocenimo, če simptome, znake, pljučno funkcijo, plinsko analizo arterijske krvi in druge laboratorijske teste primerjamo s tistimi v stabilni fazi bolezni.

Preiskava pljučne funkcije (opravi jo osebni/urgentni zdravnik

na terenu): $FEV_1 < 1$ liter ali $PEF < 100$ L/min je znak težkega poslabšanja KOPB (32-34).

Plinska analiza arterijske krvi (v bolnišnici): $PaO_2 < 8$ kPa ali $SAO_2 < 90$ odstotkov označujeta respiracijsko insuficienco. $PaCO_2 > 9,3$ kPa in $pH < 7,3$ kažeta na življenje ogrožajoče poslabšanje, pri katerem je potreben skrben monitoring ali celo sprejem na intenzivni oddelek (35).

Radiogram toraksa je pomemben za ugotovitev morebitne druge diagnoze, ki se kaže s podobnimi simptomi in znaki kot poslabšanje KOPB (pljučnica, pnevmotoraks).

EKG: pomaga pri diagnozi hipertrofije/obremenitve desnega ventrikla, ishemije miokarda ali aritmije.

Drugi laboratorijski testi: preiskavo sputuma na patogene bakterije in antibiogram naročimo, kadar znaki okužbe ne izvenijo po empiričnem antibiotičnem zdravljenju.

Diferencialna diagnoza poslabšanja KOPB

Pri sumu na pljučno embolijo je potrebno narediti spiralni RT, angiografijo ali vsaj izmeriti D-dimer (ventilacijska/perfuzijska scintigrafija je pri napredovali KOPB premalo specifična). V prid pljučni emboliji govorita hipotenzija in hipoksemija ($PaO_2 < 8$ kPa) kljub zdravljenju z veliko inspiratorno koncentracijo kisika. Pri močnem sumu na pljučno embolijo uvedemo zdravljenje.

Ambulantno zdravljenje poslabšanja KOPB

Bronhodilatatorji

Povečati odmerek ali pogostost jemanja obstoječega bronhodilatatorja in dodati antiholinergik, v kolikor ni že predpisan (36-39).

Dokaz A. Velik odmerek bronhodilatatorja je lažje dati preko nebulizatorja, čeprav je inhaliranje iz pršilnika preko velikega nastavka podobno učinkovito. Bolniki z zelo majhno inspiratorno silo niso sposobni odpreti plastične zaklopke na nekaterih velikih nastavkih!

Glukokortikoidi

Skrajšajo trajanje poslabšanja in pospešijo izboljšanje pljučne funkcije. V peroralnem odmerku 32 mg metilprednizolona na dan jih za 3 do 10 dni dodamo bolnikom s $FEV_1 < 50$ odstotkov (40-44).

Dokaz A.

Antibiotiki

Predpišemo jih le bolnikom, ki med poslabšanjem več in bolj gnojno izkašljejejo (18-22). **Dokaz B.**

Antibiotik naj pokrije **S. pneumoniae**, **H. influenzae** in **M. catarrhalis**. Pri blagem/zmernem KOPB predpišemo ampicilin ali amoksisicilin, pri težkem KOPB amoksisicilin s klavulansko kislino ali kinolonski antibiotik. Vloga makrolidnih antibiotikov še ni dorečena. Kadar imamo od predhodnih poslabšanj podatke o rezistenci ali kolonizaciji z drugačno bakterijo (pseudomonas, enterobakterije), pri empiričnem predpisu antibiotika vedno upoštevamo ta podatek.

Hospitalizacija zaradi poslabšanja KOPB

Indikacije za hospitalizacijo

- Respiracijska insuficienca (ali poslabšanje respiracijske insuficienice pri bolnikih, zdravljenih s TZKD)
- Respiracijska acidoza
- Zelo huda dispneja (npr. v mirovanju)
- Novo nastala cianoza ali periferni edemi
- Slab odziv na začetno ambulantno zdravljenje
- Pomembne druge bolezni
- Novonastala srčna aritmija

Življenjsko ogroženi so bolniki z respiracijsko acidozo, drugimi kroničnimi boleznimi in bolniki, ki so že bili umetno ventilirani.

Indikacije za sprejem na intenzivni oddelek

- Zelo huda dispneja, ki se ne odzove na začetno zdravljenje
- Zmedenost, somnolenca, koma
- Hipoksemija, ki se slabo odzove na kisik ali poglobljanje respiracijske acidoze ($pH < 7,3$)

Hospitalno zdravljenje poslabšanja KOPB

Zdravljenje s kisikom je temelj hospitalnega zdravljenja poslabšanja KOPB. PaO_2 naj bo > 8 kPa. Če je bolnik hiperkapničen ali celo v respiracijski acidozi, je treba uporabiti Venturijevo masko. Po dodatku kisika plinska analiza čez 30 minut.

Bronhodilatatorji: povečati odmerek ali pogostost jemanja kratkodelujočega agonista₂. Vselej dodati antiholinergik.

Uporabiti nebulizator ali veliki nastavek. Razmisliti o dodatku **intravenskega aminofilina**. Aminofilin ima minimalen vpliv na pljučno funkcijo, vendar izboljša vzdržljivost dihalnih mišic. **Glukokortikoidi** peroralno ali intravensko (32 mg metilprednizolona od 3 do 10 dni). Antibiotike (peroralno ali intravensko) predpišemo bolnikom, ki med poslabšanjem več in bolj gnojno izkašljejejo. **Antibiotik** naj pokrije **S. pneumoniae**, **H. influenzae** in **M. catarrhalis**. Kadar imamo od predhodnih poslabšanj podatke o rezistenci ali kolonizaciji z drugačno bakterijo (pseudomonas, enterobakterije), pri empiričnem predpisu to vedno upoštevamo.

Spremljanje tekočinskega, elektrolitskega ravnotežja in prehranjenosti. Kadar je bolnik preveč dispnoičen, je potrebno dodati enteralno ali parenteralno prehrano.

Nizkomolekularni heparin nepokretnim, izsušenim ali bolnikom s policitemijo.

Spodbujanje kašlja: respiratorna fizioterapija (perkusijska, položajna drenaža) pri bolnikih, ki izkašljajo > 25 ml sputuma na dan ali imajo atelektazo.

Razmislek o neinvazivni umetni ventilaciji: pri dispnoičnem bolniku z blago acidozo (pH od 7,3 do 7,35), hiperkapnijo < 8 kPa, frekvenco dihanja > 25 /min, kadar ni kontraindikacij (apnea, kardiovaskularna nestabilnost (hipotenzija, aritmija, infarkt), zaspanost, zmedenost, nesodelovanje, obilen sputum, možnost aspiracije, debelost).

Umetna ventilacija: uporabi se pri bolniku, pri katerem pričakujemo, da bomo lahko odpravili povod poslabšanja KOPB. Upoštevati je potrebno tudi morebitno bolnikovo željo. Omejeni smo z dostopnostjo do ventilatorjev.

Kriteriji za odpust

- Bolnik je klinično stabilen (od 12 do 24 ur), ni dispnoičen pri jedi in spanju
- Plinska analiza je stabilna (od 12 do 24 ur)
- Bronhodilatator potrebuje redkeje kot vsake 4 ure
- Zadovoljive socialne razmere (možnost jemanja zdravil, nega/hrana)
- Če je bolnik stabilen, hipoksemija pa vztraja, je potrebno uvesti trajno zdravljenje s kisikom na domu

Od 4 do 6 tednov po odpustu je potrebna klinična kontrola, meritev pljučne funkcije, nadzor znanja uporabe inhalatorjev in uporabe zdravlil.

VIII. Trajno medikamentno zdravljenje KOPB

KOPB označuje vnetje bronhijev, ki je drugačno od vnetja pri

astmi. Ne poznamo zdravil, ki bi to vnetje pomembneje trajno zmanjševala. Z nobenim zdravilom ne uspemo upočasniti upadanja pljučne funkcije, vendar z bronhodilatatorji uspešno mirimo simptome KOPB.

Bronhodilatatorji

Pri KOPB so uspešni bronhodilatatorji iz vrst **simpatikomimetikov, antiholinergikov in teofilinov** (36-39). **Dokaz A.**

Simpatikomimetikov praviloma ne predpisujemo v obliki oralnih pripravkov.

Simpatikomimetike in antiholinergike (posamezno ali v kombinaciji) predpisujemo bodisi po potrebi ali (pogosteje) na stalne razmake.

Dolgodelujoči simpatikomimetiki so priročneji od kratkodelujočih, vendar jih lahko predpisujemo le na stalne razmake.

Kombinirana raba kratkodelujočega simpatikomimetika in antiholinergika uspešneje izboljšuje FEV₁ kakor raba posameznih bronhodilatatorjev (45-47). **Dokaz A.** Po nekaterih raziskavah so antiholinergiki učinkovitejši od simpatikomimetikov in jih priporočamo tudi zaradi njihove varnosti.

Kombinirana raba simpatikomimetika, antiholinergika in teofilina lahko pomembno dodatno izboljša pljučno funkcijo in telesno zmogljivost bolnikov s KOPB.

V zdravljenju KOPB veliko obeta dolgodelujoči **antiholinergiki tiotropij**, ki utegne biti izbirno zdravilo za stabilno KOPB. Ni dokazov, da bi bile inhalacije bronhodilatatorjev s pomočjo nebulizatorja učinkovitejše od inhalacij iz pršil (48-55).

Glukokortikoidi

Inhalacijski glukokortikoidi ne zmanjšujejo (vsaj pomembneje ne) vnetja bronhijev in ne upočasnijo upada FEV₁ pri bolnikih s KOPB. Dolgoročna varnost rabe inhalacijskih glukokortikoidov je pri bolnikih s KOPB verjetno takšna kot pri bolnikih z astmo. Zdi se, da s šesttedenskim do trimesečnim poizkusom z oralnimi glukokortikoidi ne razkrijemo bolnikov s KOPB, ki bi jim inhalacijski glukokortikoidi potencialno koristili.

Inhalacijske glukokortikoide predpišemo bolnikom, ki jim je inhalacijski glukokortikoid dokumentirano izboljšal pljučno funkcijo, ali bolnikom s FEV₁ < 50 odstotkov norme in pogostimi poslabšanji KOPB, ki jih je bilo potrebno zdraviti z antibiotiki ali oralnimi glukokortikoidi (41-44). **Dokaz B.** Bolnikom s KOPB trajno nikoli ne predpisujemo oralnih glukokortikoidov (23-25). **Dokaz A.**

Antibiotiki

Za zdravljenje stabilne KOPB antibiotikov ne uporabljamo.

Ostala zdravila

Priporočljivo je cepljenje proti gripi (56, **Dokaz A**) in verjetno tudi proti pnevmokoku (57-59, **Dokaz B**). Mukolitik, antioksidanti ali imunoregulatorji so verjetno neučinkoviti oziroma je premalo dokazov o njihovi učinkovitosti, da bi jih priporočali (60, 61, **Dokaz B**). Antitusiki so kontraindicirani (62). **Dokaz D.** Respiratornih stimulantov doksaprama ali almitrina ne priporočajo (63-64, **Dokaz B**).

IX. Rehabilitacija bolnika s KOPB

Pulmološka rehabilitacija obsega širok spekter različnih terapevtskih konceptov in jo je NIH (National Institute of Health) opredelil kot: multidisciplinarno kontinuiteto oskrbe, namenjene osebi s pljučno boleznijo oziroma njeni družini, običajno v sklopu ekipe različnih specialistov, s ciljem doseči in vzdrževati najvišjo možno raven posameznikove samostojnosti in vključevanja v družbo (1).

Pulmološka rehabilitacija zaseda pomembno mesto v procesu zdravljenja bolnikov v vseh stadijih KOPB. Njen namen je zmanjšanje simptomov, izboljšanje kakovosti življenja ter uspešnejše vključevanje v vsakodnevne dejavnosti. Obravnava tudi celo vrsto nepeljivih težav, vključno s slabo kondicijo, relativno socialno izolacijo, spremembo počutja (zlasti depresija), izgubo mišične mase in telesne teže. Rehabilitacija vsem bolnikom s KOPB izboljša telesno zmogljivost in zmanjša naduho ali občutek utrujenosti (65-68). **Dokaz A.**

Pred pričetkom rehabilitacije je potrebno oceniti bolnikovo izhodiščno stanje (spirometrija, telesna zmogljivost, ocenitev morebitne hipoksemije med obremenitvijo, stopnja prehranjenosti in sposobnost učenja). Pomembna je tudi motivacija bolnika.

Med izločitvenimi kriteriji je pomembna zlasti prisotnost stanj, ki bi motila sam proces rehabilitacije (hud artritis, nesposobnost učenja, moteče vedenje...), in stanj, ki bolnika življenjsko ogrožajo (huda pljučna hipertenzija, nestabilna angina pectoris, miokardni infarkt v bližnji preteklosti...). Oblika rehabilitacije je odvisna od vsakega posameznika in je lahko bolnišnična, ambulantna ali pa poteka doma. Razdelimo jo na telesno vadbo, izobraževanje, psihosocialno obravnavo, prehrabene nasvete in oceno uspešnosti.

Osnova rehabilitacije je telesna vadba, ki sicer ne daje merljivih učinkov na respiratorno prizadetost, vpliva pa na telesno oslabelost, ki je pomemben komorbidni dejavnik pri napredovali pljučni bolezni. Telesna vadba naj bi se izvajala v območju od 60 do 90 odstotkov predvidene maksimalne srčne frekvence oziroma od 50 do 80 odstotkov maksimalne porabe kisika. Trajala naj bi od 20 do 45 minut 3- do 4-krat na teden. Smiselno je trening mišičnih skupin, ki jih v običajnem življenju največ uporabljamo. Verjetno je poleg vzdržljivostnega treninga koristen tudi trening moči in dihalnih mišic. Po prenehanju vadbe pozitivni učinki počasi izzvenijo.

V sklopu izobraževanja je pomembno bolnika seznaniti z naravo bolezni, vplivom kajenja, s pravilnim dihanjem, zdravili... Prav teko je pomembno skupaj z bolnikom ugotoviti, pri katerih opravilih ima težave in nato poskušati najti rešitev, ki bo od bolnika zahtevala najmanjši napor, da opravi to delo.

Ocena uspešnosti je pomembna tako za zdravnika kot za bolnika. Obsega različne oblike ocene telesne pripravljenosti, prehranjenosti in kakovosti življenja. Smiselne so ocene na 6 oziroma 12 mesecev.

V program rehabilitacije je potrebno vključiti vse bolnike s KOPB, zlasti tiste, ki kljub ustrezni terapiji še vedno navajajo težave. Pri vseh bolnikih s KOPB bi bilo treba opraviti oceno telesne kompozicije (BMI, LBMI), oceno telesne zmogljivosti (10-m shuttle test ali 6-minutni test hoje) in le-to redno spremljati.

X. Trajno zdravljenje s kisikom na domu

Hipoksemija sproži več fizioloških odgovorov z namenom vzdrževati zadostno ponudbo kisika tkivom. Ko delni tlak kisika v arterijski krvi pade pod 7,3 kPa, se povečata ventilacija in minutni volumen srca. V predelih alveolarne hipoksije se zožijo pljučne žile in s tem izboljšajo razmerje ventilacije in perfuzije. Sekretija eritropoetina v ledvicah povzroči eritrocitozo in s tem poveča oksiferno kapaciteto krvi. Ti zgodnji koristni dogodki imajo škodljive kasne posledice. Dolgotrajna vazokonstrikcija, eritrocitozo in povečan minutni volumen srca povzročijo pljučno hipertenzijo in odpoved desnega srca.

Pri bolnikih v hipoksemiji dodajanje kisika vdihanemu zraku izboljša preživetje, pljučno hemodinamiko, telesno zmogljivost in počutje. Izboljšanje preživetja je proporcionalno številu ur zdravljenja s kisikom, zato predpisujemo 24-urno dnevno dodajanje kisika vdihanemu zraku (25, 58, 69-71). **Dokaz A.**

Kriteriji za uvedbo trajnega zdravljenja s kisikom na domu (TZKD) so:

- klinična diagnoza kronične pljučne bolezni,
- dokumentirana kronična hipoksemija: delni tlak kisika pod 7,3 kPa, ugotovljen z vsaj dvema plinskima analizama arterijske krvi v različnih obdobjih pri bolniku v mirovanju, v sedečem položaju in ob optimalni medikamentozni terapiji pljučne bolezni,
- če je delni tlak kisika več kot 7,3 kPa, a manj kot 8 kPa, izmerjen pri enakih pogojih in so že prisotne posledice kronične hipoksemije (eritrocitoza - hematokrit nad 55 odstotkov, znaki kroničnega pljučnega srca).

Stabilizacijo kronične respiracijske insuficience, ki je posledica kronične obstruktivne pljučne bolezni, dokazujejo:

- bistveno nespremenjen fizikalni izvid pljuč,
- vsaj tri tedne skoraj nespremenjena frekvenca dihanja, pulza, ekspiratorija,
- majhna spremenljivost delnega tlaka kisika (1 kPa) in FEV₁.

Pri bolnikih, ki se prvič zdravijo zaradi respiracijske insuficience, je treba preiskave ponoviti v daljšem časovnem razdobju (3 mesece), saj je treba upoštevati, da je za stabilizacijo bolezni včasih potreben daljši čas.

TZKD ne izboljša preživetja pri bolnikih z delnim tlakom kisika nad 8 kPa. Pri bolnikih s KOPB in le nočno hipoksemijo nočno dodajanje kisika ne zveča preživetja, niti ne odloži potrebe po TZKD.

Pravica do vira kisika (eneg!) je opredeljena v 94. členu pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Postopek za uveljavljanje pravice do vira kisika je naslednji: zdravnik pošlje predlog o upravičenosti z izvidi in naročilnico za tehnični pripomoček pristojni zdravniški komisiji, to je komisija za zdravljenje s kisikom na domu s sedežem v Bolnišnici Golnik. Komisija za zdravljenje s kisikom na domu izda mnenje o upravičenosti in to mnenje ter naročilnico za tehnični pripomoček pošlje v potrditev še pristojni območni enoti Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Na podlagi potrjene naročilnice zavarovana oseba uveljavlja pravico do vira kisika za TZKD. Bolnikom na TZKD pripadajo dodatek za telesno okvaro ter dodatek za pomoč in postrežbo.

XI. Nameni izhodišč

1. Pospeseno odkrivanje bolnikov z začetnimi oblikami KOPB
2. Pospeseno opuščanje kajenja
3. Poenotenje terminologije, diagnostičnih metod in zdravljenja KOPB
4. Ponuditi respiratorno rehabilitacijo čim večjemu številu bolnikov s KOPB
5. Nudenje pouka o KOPB bolnikom s KOPB in zdravstvenim delavcem, ki zdravijo bolnike s KOPB ■

Literatura:

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. *Morbidity & Mortality: Chartbook on Cardiovascular, Lung, and Blood Diseases*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, Bethesda, MD. 1998. Available from: URL: <http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/seiin/other/cht-book/htm>.
2. Georgopoulos D, Anthonisen NR. Symptoms and signs of COPD. In: Cherniak NS, ed.

Chronic obstructive pulmonary disease. Toronto: WB Saunders Co, 1991: 357-63.

3. World Health Report. World Health Organization, Geneva. 2000. Available from URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm>.
4. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 28: 3244-54.
5. American Medical Association. *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Nicotine Dependence: How to Help Patients Stop Smoking*. American Medical Association, Washington DC. 1994.
6. Glynn TJ, Manley MW, Pechacek TF. Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Prog Clin Biol Res* 1990; 339: 11-25.
7. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355-358.
8. The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the BTS. *BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease*. *Thorax* 1997; 52 (Suppl 5): S1-28.
9. Samet J, Utell MJ. Ambient air pollution. In: L Rosenstock, M Cullen, editors. *Textbook of occupational and environmental medicine*. Philadelphia: WB Saunders; 1994: 53-60.
10. Ries AL, Kaplan RM, Limberg TM, Prewitt LM. Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1995; 122: 823-32.
11. Niewoehner DE. Anatomic and pathophysiological correlations in COPD. In: Baum GL, Crapo JD, Celli BR, Karlinksky JB eds. *Textbook of pulmonary diseases*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 823-42.
12. Hill AT, Bayley D, Stockley RA. The interrelationship of sputum inflammatory markers in patients with chronic bronchitis. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 893-8.
13. Keatings VM, Collins PD, Scott DM, Barnes PJ. Differences in interleukin-8 and tumor necrosis factor-alpha in induced sputum from patients with chronic obstructive pulmonary disease or asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 530-4.
14. Pesci A, Balbi B, Majori M, Cacciani G, Bertacco S, Alciato P, Donner CF. Inflammatory cells and mediators in bronchial lavage of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1998; 12: 380-6.
15. Yamamoto C, Yoneda T, Yoshikawa M, Fu A, Tokuyama T, Tsukaguchi K, Narita N. Airway inflammation in COPD assessed by sputum levels of interleukin-8. *Chest* 1997; 112: 505-510 10.
16. Mueller R, Chanez P, Campbell AM, Bousquet J, Heusser C, Bullock GR. Different cytokine patterns in bronchial biopsies in asthma and chronic bronchitis. *Respir Med* 1996; 90: 79-85 85.
17. Wright JL, Lawson LM, Pare PD, Wiggs BJ, Kennedy S, Hogg JC. Morphology of peripheral airways in current smokers and ex-smokers. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127: 474-477 7.
18. Wilson R. The role of infection in COPD. *Chest* 1998; 113: 242S-8S.
19. Stockley RA, O'Brien C, Pye A, Hill SL. Relationship of sputum color to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest* 2000; 117: 1638-1645 45.
20. Soler N, Torres A, Ewig S, Gonzales J, Celis R, El-Ebiary M, et al. Bronchial microbial patterns in severe exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requiring mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157: 1498-505.
21. Smith CB, Kanner RE, Golden CA, Klauber MR, Renzetti AD, Jr. Effect of viral infections on pulmonary function in patients with chronic obstructive pulmonary diseases. *J Infect Dis* 1980; 141: 271-80.
22. Anderson HR, Spix C, Medina S, Schouten JP, Castellsague J, Rossi G, Zmirou D, Touloumi G, Wojtyniak B, Ponka A, Bacharova L, Schwartz J, Katsouyanni K. Air pollution and daily admissions for chronic obstructive pulmonary disease in 6 European cities: results from the APHEA project. *Eur Respir J* 1997; 10: 1064-71.
23. The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the BTS. *BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease*. *Thorax* 1997; 52 Suppl 5: S1-28.
24. American Thoracic Society. *Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. *Am J Crit Care Med* 1995; 152: S77-121.
25. Siafakis NM, Vermiere P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. *The European Respiratory Society Task Force*. 1995; 8: 1398-420.
26. Brochard L, Mancebo J, Wysocki M, Lofaso F, Conti G, Rauss A, Simonneau G, Benito S, Gasparetto A, Lemaire F. Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 1995; 333: 817-22.
27. Kramer N, Meyer TJ, Meharg J, Cece RD, Hill NS. Randomized, prospective trial of

- noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 1799-806.
28. Plant PK, Owen JL, Elliott MW. Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 1931-5.
 29. Esteban A, Anzueto A, Alia I, Gordo F, Apezteguia C, Palizas F, Cide D, Goldwaser R, Soto L, Budego G, Rodrigo C, Pimentel J, Raimondi G, Tobin MJ. How is mechanical ventilation employed in the intensive care unit? An international utilization review. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 1450-145-8.
 30. Esteban A, Frutos F, Tobin MJ, Alia I, Solsona JF, Valverdu I, Fernandez R, de la Cal MA, Benito S, Tomas R, Carriedo D, Macias S, Blanco J. for the Spanish Lung Failure Collaborative Group. A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. *N Engl J Med* 1995; 332: 345-350 50.
 31. Brochard L, Rauss A, Benito S, Conti G, Mancebo J, Rekik N, Gasparetto A, Lemaire F. Comparison of three methods of gradual withdrawal from ventilatory support during weaning from mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 896-903.
 32. Emerman CL, Connors AF, Lukens TW, Effron D, May ME. Relationship between arterial blood gases and spirometry in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 523-7.
 33. Thompson WH, Nielson CP, Carvalho P, Charan NB, Crowley JJ. Controlled trial of oral prednisone in outpatients with acute COPD exacerbation. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 407-412 [Abstract].
 34. Davies L, Angus RM, Calverley PM. Oral corticosteroids in patients admitted to hospital with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 354: 456-60.
 35. Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH, Collins D, Gross NJ, Light RW, Anderson P, Morgan NA. Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group. *N Engl J Med* 1999; 340: 1941-47.
 36. Higgins BG, Powell RM, Cooper S, Tattersfield AE. Effect of salbutamol and ipratropium bromide on airway calibre and bronchial reactivity in asthma and chronic bronchitis. *Eur Respir J* 1991; 4: 415-20.
 37. Jenkins SC, Heaton RW, Fulton TJ, Moxham J. Comparison of domiciliary nebulized salbutamol and salbutamol from a metered-dose inhaler in stable chronic airflow limitation. *Chest* 1987; 91: 804-7.
 38. Ikeda A, Nishimura K, Koyama H, Tsukino M, Mishima M, Izumi T. Dose response study of ipratropium bromide aerosol on maximum exercise performance in stable patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1996; 51: 48-53.
 39. Guyatt GH, Townsend M, Pugsley SO, Keller JL, Short HD, Taylor DW, Newhouse MT. Bronchodilators in chronic air-flow limitation: effects on airway function, exercise capacity, and quality of life. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 1069-74.
 40. Thompson WH, Nielson CP, Carvalho P. Controlled trial of oral prednisone in outpatients with acute COPD exacerbation. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 407-12.
 41. Davies L, Angus RM, Carverley PM. Oral corticosteroids in patients admitted to hospital with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 354: 456-60.
 42. Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH. Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic pulmonary disease. *N Engl J Med* 1999; 340: 1941-7.
 43. Pauwels RA, Lofdahl CG, Laitinen LA et al. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. *N Engl J Med* 1999; 340: 1948-53.
 44. Vestbo J, Sorensen T, Lange P et al. Long-term effects of inhaled budesonide in mild and moderate chronic obstructive lung disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353: 1819-23.
 45. Burge PS, Carverley PM, Jones PW et al. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE TRIAL. *BMJ* 2000; 320: 1297-303.
 46. Gross NJ, Petty TL, Friedman M, Skorodin MS, Silvers GW, Donohue JF. Dose response to ipratropium as a nebulized solution in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A three-center study. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139: 1188-91.
 47. Chrystyn H, Mulley BA, Peake MD. Dose response relation to oral theophylline in severe chronic obstructive airways disease. *BMJ* 1988; 297: 1506-10.
 48. Ulrik CS. Efficacy of inhaled salmeterol in the management of smokers with chronic obstructive pulmonary disease: a single centre randomised, double blind, placebo controlled, crossover study. *Thorax* 1995; 50: 750-54.
 49. Taylor DR, Buick B, Kinney C, Lowry RC, McDevitt DG. The efficacy of orally administered theophylline, inhaled salbutamol, and a combination of the two as chronic therapy in the management of chronic bronchitis with reversible air-flow obstruction. *Am Rev Respir Dis* 1985; 131: 747-51.
 50. van Noord JA, de Munck DR, Bantje TA, Hop WC, Akveld ML, Bommer AM. Long-term treatment of chronic obstructive pulmonary disease with salmeterol and the additive effect of ipratropium. *Eur Respir J* 2000; 15: 878-85.
 51. COMBIVENT Inhalation Aerosol Study Group. In chronic obstructive pulmonary disease, a combination of ipratropium and albuterol is more effective than either agent alone: an 85-day multicenter trial. *Chest* 1994; 105: 1411-19.
 52. Murciano D, Auclair MH, Pariente R, Aubier M. A randomized, controlled trial of theophylline in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 1989; 320: 1521-25.
 53. O'Driscoll BR, Kay EA, Taylor RJ, Weatherby H, Chetty MC, Bernstein A. A long-term prospective assessment of home nebulizer treatment. *Respir Med* 1992; 86: 317-25.
 54. Tashkin DP, Bleecker E, Braun S, Campbell S, DeGraff AC Jr., Hudgel DW, Boyars MC, Sahn S. Results of a multicenter study of nebulized inhaled bronchodilator solutions. *Am J Med* 1996; 100: 62S-69.
 55. Senderovitz T, Vestbo J, Frandsen J, Maltbaek N, Norgaard M, Nielsen C, Kampmann JP. Steroid reversibility test followed by inhaled budesonide or placebo in outpatients with stable chronic obstructive pulmonary disease. The Danish Society of Respiratory Medicine. *Respir Med* 1999; 93: 715-18.
 56. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenia J. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1994; 331: 778-84.
 57. Williams JH Jr., Moser KM. Pneumococcal vaccine and patients with chronic lung disease. *Ann Intern Med* 1986; 104: 106-9.
 58. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: S77-121.
 59. Simberloff MS, Cross AP, Al-Ibrahim M, Baltch AL, Geiseler PJ, Nadler J, Richmond AS, Smith RP, Schiffman G, Shepard DS, et al. Efficacy of pneumococcal vaccine in high-risk patients: results of a Veterans Administration Cooperative Study. *N Engl J Med* 1986; 315: 1318-1327 27.
 60. Poole PJ, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2.
 61. British Thoracic Society research Committee. Oral N-acetylcysteine and exacerbation rates in patients with chronic bronchitis and severe airway obstruction. *Thorax* 1985; 40: 832-5.
 62. Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998; 114: 133S-8S.
 63. Bardsley PA, Howard P, DeBacker W, Vermeire P, Mairesse M, Ledet C, Radermacker M, Bury T, Ansuquer J. Two years treatment with almitrine bismesylate in patients with hypoxic chronic obstructive airways disease. *Eur Respir J* 1991; 4: 308-10.
 64. Winkelmann BR, Kullmer TH, Kneissl DG. Low dose almitrine bismesylate in the treatment of hypoxemia due to chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1994; 105: 1383-91.
 65. Griffiths TL, Burr ML, Campbell IA, Lewis-Jenkins V, Mullins J, Shiels K, Turner-Lawlor PJ, Payne N, Newcombe RG, Ionescu AA, Thomas J, Tunbridge J, Lonescu AA. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 362-68.
 66. Goldstein RS, Gort EH, Stubbing D, Avendano MA, Guyatt GH. Randomised controlled trial of respiratory rehabilitation. *Lancet* 1994; 344: 1394-97.
 67. Wijkstra PJ, Van Altena R, Kraan J, Otten V, Postma DS, Koeter GH. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *Eur Respir J* 1994; 7: 269-73.
 68. McGavin CR, Gupta SP, Lloyd EL, McHardy GJ. Physical rehabilitation for the chronic bronchitic: results of a controlled trial of exercises in the home. *Thorax* 1977; 32: 307-11.
 69. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. *Ann Intern Med* 1980; 93: 391-8.
 70. Report of the Medical Research Council Working Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1981; 1: 681-6.
 71. Tarpay SP, Celli BR. Long-term oxygen therapy. *N Engl J Med* 1995; 333: 710-14.
- Pripis uredništva: Objavljeno s soglasjem Zdravniškega vestnika, kjer so bile smernice prvič natisnjene. *Zdrav Vestn*, letnik 71, št. 11, november 2002, str. 667-723.

UEMS in njegove delovne skupine

Duška Mičetić Turk, Mojca Vrečar

Združenje evropskih specialistov medicine (European Union of Medical Specialists - UEMS) je reprezentativna organizacija nacionalnih združenj specialistov medicine. Trenutno združuje 29 članic in pridruženih članic Evropske unije in zastopa več kot 1 milijon specialistov različnih specialnosti.

Sestava UEMS-a je zapletena. Sestoji iz upravnega odbora (Management Council), ki je odgovoren za delovanje UEMS-a, 37 specialističnih sekcij, od katerih ima vsaka svoj strokovni odbor (Board), ki skrbi za izobraževanje v okviru specializacije in vključuje tudi akademske zastopnike (univerze in fakultete). Izvršilni odbor (Executive Committee) v sestavi: predsednik, glavni tajnik, oseba za povezave in blagajnik, ki odgovarja za tekoče poslovanje organizacije.

UEMS je tesno povezan z drugimi neodvisnimi evropskimi medicinskimi organizacijami, npr. CPME (Comité Permanent de Médecins Européens), PWG (Permanent Working Group of Junior Doctors), UEMO (European Union of General Practitioners), in z evropskimi medicinsko-znanstvenim združenji.

Cilji UEMS-a so:

- promovirati najvišjo raven oskrbe bolnikov v EU,
- zagovarjati naziv "specialist medicine" za zdravnike, ki izvajajo najkakovostnejšo medicinsko oskrbo na svojem specialističnem/ekspertnem področju,
- promovirati usklajevanje visokokakovostnih izobraževalnih programov različnih specializacij v celotni EU,
- omogočati, pospeševati in olajšati nenehno strokovno usposabljanje in razvoj.

V zadnjem letu so razprave nacionalnih delegacij in zastopnikov v upravnem odboru doprinesle k razvoju in

zavzemanju nekaterih stališč. Tako so npr. sprejeli standarde visoke kakovosti zdravstvene prakse in sklepe o tem posredovali avtoritetam in institucijam EU ter nacionalnim zdravniškim zbornicam s priporočilom, da se začnejo izvajati navodila, ki se nanašajo na:

- podiplomsko izobraževanje za vse specialnosti,
- kontinuirano medicinsko izobraževanje (CME), kontinuirani profesionalni razvoj (CPD),
- Bolognsko deklaracijo, ki govori o CPD/izboljšanje kakovosti,
- zagotavljanje in izboljšanje kakovosti,
- nadzorovanje izobraževalnih centrov in
- avtonomijo specialistične medicinske prakse.

UEMS je ustanovil strokovni odbor za akreditacijo CME (EACCME) z namenom, da olajša izmenjavo kreditov CME znotraj EU, njenih pridruženih članic in AMA (American Medical Association). Podpisano je tudi pismo o nameri sodelovanja med EU in AMA.

Harmonizacijski odbor, ki je od ustanovitve UEMS-a skrbel za izobraževanje zdravnikov, je bil oktobra leta 2000 na jesenskem sestanku upravnega odbora preoblikovan v

pet delovnih skupin z mandatno dobo 2 let. Tako so nastale delovne skupine za:

1. podiplomsko izobraževanje,
2. CME/CPD,
3. kakovost oskrbe bolnika,
4. specialistično prakso,
5. odnose med sekcijami in njihovimi strokovnimi odbori.

Zastopniki Slovenije v upravnem odboru smo bili oktobra 2000 izvoljeni v delovno skupino CME/CPD (gospa Mojca Vrečar, MBA) in delovno skupino za podiplomsko izobraževanje (prof. dr. Duška Mičetić Turk in mag. Zlatko Fras).

Na zadnjem sestanku upravnega odbora in delovnih skupin v Bruslju od 21. do 23. marca 2003 je dolgoletni predsednik harmonizacijskega odbora in prvi predsednik delovne skupine za podiplomsko izobraževanje, prof. Jacques Gruwez, po izteku mandata predal funkcijo novemu predsedniku delovne skupine.

Soglasno je bil za novega predsednika izvoljen mag. Zlatko Fras, ki se je s svojo dejavno in inovativnostjo in pravilno argumentacijo lotil sprememb dokumenta Charter 6. Gre za ustanovno listino o podiplomskem izobraževanju, ki je nastala v sodelovanju z vsemi specialističnimi sekcijami in njihovimi vodstvi.

Po enoletni razpravi v vseh sekcijah in njihovih strokovnih odborih v EU so bili predlogi sprememb našega kolega potrjeni in sprejeti ter se sedaj o dokumentu Charter 6 govori kot o Frasovem dokumentu.

Slovenija, ki so jo že do sedaj sprejemali s simpatijami in spoštovanjem, je z uspehom mag. Zlatka Frasa postala še bolj razpoznavna kot dejavna in ustvarjalna članica UEMS-a.

Jesenski sestanek UEMS-a, ki bo v Ljubljani od 16. do 18. oktobra 2003, tokrat prvič v zgodovini UEMS-a izven stalnih članic EU, to tudi potrjuje. ■



Mojca Vrečar, MBA, mag. Zlatko Fras, prof. dr. Duška Mičetić Turk (z leve)

Sekcija UEMS-a za fizikalno in rehabilitacijsko medicino

Črt Marinček

Na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo je od 27. do 29. marca 2003 potekal sestanek strokovnega odbora UEMS-a za fizikalno in rehabilitacijsko medicino. Sodelovalo je 38 delegatov iz vseh držav EU in šestih kandidat. Pozdravu predsednika, prof. dr. Anthonyja Warda, in generalnega sekretarja, prof. dr. Alaina Delarquee, je sledilo finančno poročilo ter predstavitev novih projektov, ki jih je odbor začel v letu 2002. Večina projektov se nanaša na izboljšanje znanja in izobraževanje zdravnikov.

Pomočnik sekretarja, dr. George de Korvin, je predstavil novo spletno stran (<http://www.euro-prm.org/>), njeno obiskanost ter prosil predstavnike držav za njihova mnenja, komentarje in predloge.

Na začetku so delegati na kratko poročali o novostih v posamezni državi. V večini držav so oblikovali nov petletni program specializacije iz fizikalne in rehabilitacijske medicine ter pravila za sprotno izobraževanje zdravnikov.

Delo se je nadaljevalo v treh delavnicah, dopoldan o akreditaciji specialistov in učnih centrov s strani Evropskega odbora, o pogojih za podaljšanje licence ter o finančni situaciji, popoldan o kliničnih težavah in izkušnjah ter o specializaciji na splošno.

Člani **delavnice o akreditaciji (priznanju) specialistov in učnih centrov** za FRM s strani Evropskega odbora so predlagali naslednje kriterije za priznanje, ki so bili nato soglasno sprejeti:

1. Za priznanje specializacije iz fizikalne in rehabilitacijske medicine je potrebno:
 - 1.1. deset let dela kot specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine v svoji državi (ali državi EU),
 - 1.2. 80 odstotkov časa delo v multidisciplinarni delovni skupini,
 - 1.3. v zadnjih desetih letih objavljenih 5 člankov v mednarodnih revijah z recenzijo ali deset objavljenih predstavitev predavanj v zbornikih (skupaj zbrati 10 točk, objava v mednarodni reviji je

vredna dve točki, v nacionalni ali zborniku eno točko),

- 1.4. dokazljivo izobraževanje in učenje specializantov.
2. Za novo sprejete članice Evropskega odbora so bila sprejeta naslednja pravila:
 - 2.1. pet let dela kot specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine v svoji državi,
 - 2.2. 80 odstotkov časa delo v multidisciplinarni delovni skupini,
 - 2.3. v zadnjih petih letih trije objavljeni članki v mednarodnih revijah z recenzijo ali pet v nacionalnih revijah (skupaj je treba zbrati 6 točk).

Vloge bo presojala petčlanska mednarodna žirija. Člani žirije se menjajo na tri leta.

Sklepi **delavnice o pogojih za podaljšanje licence** so bili, da stari sistem točk ni več ustrezen, potrebno je razviti novega, lastnega, in ne čakati na določila EACCME (Eu-

ropean Accreditation Comitee for Continuous Medical Education). Odbor bo priznal sistem za podaljšanje licence, ki ga imajo posamezne države, za države, ki ga nimajo, pa specialisti potrebujejo 50 CME-točk na leto (ali enakovredno število učnih ur). Zdravniki lahko dobijo točke z udeležbo na nacionalni ali mednarodni konferenci ali seminarju, z branjem strokovne literature in sodelovanjem v organiziranih oblikah poučevanja. Licenco je treba podaljšati vsakih pet let. Nacionalni delegati morajo posredovati podatke o svojih članih Evropskemu odboru. Predstavnik Cipra je predlagal, da bi nacionalni delegati vsako leto pripravili obvestila o dogodkih v državi s številom točk. Ti podatki bi bili objavljeni na spletni strani ter dostopni vsem članom.

Delavnica o kliničnih izkušnjah in odbor za klinične standarde sta začela delati



Delovno predsedstvo med sejo

na projektu akreditacij za kakovost oskrbe, razvoj mednarodne baze podatkov za bolnike po okvari hrbtenjače, povezave v raziskovalnem delu ter skrbi za povezave z drugimi organizacijami in združenji. Potrdili so naslednje člane, ki bodo skrbeli za povezave z drugimi združenji:

1. Bengt Sjölund (Švedska) z International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM)
2. Luis Pablo Rodriguez-Rodrigues (Španija) z International Bone and Joint decade
3. Črt Marinček (Slovenija) z European Federation for Research in Rehabilitation
4. Anthony Ward (Velika Britanija) z European Society of PRM
5. Nicholas Christodolou z Mediteranean Forum of PRM
6. Anthony Ward (Velika Britanija) in Alain Delarque (Francija) z American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R)

Predlog skupine je, da bi v prihodnje čim več kongresov združili in jih bolje časovno usklajevali, da se jih bo lahko udeležilo več članov.

Delavnica o rehabilitaciji na splošno je večino časa sestavljala novo definicijo stroke, ker je zadnja, leta 1992 objavljena v Beli knjigi o vzgoji in izobraževanju, zastarela in neustrezna.

Do naslednjega sestanka (čez 6 mesecev) so bila dana v razpravo naslednja besedila:

- FRM je neodvisna medicinska specializacija, ki se ukvarja z izboljšanjem telesnega in duševnega funkcioniranja, vedenja, kakovosti življenja (dejavnosti in sodelovanja) in s preventivo, diagnozo, zdravljenjem in rehabilitacijo ljudi vseh starosti z zdravstvenim stanjem, ki povzroča prizadetost in soobolevnost.
- Specialisti FRM celovito pristopajo k ljudem z akutnimi in kroničnimi stanji, zaradi okvar mišičja, okostja in živčevja, amputacij, motnje v delovanju medeničnih organov, z zmanjšano zmožnostjo srca in dihalnih organov ter prizadetostjo zaradi kronične bolečine in raka.
- Specialisti FRM delajo v različnih zdravstvenih enotah, od intenzivne nege do zdravstvenih domov. Uporabljajo specifična diagnostična orodja in izvajajo zdravljenje, vključno s farmakološkimi, fizičnimi, tehničnimi, izobraževalnimi in poklicnimi intervencijami. Zaradi njihove široke usposobljenosti je za doseganje



Vsi delegati po sestanku pred Inštitutom Republike Slovenije za rehabilitacijo

najboljših rezultatov najprimernejše, da so odgovorni za delo ekipe strokovnjakov z različnih področij.

Med delovne naloge za leto 2003 so zapisali širitev poznavanja stroke v Evropi ter vzpostavitev profesionalnih in kliničnih standardov. Prof. Angela McNamara iz Dublina je predlagala ustanovitev Evropskega "colleagea" za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, ki naj bi skrbel za visoke poklicne standarde specialistov.

Tudi letos bodo specializanti in specialisti lahko opravljali evropski izpit, ki bo 28. novembra. Do 1. septembra 2003 se je potrebno prijaviti nacionalnemu delegatu (v Sloveniji prof. dr. Črtu Marinčku, dr. med.).

Pred sestankom UEMS-a so profesorji A. Chantraine (Švica), Ch. Gutenbrunner (Nemčija), M. Terburg (Nizozemska) in A. Delarque (Francija) opravili natančen pregled prostorov in dejavnosti v Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo. Dvodnevni obisk je bil namenjen vključitvi Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo v mrežo evropskih učnih centrov za specializacijo iz fizikalne in rehabilitacijske medicine. Obisk je potekal po ustaljenem protokolu. V sredo popoldan so bili na programu ločeni razgovori s strokovnim vodstvom Inštituta in s specializanti fizikalne in rehabi-

litacijske medicine (6), naslednji dan dopoldan pa ogled diagnostičnih in terapevtskih programov fizikalne in rehabilitacijske medicine ter sestanek pri glavnemu direktorju Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo, mag. Francu Hočevanju, prof. def. Svoje zaključke je komisija sporočila delegatoma Slovenije v UEMS-u prof. dr. Črtu Marinčku, dr. med., in prof. dr. Martinu Štefančiču, dr. med., ustno, kasneje tudi pisno. Tako je Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo dobil akreditacijo za (najdaljšo možno) dobo 5 let z dvema pripombama: specializantom omogočiti več časa za raziskovalno delo in boljše izmenjavo z zdravniki drugih specialnosti.

Nenazadnje velja omeniti, da je bila edino kolegica iz Grčije v Ljubljani pred 20 leti na tečaju FES (funkcionalne električne stimulacije). Vsem ostalim delegatom, ki so bili prvič v Sloveniji, bo ostala v dobrem spominu tudi odlična večerja v klubu Cankarjevega doma (gostitelj Zdravniška zbornica Slovenije).

Nekaj gorenjskih lepot smo razkazali tistim, ki jim je to dopuščal čas pred odhodom letala v nedeljo. ■

Enajsto mednarodno podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine - FEEA 2003

Vesna Paver Eržen, Miša Hribar Habinc

V prvem aprilskem vikendu je potekal že tradicionalni 11. tečaj FEEA (Fondation Européenne d'enseignement en Anesthésiologie), ki se ga je udeležilo 58 mladih anesteziologov. V vsebini naše šestletne specializacije so tečaji FEEA obvezna temeljna oblika pridobivanja teoretičnega znanja. Tečaji so organizirani v obliki interaktivnih predavanj, prikazov poučnih primerov in večerne okrogle mize.

Na letošnjem tečaju smo spoznali novosti treh glavnih tem: porodne in pediatrične anestezije in postopkov pri alergičnih reakcijah v perioperativnem obdobju.

V zadnjih šestih letih se je pomembno uveljavilo obporodno lajšanje bolečine, ki je v nekaterih zahodnoevropskih državah že uzakonjena pravica porodnice (Švedska leta 1971, Finska leta 1977). Kot najbolj uspešna metoda lajšanja obporodne bolečine se je uveljavila epiduralna analgezija, ki pa zahteva tesno sodelovanje porodničarja, babice in anesteziologa. Ker tako voden porod

zahteva daljšo prisotnost strokovnjakov, več opreme in spremljajočega zdravstvenega kadra, pomeni tudi večjo strokovno in finančno obremenitev za zdravstveni sistem. In vendar, "neboleč" porod je pravica tudi slovenskih žena. Zato posamezni anesteziološki oddelki že razvijajo 24-urno dejavnost lajšanja obporodne bolečine, ki ima v slovenskem prostoru sporadične začetke že pred mnogimi leti. Kljub intenzivnim prizadevanjem, da bi zdravstvena in zavarovalna politika to dejavnost priznala kot plačano storitev, stroki tega še ni uspelo izboriti.

S tega strokovnega področja smo kot predavatelja povabili dva irska profesorja: prof. dr. Jamesa Gardinerja in prof. dr. Bredo O'Kelly, ker v njunih bolnišnicah Rotunda Hospital Dublin in National Maternity Hospital Dublin več kot 89 odstotkov porodnic rodi v epiduralni analgeziji. Zato smo na okrogli mizi o organizaciji obporodne analgezije v Sloveniji sprejeli tudi naslednje smernice:

- 24-urna anestezijska služba za lajšanje obporodne bolečine se priporoča v bolnišnicah z več kot 2.000 porodi na leto,
- to analgezijo lahko izvajamo samo s pristankom oziroma na željo osveščene porodnice in s tesnim sodelovanjem porodničarja, anesteziologa in babice,
- v slovenskih bolnišnicah lahko te službe uredimo le s priznavanjem storitev s strani Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje in zdravstvenih zavarovalnic,
- storitve lahko samostojno opravlja le na tem področju izkušen specialist anesteziolog.

Otrok pomeni za anesteziologa strokovno-profesionalni izziv in drugačno čustveno angažiranost. Za obvladovanje vseh teh dejavnikov potrebujemo veliko znanja, izkušenj in spretnosti. Tako za anestezijo in lajšanje bolečine iščemo nove učinkovine in pristope. V zadnjem obdobju se je v pediatrični anesteziji močno uveljavila področna anestezija. Kot kombinirana metoda s plitvo



Obiskala sta nas priznana profesorja anesteziologije iz Dublina.



Slovenska anesteziološka stroka se je pomladila.

splošno anestezijo omogoča manj neželenih učinkov splošnega anestezika in sočasno podaljšano pooperacijsko analgezijo. Veliko prednost za otroka pomeni uvedba uporabe laringealne maske, ki je našla svoje široko mesto pri načrtovanih anestezijah. Dobra sta se uveljavila tudi hlapni anestetik sevofluran in venski anestetik propofol, ki omogočata hiter spanec in zbujanje.

V večerni delavnici je potekala po vzoru "Meet the experts" zelo živahna razprava na

temo Bolan otrok. Obravnavali smo pripravo in izvedbo anestezije ter ukrepanje pri zapletih pri anesteziji otrok s prehladnimi boleznimi in astmo. Tu so sodelovali priznani strokovnjaki pediatri in anesteziologi.

Prepoznava in zdravljenje anafilaktičnih in anafilaktoidnih reakcij je tudi za izkušenega anesteziologa lahko težko. Vsi znaki in simptomi se ne pojavijo pri vseh bolnikih. Ker so med operacijo bolniki pokriti in med splošno anestezijo nezavestni, so zgodnji

znaki pogosto zabrisani. Pri hudo bolnih že anestetik sam lahko povzroči nestabilnost krvnega obtoka in zaradi tega alergična reakcija ni takoj prepoznavna. Pri znani ali na novo odkriti alergiji v perioperativnem obdobju je pomembno sodelovanje s strokovnjakom internistom alergologom, da bolniku omogočimo operativno zdravljenje brez zapletov. ■

14. dnevi rehabilitacijske medicine: Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji

Metka Moharič

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo in Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani sta 4. in 5. aprila 2003 organizirala tradicionalne rehabilitacijske dneve. Udeležilo se jih je več kot 50 slušateljev in predavateljev.

Tema letošnjih rehabilitacijskih dnevov je bila "Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji". V devetdesetih letih prejšnjega stoletja so se tudi v medicinski rehabilitaciji pričele pojavljati težnje po "z dokazi podprti" medicini. Posledica tega in objave Mednarodne klasifikacije okvar, prizadetosti in oviranosti je bil pojav mnogih novih in oživitv starih testov in lestvic za ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji. V uvodnem nagovoru je predstojnik Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo in Katedre za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, prof. dr. Črt Marinček, dr. med., podal še vse ostale razloge za ocenjevanje rehabilitacijskega izida. Poudaril je, da si brez tega ne moremo predstavljati razvoja rehabilitacijske medicine, poleg tega pa se pojavljajo tudi težnje po razdeljevanju finančnih sredstev na osnovi objektivnejših meril in dokazljivih rezultatov. Povzel je tudi pomembne dosežke na področju ocenjevanja izida v rehabilitaciji v Sloveniji.

Pozdravnemu nagovoru glavnega direktorja Inštituta Republike Slovenije za reha-

bilitacijo, mag. Franca Hočevarja, prof. def., je sledilo vabljeno predavanje državnega sekretarja na Ministrstvu za zdravje, Dorjana Marušiča, dr. med., dipl. inž. Predstavil je modele klasifikacije in financiranja na področju rehabilitacije ter predloge zbiranja podatkov. Vse navzoče je povabil k sodelovanju pri nastajanju novega modela financiranja rehabilitacije.

V strokovni del programa nas je vpeljala prof. dr. Helena Burger, dr. med., s pomembnim ocenjevanja v rehabilitacijski medicini. Asist. mag. Andrejka Fatur Videtič, dr. med., je nato predstavila Mednarodno klasifikacijo okvar, prizadetosti in oviranosti ter njeno naslednico Mednarodno klasifikacijo funkcioniranja, prizadetosti in zdravja. Povzela je predvsem značilnosti nove sheme, prve izkušnje njene praktične uporabe in pogled na možnosti njenega uvajanja v Sloveniji (delovanje Nacionalne delovne skupine in proces prevajanja).

Sledila so predavanja, v katerih so bile podrobneje predstavljene nekatere ocenjevalne lestvice. Asist. mag. Jelka Janša, viš. del. ter., je orisala pomen ocenjevanja dnevnih aktivnosti ter predstavila osnovni in razširjeni Barthel indeks dnevnih aktivnosti (FIM - Functional Independence Measure). Lestvico funkcijske neodvisnosti je predstavil asist. mag. Klemen Grabljevec, dr. med., dr. Tone Brejc, univ. dipl. psih., pa Kratak preiz-

kus spoznavnih sposobnosti (Mini Mental State Examination) in njegov pomen pri napovedovanju in ocenjevanju izida medicinske rehabilitacije.

Asist. mag. Primož Novak, dr. med., je nato govoril o ocenjevanju bolečine in o izkušnjah, ki jih imata na tem področju z znan. svet. dr. Duško Meh, dr. med. Asist. prim. Hermina Damjan, dr. med., in mag. Katja Groleger, dr. med., sta predstavili ocenjevanje rehabilitacijskega izida pri otrocih. Prva je poudarila predvsem, kakšne morajo biti lestvice za ocenjevanje otrok in katere uporabljajo na njihovem oddelku, druga pa je predstavila sledenje rizičnih otrok in ocenjevanje (re)habilitacije otrok s cerebralno paralizo, vključno z izkušnjami.

Popoldanski sklop je bil posvečen predvsem nevrološki rehabilitaciji in rehabilitaciji po amputacijah. Najprej je asist. dr. Nika Goljar, dr. med., predstavila ocenjevanje bolnikov po možganski kapi ter lastne izkušnje. Standardizirano funkcijsko ocenjevanje nam je v pomoč pri objektivnejši oceni težko opredeljivih dejavnikov družinskih odnosov in kakovosti življenja. Prim. mag. Viktorija Košorok, dr. med., je govorila o ocenjevanju prizadetosti po nezgodni možganski poškodbi. Zaključila je z rezultati ocenjevanja 30 bolnikov po hudi nezgodni možganski poškodbi, ki so bili vključeni v primarno celostno bolnišnično rehabilitacijsko

obravnava na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo. O ocenjevanju bolnikov z multiplo sklerozo in o lastnih izkušnjah na tem področju je predavala prim. Marta Petelin Suhadolnik, dr. med. Sama sem nato predstavila pregled ocenjevanja bolnikov z okvaro hrbtenjače, prim. mag. Rajmond Šavrin, dr. med., pa je k temu dodal še lastne izkušnje in nekatere dileme, ki jih je pri tem opazil.

Mag. Karmen Peterlin Potisk, dr. med., je na kratko predstavila ekstrapiramidne bolezni in najbolj pogosto uporabljene ocenjevalne lestvice. Govorila je tudi o lastnih izkušnjah z uporabo lestvice Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Ocenjevanje bolnikov z živčnomišičnimi boleznimi je orisal asist. mag. Aleš Praznikar, dr. med. Za te bolnike obstaja ogromno različnih ocenjevalnih lestvic, take, ki bi zaznala majhne spremembe v funkcijskem statusu in zajela vse klinično in rehabilitacijsko pomembne lastnosti posamezne izmed živčnomišičnih bolezni, pa še ni. Pomemben korak naprej na tem področju je testni protokol za ocenjevanje funkcijskega stanja bolnikov z živčnomišičnimi boleznimi, ki ga je razvil prof. dr. Anton Zupan, dr. med. Nadaljevala je prof. dr. Helena Burger, dr. med., ki je natančneje opisala ocenjevanje izida rehabilitacije po amputaciji. Ugotavljala je, da se najmanj uporabljajo lestvice za oceno oviranosti in kakovosti življenja. Prim. dr. Metka Prešeren Štrukelj, dr. med., je za zaključek prvega dne podala še lastne izkušnje pri ocenjeva-

nju bolnikov po amputaciji spodnjih udov z lestvico funkcijske neodvisnosti.

Kljub vabljenemu sončnemu dnevu smo se drugega dne ponovno zbrali v predavalnici IRSR. Najprej je Daniel Globokar, dr. med., predstavil lestvice, ki jih lahko uporabljamo pri ocenjevanju bolnikov z bolečino v križu, ki je eden najpogostejših simptomov oziroma pritožb v ambulantah osebnih zdravnikov, ortopedov in fiziatrov. Prispevek o ocenjevanju bolnikov z bolečino v vratu je pripravila doc. dr. Milica Klopčič Spevak, dr. med. Z ocenjevanjem bolnikov z okvaro kolkov se je ukvarjal asist. mag. Klemen Grabljevec, dr. med. Okvara kolka pomembno znižuje kakovost življenja in samostojnosti v dnevni dejavnosti. Ustrezni rehabilitacijski programi za te bolnike izboljšujejo oboje, narejenih pa je malo raziskav. Sam je pri tej vrsti bolnikov preizkusil nekatere funkcijske lestvice. Vprašalnike za bolnike po poškodbi kolena je predstavila mag. Duša Marn Vukadinović, dr. med. Z merjenjem jakosti kolenskih mišic z izokinetičnim dinamometrom in uporabo vprašalnikov SF-36 in Oxfordsko kolensko lestvico je ugotovila močno negativno korelacijo med jakostjo kolenskih mišic in oceno življenjskih dejavnosti. Ni pa dokazala korelacije med oslabeleostjo kolenskih mišic in vključevanjem v družbo.

Po odmoru so sledila še predavanja Dragana Lonžarića, dr. med., o ocenjevanju bolnikov z okvaro rame in Alenke Höfferle Felc, dr. med., o ocenjevanju bolnikov z okvaro

roke. Prof. dr. Anton Zupan, dr. med., in doc. dr. Zlatko Matjačić, univ. dipl. inž. el., sta predstavila svoje poglede in lestvice, namenjene ocenjevanju rehabilitacijske tehnologije in pripomočkov. Pri tem se pogosto pozablja na mnenje uporabnika. Helena Jamnik, dr. med., je govorila o ocenjevanju kakovosti življenja v rehabilitaciji. Za zaključek smo slišali še izkušnje pri ocenjevanju le-te. Jurij Karapandža, dr. med., je pri bolnikih po možganski kapi uporabil lestvico Stroke Adapted Sickness Profile-30. Prim. mag. Viktorija Košorok, dr. med., je ocenjevala kakovost življenja bolnikov po nezgodni možganski poškodbi, asist. mag. Aleš Praznikar, dr. med., pa je naletel na kar nekaj dilem pri ocenjevanju kakovosti življenja bolnikov z amiotrofično lateralno sklerozo.

V času razprav in odmorov je med slušatelji in predavatelji potekala živahna izmenjava mnenj o številnih perečih problemih s področja ocenjevanja v rehabilitaciji.

Na okrogli mizi, ki je bila sklepno dejanje dogajanja teh dveh dni, smo skušali znanje, izkušnje in mnenja povezati v smernice, ki sta jih pripravili za objavo v Izidi voditeljici 14. dnevov rehabilitacijske medicine, prof. dr. Helena Burger, dr. med., in asist. dr. Nika Goljar, dr. med. Veliko naporov in truda sta vložili tudi v pripravo zbornika, ki ga je ob tej priložnosti izdal Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo. 28 kakovostnih prispevkov na tristo straneh prinaša v stroko tudi večje število ocenjevalnih lestvic. ■



Demenca drugače

Evropski regionalni sestanek v Ženevi

Lidija Stare

Mednarodno psihogeriatrično združenje je letos od 1. do 4. aprila gostovalo v znamenitem švicarskem mestu ob jezeru. Mesto ima morda nekaj manj prebivalcev kot Ljubljana, podnebje je podobno, le da veter piha iz ledene Rusije preko jezera in nič ni varno pred njim. Tako pravijo domačini, na ulici pa se to zelo hitro izkaže za neprijetno plat bivanja v sicer prijetnem okolju.

Uvodno predavanje je bilo namenjeno vedenju v širšem smislu, torej tistemu, kar karakterizira posameznika v njegovih dejanjih, reakcijah, razmišljanjih, hotenjih in predvidevanjih. Kadar bolezen prizadene zveze, ki omogočajo vnaprejšnjo presojo posledic njegovih dejanj, se odziva drugače. Njegovo vedenje ni spremenjeno, pač pa ravna, kot da posledic (nagrada, kazni) ne bo. Govorilo se je o čelnem režnju z zvezami. Sledile so na to vezane teme posebne vrste demenc - frontotemporalna demenca, ki predstavlja približno 2 odstotka degenerativnih demenc, in demenca Lewyjevih telesc, ki je alfa sinukleinopatija. Ostale alfa sinukleinopatije so: Parkinsonova bolezen, primarna avtonomna nevropatija, multisistemska atrofija, neurodegenerativno obolenje z akumulacijo železa tip I (Hallerworden - Spatz), Alzheimerjeva demenca. Alfa sinuklein se nahaja presinaptično na noradrenergičnih, dopaminergičnih nevronih, endoteliju in trombocitih. To zadnje odpira možnost "periferne vpogleda" v "centralno" dogajanje.

Zanimivo je, da so v 10 odstotkih avtopsi ljudi, umrlih pred 65. letom starosti, našli lezije v spodnjem delu možganskega debla (simpaticus in parasimpaticus), vagusu in drugih jedrih. Pri teh ljudeh vzroka za smrt klinično niso našli. Začetne spremembe pri Parkinsonovi bolezni so prav v jedrih vohalnega živca, glosofaringicusa in vagusa, gigantocelularnem jedru in jedru ceruleusa in subceruleusa. Šele kasneje je sprememba vidna tudi v kompaktnem delu črnega jedra z značilno klinično pojavnostjo. Slišali smo tudi tezo, da je Lewyjevo telesce v možganski skorji in v črnem jedru enako in da pred-

stavljata Alzheimerjeva in Parkinsonova bolezen le različen vidik iste bolezni. Tako naj bi spekter zajemal na eni strani Parkinsonove bolnike, na drugi strani spektra pa so bolniki z demenco Lewyjevih telesc. Osrednja skupina predstavlja bolnike z Alzheimerjevo demenco (AD). Različnost predstavlja predvsem lokacija prizadetosti (skorja, deblo, avtonomno živčevje) v odvisnosti od časa. V Lewyjevih telescih so dokazali s protitelesi za presenilin obdane poškodovane mikrotubule. Beljakovina tau je stabilizator mikrotubulov. Mutacije v genu za tau so večinoma tihe in ne povzročajo bolezni, na določenih mestih pa so ključne in vodijo v bolezen.

Veliko se je govorilo o depresiji kot pomembni spremljevalki ali celo znanilki Alzheimerjeve bolezni in kot visokem tveganju za pojav AD ob slabo ali nezdravljeni bolezni. Statini so se izkazali za neodvisen dejavnik zniževanja incidence Alzheimerjeve bolezni ne glede na periferni učinek na raven holesterola. Tau namreč stabilizira mikrotubule, ob višjem holesterolu pa je lateralna glibljivost amiloid prekursor proteina zmanjšana in generacija običajnega A beta proteina se zniža. Tu nastopi gama sekretaza, ki tvori patološko beljakovino. Večjo možnost za Alzheimerjevo bolezen imajo tudi nosilci gena Apo E4. Niso pozabili omeniti vaskularne bolezni, stresa in poškodb glave (naredili so študijo na marincih).

Klinična določitev tipa demence je pomembna zaradi zdravljenja potencialno ozdravljive demence. Poleg skrbnega pregleda in izključitve sekundarnih demenc je v svetu najbolj uporabljan in citiran kratek preizkus spoznavnih sposobnosti. Nekatere države (npr. Francija) smejo predpisovati inhibitorje holinesteraz že pri vrednostih KPSS 26/30, drugi se zavzemajo za zgodnejše ukrepanje celo pri blagem kognitivnem upadu, ki predstavlja v prvem letu 10-odstotno tveganje za nastanek AD, v dveh letih pa 18-odstotno. Problem je diagnostika, kajti prepoznavnost AD je v primarni ambulanti nizka. Še huje je pri svojcih, ki ugotovijo, da je nekaj narobe, povprečno šele pri KPSS okoli 16. Pacienta odpeljejo k zdrav-

niku šele takrat, ko je moteno vedenje. Tako so bolniki s frontotemporalno in demenco Lewyjevih telesc prej obravnavani. Funkcioniranje je pri njih slabše ravno zaradi slabše presoje ob enaki vrednosti na KPSS. Pripravlja se test, ki bo primeren in časovno nezahajen za primarno raven, ki je preobremenjena tudi drugje v Evropi. Inštitut "memory clinic" poznajo v Evropi in Ameriki. Tja pošiljajo paciente s sumom na demenco, nato se vrnejo v primarno službo, ki jih lahko ob poslabšanju ponovno napoti v tak center.

V zdravljenju ni nič novega, primarno zdravilo so še vedno holinesterazni inhibitorji, atipični nevroleptiki v primeru psihoz in vedenjskih motenj, druga podpora terapija glede na stadij bolezni, nemedikamentozno zdravljenje in postopki. Cilj je zadržati pacienta čim dlje doma ob čim boljši kakovosti življenja. Študije so pokazale, da se z uporabo zaviralcev holinesteraze življenjska doba bolnika ne podaljšuje, to pa je hkrati pomenilo zeleno luč za zgodnje zdravljenje.

Problem se pojavi doma, pri skrbniku. Obremenitve so velike, z bolnikom živi 24 ur na dan, tudi ponoči, zanj skrbi 280 ur na mesec. Obremenitev je fizična, psihološka in finančna. Glede fizične ni posebnih neznank. Psihološka obremenitev je večja, kadar je skrbnik čustveno vezan na zbolelega. Navadno ga zapustijo svoji in prijatelji, dan postane monoton, ne vidi pravega izhoda, ni zadovoljstva, zato je pogosto depresiven in več zboleva kot osebe iste starosti brez take obremenitve. Tako obremenjen skrbnik prej odpove in zbolelega prepusti domski oskrbi. S posebnimi programi za skrbnika so dosegli, da se je sprejem v dom odložil za 18 mesecev. Zato so ugotovili, da je pomoč skrbniku v obliki tečajev in pogostih obiskov, možnost razbremenitve za čas dopusta ali bolezni sestavni del obravnave bolnika z AD. Depresija pri skrbniku se pojavlja pri več kot 60 odstotkih.

Svetovna zdravstvena organizacija je pripravila več predavanj, kajti problem je prisoten po vsem svetu, tudi v državah v razvoju, kjer pa ne želijo narediti napake zahodnjakov, ki so gradili stanovanja, v katerih ni

prostora za predhodno generacijo. Nizka stopnja osveščenosti med prebivalstvom je v teh državah bolj pereča, pomanjkanje nevrologov in psihiatrov pa je prisotno tudi v nekaterih "zahodnih" državah.

Prevalenca demence narašča eksponentno do 85. leta starosti, ko doseže približno 20 odstotkov. Stroški ob sprejemu v negovalni dom pa enormno narastejo.

KPSS	26-21	20-15	14-10	< 10
Stroški EMU	4.200	25.200	65.800	95.000

Razumljivo je, da se na vsak način želi odložiti sprejem v negovalni dom zaradi stroškov. Cilj zdravstvenih sistemov v državah je, da zagotovijo usposobljene ljudi za pomoč negovalcem. Alternativa so majhne enote stanovanja z največ deset zbolelimi in dvema ali tremi usposobljenimi negovalci. Nobena vlada ne predvideva novih negovalnih domov. Zaradi sprememb v družbi bo na voljo vedno manj negovalcev. Tudi v južnih evropskih državah se ženske zaposlujejo in ne morejo več negovati zbolelega. Vse več je gospodinjstev z enim ali dvema članoma, so-

Delež prebivalstva, starega nad 55 let, v Evropi narašča:

Leto	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Milijoni (>55 let)	24,2	25,1	28	32,3	31,8	31,5

rodnikov je vse manj, vezi pa vse šibkejše. Nizki prihodki večje družbene skupine so poseben problem, saj v primeru bolezni njihovi prihodki ne bodo zadostovali za bivanje v domu. Vlade se spopadajo tudi s problemom, kako financirati 45 let življenja po upokojitvi, ne glede na prihodke.

Leta 2020 bodo neprenosljive bolezni predstavljale približno 60 odstotkov zdravstvenih primerov, poškodbe 20 odstotkov in infekcijske in prenosljive bolezni od 18 do 20 odstotkov. Od neprenosljivih bolezni bodo 24 odstotkov predstavljale nevropsihiatrične bolezni, 24 odstotkov srčno-žilne bolezni, 18 odstotkov neoplazme, 24 odstotkov sekundarne poškodbe. Od nevropsihiatričnih bolezni bo demenca predstavljala 4 odstotke primerov, po 8 odstotkov epilepsija in anksioznost, 12 odstotkov posledice prekomernega uživanja alkohola in 11 odstotkov shizofrenija. Večino, 40 odstotkov te skupine, bodo predstavljale motnje raz-

položenja. Ob tem je treba poudariti, da je družbeno breme teh bolezni 13 odstotkov, proračun zanje pa samo 2,1 odstotka.

V luči teh projekcij so že začete reforme zdravstvenih sistemov v večini držav povsem razumljive.

Slovenija je na vseh zemljevidih nekako v zahodni skupini, imamo enake uspehe in pomanjkljivosti kot v zahodni Evropi. Zdravila so na voljo, obravnava je vsako leto boljša. V zadnjih dveh letih je demenca zelo "in", kar je v tem primeru zelo pozitivno, vložek zdravnikov je enormen, vrednotenje dela pa še vedno močno zaostaja. Ta razkorak je že presegel tolerančne meje.

Senzibilizacija primarne ravni se je že zgodila, tudi prebivalstvo se prebujajo. To ne pomeni, da je slika rožnata, morda smo le ravno prav zadaj, da lahko pravočasno reagiramo. Čaka nas veliko strokovnega dela, država pa mora poskrbeti za šolanje kadra za pomoč negovalcem. ■

ODMEVI

Tiha voda bregove uspava (Miloš Mikeln)

Davorin Dajčman

Zadovoljstvom sem prebral misli Davida B. Voduška v aprilski številki Izide in ob primerjanju obeh tez, ki ju navaja, sem pravzaprav naletel na povsem enak problem, ki že nekaj časa nažira tudi mene. Ob razkolu med odnosom do posameznika in celotne skupnosti, kar za nas pomeni med zdravljenim bolnikom in ostalimi, ki na nas še čakajo, je zdravnik pravzaprav postavljen v travmatični subjektivni prostor, ki bi ga lahko kratko opisali takole: "Ker sem uspešno zdravil prvega bolnika, me je drugi moral čakati, pri tem pa se je njegovo stanje poslabšalo do te mere, da je umrl! Ali sem storil napako, sem bil morda v zmoti?" Razcepljenost med hvaležnost ozdravljenega in sovražne poglede svojcev umrlega bolnika nam zagotovo ne dopušča mirnega spanca, še bolj pa je vznemirljivo dejstvo, da nam zdravstveni sistem kot osnovnim subjektom zdravstvene dejavnosti nalaga odgovornost za oba. Ali naj potem zdravim oba polovično, dopustim njuno tekmovanje za mojo naklonjenost, ali morda celo v kratkih minutah triaže rečem: "Vi ste za umret, vas bom pa ozdravil!" Nikoli, tako ne gre. Paradoks, v katerem si vsak posamezni zdravnik išče svojo pot, da zadovolji bolnika, ohrani svoj ugled in ugled zdravniškega stanu, predvsem pa, da ima ob koncu čisto vest do Hipokratove prisege. Prepričan sem namreč, da je njen pomen danes zlorabljen, predvsem zaradi nezmožnosti uskladitve

med potrebami po zdravstvenih storitvah in zmožnostjo zdravstvenega sistema, da zagotovi vsem zdravja potrebnim kakovostne storitve. Seveda imam v mislim prepogosto sklicevanje na zaprisego, ki si jo vsi želimo uresničevati, mehanizmi zdravstvene politike pa od nas vse prepogosto zahtevajo, da za njo pregorimo. Vsaka žarnica ima svojo življenjsko dobo, ki je izražena v številu ur njenega osvetljevanja. Če jo pozabiš ugasniti, pač pregori hitreje, vendar za vrnitev njene funkcije potrebuješ denar za nakup nove. Zdravniki za sebe ne moremo dopustiti te grobe primerjave, vendar se v zadnjem času vse bolj vsiljuje. V tem kontekstu pozdravljam Voduškovega Apela, ki naj podoba na ogled postavi, hkrati pa ga podpiram, da poskušamo vzpostaviti njegov "dober kompromis" preko občje predstavitve protislovja, ki izhaja iz nevzdržne situacije poskusa vzdrževanja odgovornosti do bolnika na eni strani in njegovih čakajočih sobolnikov na drugi strani. V takem usklajevanju morajo sodelovati dejavniki celotne družbe, saj tega ni možno rešiti zgolj znotraj zdravstvenega sistema, ki se na ta način že dobro načenja.

Želel bi se dotakniti smernic, torej priporočil za delo. Med učenjem za zdravniški poklic spoznaš nujnost o vzročnem razumevanju biološkega pojava bolezni. Le tak način te pripelje do pravega zaključka in kar se da uspešnega zdravljenja. Pri prepoznavanju in odločanju v klinični

praksi zanesljivo potrebujemo priporočila, na katera se lahko naslonimo in na podlagi katerih lahko hitro sprejmemo zaključek, najbolj koristen za bolnika. V resnici je prav žalostno, da stojimo pred pragom Evrope brez jasnega stališča, kdo v državi Sloveniji sploh je odgovoren za formalizacijo strokovnih priporočil. Sicer mislim, da slika ni tako črna, ker se različna združenja znotraj Zdravniškega društva sama po sebi trudijo za razvoj strokovnih smernic, nekoliko pa šepa pri enotnem oblikovanju in prehodu v formalni postopek sprejemanja. Zanesljivo se bomo vsi slovenski gastroenterologi - sem namreč gastroenterolog in govorim za razmere, ki jih poznam - držali priporočil o diagnostiki in zdravljenju bolezni, za katera se dogovorimo na naših rednih letnih srečanjih. Rečem lahko celo, da na našem področju relativno dobro in redno sledimo tujim in domačom trendom, predvsem s cikličnimi strokovnimi posveti. Drugo je vprašanje načina oblikovanja smernic, še posebej pa subjektov, ki so povabljeni k sodelovanju. Tukaj so strokovna merila in izkušnje akterjev verjetno ključnega pomena, pa naj gre za strokovnjake iz kliničnih ali drugih specializiranih zavodov. Dejstvo je, da ostanejo občasno neformalizirana in pomanjkljivo prenesena v celotni zdravstveni sistem, kjer pa mislim, da slabše opravi delo krovna organizacija. V celoti pozdravljam pobudo za podružbljanje tega problema, ki mora v javnih razpravah prestopiti bregove zdravstvenega prostora in dokončno postati problem celostne družbe, kajti sicer se bomo razdeljeni v tisočere skupine znotraj ene same družbe dokončno izpodjedli. Danes lahko čutimo le pritiske različnih udeležencev v kreiranju zdravstva, ki s svojimi smernicami urejajo predvsem svoje področje v sistemu, pri tem pa upoštevajo predvsem zadovoljitev svojih

interesov. Na ta način tako strukture zdravstva kakor tudi tiste zunanje (npr.: ZPIZ...varuhi...itd.) vlečejo le svoje vajeti in tako zaostrejuje odnose. Ilustrativni primer moči argumenta denarja so seveda smernice, ki priporočajo postopke ali zdravila iz spodnjega do srednjega cenovnega razreda (običajno starejša ali manj učinkovita), pri čemer se odpira vprašanje odgovornosti do sprejetja takšnih smernic, ko vemo, da gre za priporočila, ki kljub temu dopuščajo zdravniku svobodo pri dokončni odločitvi (kar je prav, če bi ne bilo omejitev) in mu posledično nalagajo presojo o primernosti uporabe za posameznega bolnika. Tak način nas sili k izbiranju bolnikov in nam daje možnost presojanja o intenzivnosti zdravljenja za vsakega bolnika posebej. Prav na tem področju nimamo zanesljivih priporočil, le-ta pa morajo vsebovati tudi socialne, pravne, psihološke in druge splošne življenjske dejavnike. Sestavek sem napisal predvsem zaradi tega, ker menim, da ugovarjanje takšnemu razmišljanju sploh ni možno, kajti vsak ugovor bo posledica ekonomske, politične ali upravne preračunljivosti, verjetno tistih, ki se pri delu ne srečujejo s kofljivimi situacijami izbiranja zdravljenja, čakalnimi dobami, bolj nujnimi ali manj nujnimi primeri itd. na eni strani ter nenehno javnomnenjsko in ostalo presojo kakovosti dela na drugi strani. Prepričan sem, da bi nam lahko jasna stališča na tem področju bistveno olajšala delo. Zavedam se, da ste pozvali k odgovoru oziroma razpravi predvsem nosilce posameznih zdravstvenih in nezdravstvenih struktur, vendar naj bo ta odmev javna podpora in vzpodbuda drugim, ki si želijo bolj urejenih razmer v zdravstvu kot ključni dejavnosti naše družbe, saj gre vendar za nas in naše zdravje. Predramimo bregove!

Možganska kirurgija Indijancev, ki je ni bilo

Boris Klun

Članek Romine Znoj "Kirurgija pri Indijancih" v zadnji številki Izide vsebuje toliko netočnosti, da je nujno dodati nekaj pripomb.

Avtorica, ki je očitno obiskala Yucatán, je skušala v "indijansko kirurgijo" stlačiti še Maje, za katere nimamo nobenih verodostojnih dokazov, da so poznali odpiranje lobanje, kot tudi, da je njihovo kraljestvo segalo do današnjega južnega Čila. Ker je bilo kirurgije pri Majih bolj malo, nam je opisala bolezni, ki so pestile takratno prebivalstvo, čeprav si težko predstavljam, kako je danes mogoče ugotavljati pljučnico, blastomikozo ali navadne gliste tudi na dobro ohranjenih mumijah. (Mimogrede: Čagas pišemo ali originalno Chagas ali za silo fonetično Šagas. Verjamem, da je *Echinococcus granulosus* tiskarska napaka.)

Avtorica pravi, "da so bile najbolj priljubljene trepanacija in različne amputacije". Priljubljene pri kom? Pri bolnikih? O amputacijah pri Inkih ne vem kaj dosti, močno dvomim, da imamo o tem kakšne dokaze, pustil pa bi se poučiti.

Kar zadeva trepanacije, je treba povedati, da ob vsej spretnosti Inki niso imeli nobenega opravka z možgansko kirurgijo. Kar so počeli, je bilo enostavno odpiranje lobanje.

Čim je nekdo samo poskusil (po pomoti in zaradi nespretnosti se je to najbrž večkrat dogajalo) odpreti duro, pacient skoraj zanesljivo ni preživel. Avtorica pravi, da je pacient ali "umrl med operacijo,

živel le kratek čas, ali pa ostal živ še dolgo po operaciji". To seveda velja za vsak kirurški poseg, tudi danes, le odstotki so različni.

Nesmiselna je trditev, da je bila kostna reakcija odvisna od vrste tehnike, ki je bila uporabljena pri odpiranju lobanje.

Ni navedeno, od kod podatek o 83-odstotnemu preživetju. Podatki, ki jih poznam in ki so dobljeni na številu vitalnih kostnih reakcij velikanske zbirke lobanj v muzeju v Cuzcu, so bistveno nižji, toda ugodnejši kot številke iz srednjega veka.

Kapitalna je zaključna trditev, "da je nekaj znanstvenikov...izvedlo trepanacijo po inkovskih receptih" in da so bili "presenečeni nad tem, kako dobro se je operacija končala, kljub temu, da so uporabili primitivno kirurško orodje. Nekateri so bili celo tako navdušeni, da so bili mnenja, da je proti starodavnim tehnikam sodobna možganska kirurgija nezanesljiva in nevarna."

To seveda odpira vrsto vprašanj. Kateri znanstvenik si je upal operirati bolnika po starih inkovskih receptih? Kar pomeni, med drugim, tudi brez anestezije in asepse. Kdo je bil pacient (ali pacienti), ki je dal na razpolago svojo glavo? Katere možganske operacije so tako navdušile znanstvenike? Težko si predstavljam operacijo možganske anevrizme s "sekiricami, noži, palčkami in kaveljčki".

Vsekakor je treba objaviti imena teh znanstvenikov, da se jim bodo izognili tisti, ki niso povsem prepričani v prednosti inkovske možganske kirurgije (ki je nikoli ni bilo).

Medicinska etika

Deontološka vprašanja pri delu zdravnika

Ur.: Jože Balažic in Pavle Kornhauser. *Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete, 2003, 136 strani.*

Ze desetletje Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani organizira tradicionalno strokovno srečanje Medicinsko izvedenstvo. Ko so leta 1999 obravnavali vprašanja medicinske deontologije, je zaradi izjemno zanimivih strokovnih prispevkov vzniknila ideja, da bi jih povezali v knjižno obliko. Tako bi bili ohranjeni vsem, ki se pri svojem delu na različne načine soočajo z vprašanji medicinske deontologije. Kljub temu, da je preteklo nekaj let od nastanka do izida, prispevki niso izgubili nobenega od svojih poudarkov, saj so deontološka vprašanja večna.

V pozdravu udeležencem srečanja je prof. dr. Jože Balažic, predstojnik inštituta in sourednik knjige, s posebnim veseljem pozdravil prof. dr. Antona Dolenca, ki mu je bila posvečena celotna tema srečanja. Dolgoletni predstojnik inštituta je prvi nadaljeval delo utemeljitelja medicinske deontologije v Sloveniji, prof. Janeza Milčinskega. Prof. Dolencu so se njegovi nasledniki in učenci tudi na ta način oddolžili za njegovo dolgoletno delo in mu hkrati čestitali tudi ob njegovi življenjski obletnici. V zborniku je v čast prof. Dolencu objavljen tudi del njegove razprave "Medicina: umetnost, znanost in tehnologija", ki je bil prvotno natisnjen v knjigi Medicinska etika in deontologija II.

Uvodno predavanje na srečanju je prof. Balažic posvetil prikazu medicinske deontologije skozi prostor in čas. Ugotavlja, da je "ravnanje zdravnika v njegovem poklicnem delovanju in tudi zunaj njega vselej podvrženo natančni kritični presoji drugih...". Seveda to pogojuje narava dela: človeško zdravje in življenje. Na različne situacije, s katerimi se utegnejo srečati zdravniki pri svojem delu, jih pripravljajo učitelji na dodiplomskem študiju, in sicer: v okviru 30 ur predavanj v 3. in 4. semestru medicine, 15 ur pouka v 3. semestru stomatologije ter v 15 urah pouka v 9. semestru. Slednji zajema etično in deontološko nadgradnjo ter pravne predpise. V svojem drugem prispevku isti avtor prikazuje pot predloga novega zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih

umetne oploditve z biomedicinsko pomočjo ter etične dvome, ki so se ob tem odpirali.

Doc. dr. Božidar Voljč je segel h koreninam etike. Je etika vsiljena zapoved ali notranja potreba zdravnika? Skozi razpravo o izvoru etike analizira današnje stanje odnosa med zdravnikom in bolnikom, ki se dinamično spreminja. Medicinska znanost in sodobna tehnologija ponujata mnogo več, kot lahko plačajo zdravstvene blagajne. O tem, kako se lotiti tega temeljnega razkoraka, je v svojem prispevku razmišljal prof. Pavel Poredoš. Prof. Jože Trontelj je poudaril, da je "danes vse pomembnejše, da zdravnik bolniku dovolj dobro pojasni njegovo zdravstveno stanje, predstavi možnosti za zdravljenje in si za ukrepanje pridobi bolnikovo privolitve". Ob tem je potrebno upoštevati tudi različne okoliščine, ko so npr. ljudje duševno manj ali nesposobni, ko se odloča o otrocih in mladostnikih, ko se pojavijo želje hudo bolnih po samomoru.

Dr. Metka Klevišar je izpostavila tegobe zdravnikov, ko se soočijo z umirajočim človekom. Kljub temu, da se zavedamo, da je smrt del življenja, smo nanjo vedno nepripravljeni. Od zdravnikov v teh kritičnih trenutkih pomoč pričakujejo tako pacienti kot njihovi svojci, vendar so zdravniki na to večkrat premalo pripravljene.

Prof. Pavel Kornhauser, sourednik zbornika, je predstavil pomen sodelovanja s profesorjem Janezom Milčinskim za razvoj etične misli na področju intenzivne terapije otroka pri nas. V sodelovanju z njim in njegovimi nasledniki so pediatri na otroškem oddelku kirurgije v Ljubljani reševali etična vprašanja, s katerimi so se srečevali pri svojem delu. Velik napredek je bil dosežen, ko so se v zdravljenje otroka v bolnišnici dejavnje vključili tudi starši. Med še vedno nerešenimi vprašanji avtor opozarja na sodelovanje s sodišči, ki niso na voljo ponoči ali ob koncih tedna.

Zanimivo področje odpira asist. dr. Peter Kadiš, dr. med., ki je razmišljal o vlogi zdravnika pri gladovnih stvarkah. Povzema veljavne pravne določbe ter opozarja, da je še vedno nejasno izvajanje zdravniških ukrepov v kritičnih trenutkih, ko je zdravje stvarkajočega že ogroženo.

O pravnih in etičnih vidikih presajanja

organov razmišlja Vojko Flis, dr. med. Etične dileme v veliki meri nastopijo ob vprašanih možganske smrti in vprašanih privolitve. Članku je dodana priloga o organizaciji transplantacijske mreže pri nas.

Doc. dr. Matjaž Zwitter razpravlja o etičnih vprašanih v onkologiji. Povedati ali zamolčati diagnozo, kako sporočiti tako diagnozo kot predvideno zdravljenje, kako se pogovoriti s svojci ter, ne nazadnje, kako zagotoviti napredek stroke ob hkratni etičnosti raziskav.

Mag. Gordana Koželj in dr. Borut Štefanic sta predstavila medicinsko etiko v primeru iskanja podatkov v svetovnem spletu. Doc. dr. Branko Ermenc je predstavil etiko pisane besede. V njegovem prispevku so objavljeni tudi Kodeks novinarjev Slovenije, izvlečki iz kazenskega zakonika Republike Slovenije ter Mednarodni kodeks novinarjev. Doc. dr. Janko Kersnik je predstavil dileme družinskega zdravnika, ki je pogosto pod velikim pritiskom okolja. Ker zdravi člane iste družine, se mora taktno izogibati posredovanju medicinskih podatkov o drugih članih družine.

Vladimir Topler, dr. med., in Davorin Benko, dr. med., sta podrobneje raziskala etične pasti pri izpolnjevanju obvestila o telesni poškodbi. Prof. dr. Dean Ravnik opisuje in utemeljuje stališče, da se zdravnikova etika ne začne šele pri bolniku, temveč že pri pouku anatomije, pri delu s truplom. Jelka Mišigoj Krek, dr. med., in asist. Milan Krek, dr. med., sta navedla nekaj primerov iz vsakodnevne prakse zdravnika, ki zdravi osebe, odvisne od prepovedanih drog.

Kot zadnji prispevek je objavljena razprava po predavanjih na 9. spominskem srečanju akademika Janeza Milčinskega. Sledi mu še ponatis Kodeksa medicinske etike in deontologije.

Zbornik je posebej iskriivo zanimiv zaradi pobude Pavla Kornhauserja, da med prispevke poseje drobne iskricke različnih zgodovinskih zdravniških zapisov, skupaj z opisi njihovih avtorjev.

Knjizica stane 1.500 tolarjev, naročite jo lahko na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete, Korytkova 1, 1000 Ljubljana. ■

Matjaž Najzer

3.500 km z avtomobilom po Islandiji

Tomaž Rott

Nimam rad dolgotrajnih in podrobnih načrtov za potovanja, ki se lahko nato podobno kot skrbno načrtovana praznovanja izjalovijo. Mesec ali dva pred dopustom sem si na listek napisal Južna Afrika, Gomera (turistično manj obiskan slikovit otok Kanarskega otočja) in Islandija - ne vem, če ravno v tem vrstnem redu. V izogib vročini sva se z Urško odločila za Islandijo.

Kdor ljubi prvobitno neokrnjeno naravo z njenimi neobvladljivimi silami, popolnoma drugačen svet, v dobrem pomenu besede "odštekan", tega bo Islandija navdušila, kljub temu, da je za Japonsko najdražja dežela - v primerjavi z našimi cenami je vse najmanj dva- do trikrat dražje. Za 15-dnevni aranžma z letalskim prevozom iz Ljubljane preko Frankfurta na Islandijo in nazaj, najem najcenejšega avtomobila (Toyota Yaris), spanje v spalni vreči na žimnicah v šolskih prostorih, v sobah pri prijaznih domačinih ali v hotelskih sobah (hoteli so večinoma za turistične namene prilagojeni šolski internati) z bogatim zajtrkom sva za vsakega odštela približno 1.600 evrov. Če si ne moreš privoščiti dragih izletov v notranjost ali najema dragega terenskega vozila, je mogoče s krožnim potovanjem po otoku po cestah za običajna vozila obiskati najbolj pomembne zgodovinske točke in občudovati geološke značilnosti otoka, ki navdušujejo zaradi svoje enkratnosti.

Potovanje sva pričela v narodnem parku Þingvellir, severovzhodno od Reykjavika, kjer je prelomnica med evroazijsko in severnoameriško kontinentalno ploščo. Iz leta v leto se večja zemeljska razpoka, ki jo deloma sproti zalivajo vode, predel pa se vsako leto pogrezne za 2 cm. Ob največjem islandskem jezeru Þingvallavatn je tu na prostem zboroval eden najstarejših parlamentov v evropskem prostoru, Alþing, nepretrgoma od leta 930 vse do leta 1798 (ko so ga preselili v Reykjavik). Še bolj proti vzhodu je geotermalno področje Haukadalur z bruhajočimi vodnimi vrečmi, ki so v svetu dobili ime po tukajšnjem Geysirju. Geysir je zaradi tektonskih premikov presahnil, nadomešča pa ga bliž-



Breidarlón

nji Strokkur, ki izbruhne približno vsakih 8 minut od 25 do 35 m visoko. Nedaleč od Haukadalurja je eden najlepših islandskih slapov, Gullfoss, Zlati slap. Vode stopničastega slapa megličasto pršijo naokrog in padajo 70 m globoko v ozko sotesko. Tu sva prvič srečala vedno igrive islandske konje, ki so se nagajivo grizljali ali pa poležavali na trdih kamnitih tleh. Konje uporabljajo predvsem za varno in prijetno ježo (za turiste), saj je njihov korak izredno miren. Pravijo, da moraš biti pravi štor, da padeš s konja, ki te nato kar užaljeno in prizadeto gleda (konj namreč). Islandci gojijo tudi goveda in ovce. Zabavno je bilo videti, kako ženejo krave na pašo kar s traktorjem. Preko milijon ovc, ki jih strižejo spomladi, daje odlično volno. Pri pletenju jop in volnenih jaken še vedno sodelujejo s prebivalci srbskega Sirogojna.

Naslednjega dne sva se mimo jezera v kraterju Kerid namenila v porečje največje islandske reke Þjorsa, pod vedno v oblak zavitim ognjenikom Hekla. V kraju Þjöldvel-disbær je rekonstrukcija vikinske hiše, ki so

jo izkopal globoko izpod vulkanskega pepela v "severnih Pompejih", v kraju Stöng. Kot so Vikingi izginili z Grenlandije, ker se ob lakoti niso prilagodili prehranjevanju domorodnih Inuitov, tako je zelo malo ostalo od njihovih gradbenih del. Očitno niso hoteli ali znali obdelovati bazaltne kamenine.



Akureyri, botanični vrt



Dyrhólaey

Gradnja je slonela izključno na šoti za stene hiš, lesu za notranjo opremo, vejevju za oporo zemlje, porasle s travo, ki je prekrivala strehe. Tak način gradnje se je ohranil vse do 18. stoletja. Še sedaj je mogoče videti nekatere novejšje hiše s travnato streho, ki jo občasno pokosijo z električno kosilnico.

Pot sva nadaljevala proti jugovzhodu mimo slikovitih slapov Seljalandsfoss (foss = slap) in Skogafoss. (Morda ni daleč od resnice, da ima zaradi obilnih vod od topečih se ledenikov in pogostega deževja skoraj vsaka domačija svoj slap.) Prispela sva na skrajni južni del Islandije, rt Dyrhólaey, kjer so na visokih stolpnicaških klifih gnezdišča galebov in simpatičnih morskih papig, mormonov, z značilnimi velikimi barvitimi kljuni, v katerih stalno prenašajo ribe. Na Islandiji je mnogo lastovkam podobnih zelo bojevitih čiger, ki se ti zakadijo v glavo, če se približaš njihovim zemljiščem. Številne so raznovrstne race, galebi, labodi, razni dolgo- in zavitokljuni ptiči idr. Zanimivo je bilo opazovati labode in race, ki so drseli po vodi v enovrstnem "gosjem" redu, kot jadrnice na Barkolani.

Po daljši poti preko vulkanske puščave, kjer se je izbruhala lava v tisočletjih spremenila v bolj ali manj droben pesek vulkanskih puščav, po katerih so še nedavno divjali peščeni viharji, sva prišla do kraja z naj-

daljšim imenom na najini poti, Kirkjubæjarklaustur. Celotna pokrajina proti Kirkjubæjarklausturu je postajala ponekod nenavadno zelenkasta, barvo so ji dajale obsežne preproge mahov.

Zaradi peščenih viharjev so ponekod pričeli saditi rastlinje, ki uspeva v teh pogojih. S tem so viharje v precejšnji meri preprečili in omogočili nemoten promet. Ta je vzorno organiziran z dobrimi oznakami za ceste, ki so primerne za običajna vozila, in za tiste, kjer so potrebna terenska vozila. Krožna cesta po Islandiji je večinoma asfaltirana, vmes pa so tudi makadamski odseki. Hitrost izven naselij je omejena na 90 km/h. Prehitra vožnja po makadamu je lahko nevarna, kar sva občutila tudi midva, ko sva v ovinku zaradi peska na cestišču nasledla na bankini, na srečo brez posledic.

Kirkjubæjarklaustur je izhodišče za izlete v slikovito notranjost in predvsem narodni park Skaftafell. V neposredni bližini kraja je poleg slapov s pravilnimi šesterokotnimi ploščami tlakovano zemljišče, za katero so sprva menili, da gre za ostanke cerkvice, saj so na otok že pred Vikingi prišli samotarski irski menihi. V resnici tlak predstavlja naravno znamenitost, kjer so vidni vrh-



Hof, tipična cerkvica



Kit grbavec pred potopom

nji deli stebrov kristalizirane v globini ležeče lave.

V narodni park Skaftafell sva prišla v obejšem vremenu. Med nizkoraslim grmičevjem in cvetjem sva prišla do čarobnega črnega orgelskega slapu Svartifoss, ki pada preko šesterokotnih kristaliziranih vulkanskih stebrov, ki spominjajo na orgelske cevi. Med nadaljnjim vzponom naju je ujelo neurje z meglo in babjim pšenom. Povsem premočena naju je veter hitro posušil in razkadiril megle: stala sva nad ledeniki, ki so se vili med ostro oblikovanimi stenami vulkanskega žrela. Veličastni pogledi, ki so me napolnili s strahospoštovanjem do narave. Le nekaj let nazaj je bil tu silen izbruh, raztopil je ogromne sklade ledu in snega, ki so s kamenjem vred preplavili bližnji obalni pas in uničile vse pred seboj.

Naslednjega dne sva nadaljevala pot pod najvišjim, 2.119 m visokim islandskim vrhom, imenovanim Hvannadalshnukur. Predstavlja le del največjega evropskega, 8.400 km² velikega ledenika Vatnajökulla, ki skupaj s preostalimi ledeniki prekriva 10 odstotkov otoka. Vatnajökull se razteza 150 km v širino, debelina ledu ponekod dosega 1.000 m. Na jugu se ledenik lomi tik ob morju v ledeniške lagune. V turistično oblegani laguni Jökulsarlön sva uživala v vožnji med

manjšimi ledenimi gorami z eno od treh amfibijskih ladji z zanimivimi imeni Laki, Klaki in Dreki. Nedaleč proč od lagune Jökulsarlön je laguna Breiðarlön, kjer turistični vrvež zamenja oddaljeno bobnenje lomečega se ledu, ki proti pričakovanju deluje pomirjajoče.

Iz mesteca Höfn sva še zadnjič občudovala 50 km oddaljeni mogočni ledenik in se preko gorske verige spustila proti vzhodnim fjordom. Ti so ponekod zelo široki, s sorazmerno velikimi obdelovalnimi površinami in slikovito gorsko okolico. V fjordu Stoðvarfjörður sva si ogledala bogato zbirko mineralov, ki zaradi obilice materiala deluje utrujajoče.

Iz mesteca Eiðar na vzhodu otoka sva se potikala ob reki Lagarfljót. Med drugim je tu mogoče videti uspel poskus pogozdovanja. Čeprav je bila Islandija poraščena z brezami in vrbami, so za gradnjo in kurjavo posekali skoraj vse drevje. Danes poskušajo Islandijo pogozditi z iglavci. Po neuspehih s sibirskimi vrstami so se kot primerni izkazali iglavci z Aljaske. Na Islandiji bi verjetno rastle raznovrstno rastlinje, tudi brez rastlinjakov, saj so vsaj v obalnem pasu zaradi vpliva zalivskega toka primerne temperatu-



Labodji spev z največjim ledenikom



Lxardalsbeidi, islandski konji



Mormon, morska papiga

re. Povprečna najnižja temperatura je npr. januarja v Reykjaviku le -2°C . Med najinim bivanjem koncem julija se temperatura kljub dežju in vetru ni spustila pod 9 stopinj, bilo pa je tudi 24 stopinj na severu ob jezeru Myvatn. V botaničnih vrtovih na prostem sva poleg cvetja videla raznovrstno bujno rastočo zelenjavo. Ponekod v divjini je bilo obilo gob (kar stožilo se mi je), več vrst slastnih borovnic in brusnice, če niso imele dostopa ovce.

Iz Eiðarja sva se preko vulkanskih puščav odpravila severozahodno proti narodnemu parku ob reki Jökulsu. Tu je najmočnejši evropski slap Dettifoss, ki ga zaradi obilnega vodnega pretoka imenujejo evropska Niagara in pada v največji islandski kanjon. Naprej sva hitela v ribiško mestece na severu, Husavik, kjer sva si zežela iti na opazovanje kitov. Na Islandiji je za ljubitelje kitov veliko priložnosti. Tudi z naše ladjice smo poleg delfinov in hitrih kitov minkov iz neposredne bližine opazovali potapljanje

kita grbavca. V Husaviku je poučen in bogat muzej o kitih. Tu so tudi rogovi narvalov, ki so jih Islandci prodajali naivnim Evropejcem, zavite v legende o samorogih, in modeli iztrebljenih velikih njork.

Nekoliko južneje od Husavika je jezero Myvatn, okrog katerega je mogoče videti celo vrsto pojavov, povezanih z ognjeniškim delovanjem: kraterje, termalne vrelece, ki jih izkoriščajo za ogrevanje in kopanje, fumarole in sulfatane, psevdokraterje, ki so nastali kot mehurčki pri kuhanju zaradi razpokanja lave, ki je prekrila vodo. Čudovito zelenkasto obarvana voda v kraterju Viti vabi v ta "vrata pekla". Ponekod se zemlja kadi in se tresi, kar dokazuje geološko dejavno področje, kjer pričakujejo ponovne vulkanske izbruhe. Ti so se večkrat pojavili tudi v zadnjih letih in desetletjih in še vedno oblikujejo in spreminjajo pokrajino. Pri gradnji geotermične centrale je ob eksploziji kotla nastal še ene vrste psevdokrater. V bližnjih naravnih termalnih vrelicah naj bi se kopali le "nori turisti in pijani Islandci".

V Laugarju blizu Myvatna, kjer sva stanovala, je bil zgrajen prvi notranji šolski bazen na Islandiji. Vsak učenec se mora med šolanjem naučiti plavati, čeprav bi se na Islandiji iz deročih rek ali mrzlega morja težko rešil še tako dober plavalec.

Na poti proti zahodu sva šla mimo podkavasto oblikovanega slapu Goddalfoss, kjer so ob pokrščevanju okrog leta 1000, ko je krščanstvo postala uradna državna vera, zmetali poganske bogove v reko, podobno kot s piramidasto oblikovane gore nad Djupivogurum ob vzhodnih fjordih.

Akureyri je drugo največje mesto na Islandiji. Ima prelep botanični vrt, majhen, a zelo poučen muzej. Med drugim je tu mogoče videti, da so Vikinge "pokopavali" v čolnu, skupaj s pokojnikovim konjem, psom, orožjem in osebno opremo. V Akureyriju je hiša, v kateri je nekaj časa živel pisatelj Sveinsson. V spominu iz mladosti mi je ostal zaradi več avtobiografsko obarvanih knjig o Noniju, ki slikovito prikazujejo življenje v deželi. V hiši so zbrani prevodi njegovih del, med drugim tudi vse štiri knjige, prevedene v slovenščino. Med sprehodom po mestu naju je opoldne presenetilo petje muezina.

Na nadaljnji poti sva na kmetiji Glaumbær iz 18. stoletja videla, da se gradnja hiš v vsej vikinški zgodovini ni bistveno spremenila. V eni redkih cerkvic iz bazaltnih kamnin (preostale so iz šote in lesa, prekrte s travo) v zgodovinsko in kulturno pomembnem



Ognjenik Krafta in Viti, vrata pekla

Píngeyraru (turistično skoraj nepoznanem) sva videla čudovit oltar iz alabastra, ki so ga pripeljali v 15. stoletju iz Nottinghama.

Bolj kot sva se bližala zahodu, bolj se je slabšalo vreme. Ko sva prišla na polotok Snæfellsnes, sva doživela orkanski veter ob polčrnem in polsvetlem nebu, kot bi se borile sile svetlobe in teme - vredno vzdušja grozljivke ali napetega pustolovskega filma. Namnožene vode s kamenjem in peskom so zamašile cestne kanale, poplavile cesto in jo ponekod dobesedno odplavile. Dobro organizirana služba je cestišče popravila v uri ali dveh. Večina mostov na cestišču dovoljuje prehod le enega samega vozila, kar je zaradi takih hudournih nalivov in uničujočih poplav razumljivo, saj je poškodovane in odplavljene manjše mostove lažje nadomestiti.

Na poti nazaj proti Reykjavíku sva želela videti najvišji islandski slap Glymur, skrit v prvobitni divjini, kjer pada v pravljico ozko sotesko kar 198 m globoko. V megli sva ga le slutila. Slap leži ob koncu Kitovega zaliva (Hvalfjörður) nad Reykjavíkom. V sicer skopem rastju pod slapom je dobesedno kar mrgolelo gob, ki sva jih srečevala že poprej.

Zadnja dva dneva sva preživela v Reykjavíku in okolici. Privlačna točka je v bližini mednarodnega letališča, t. i. modra laguna, ki z modrino nima nobene zveze. Med črni-

mi ognjeniški gmotami se koplješ v zaradi obilnih silicijevih spojin belkasti vodi.

Kljub temu, da Islandci pojedjo relativno malo zelenjave, je bila doslej na Islandiji visoka povprečna starost, verjetno predvsem na račun zdrave prehrane z ribami in ovčetine. Kaj bo prinesla sorazmerno cenena "fast-food" kultura, je veliko vprašanje. Med mladimi sva lahko namreč videla kar precej debeluščkov. V nekaterih hotelih smo si ob samopostrežnem zajtrku lahko postregli s šilcem rumenkaste pijače v majhnih ploščatih stekleničkah. Skoraj zaprlo mi je sapo, ko sem namesto žganja nevede in nehote spil kozarec ribjega olja, s katerim nadomeščajo vitamin D zaradi dolgih zimskih noči praktično brez sonca. Dolge zimske noči in veseljačenja ob dolgih poletnih dnevih so morda tudi vzrok za veliko število mladih nosečnic in mamic, kar 65 odstotkov je samohranilk.

Islandci so potomci Vikingov, ki so bežali z Norveške pred krutim vladarjem. Od kod izvira beseda Viking? Vik pomeni zaliv, Viking naj bi torej bil "zalivčan", ki se je na svojih pohodih ustavil v zalivu. Zaliv (vik) s toplimi izviri, iz katerih se je dvigal dim (reyk) oziroma se je kadila para, pa so poimenovali Reykjavík. Tu so se ustavili prvi vikinški priseljenci.

Islandija je dežela, ki je relativno blizu, vendar po tem, kako jo večina ljudi pozna,



Pisane gore Borgarfjörðunja



Svartifoss, črni orgelski slap

precej daleč. Za Slovence je zanimiva iz več razlogov. Islandija je kot prva država na svetu priznala samostojno Slovenijo. V istem letu kot v slovenščino je bilo v islandščino prevedeno Sveto pismo.

V zgibanki o evropskih jezikih niso pozabili slovenščine. Islandščina je prikazana kot samostojen jezik, sorodnica skandinavskih jezikov in nosi v sebi vikinško poreklo. V abecedi imajo dve posebni črki, þ oziroma ð in ð oziroma Ð, prva oziroma druga se izgovarjata kot angleški th v besedah think in father. Islandski narod je še maloštevilnejši kot slovenski, na približno 100.000 km² živi le 280.000 prebivalcev. Med njimi jih kar 120.000 prebiva v Reykjaviku in približno 12.000 v Akureyriju. Kljub maloštevilnosti imajo bogato kulturno in zgodovinsko dediščino. Ob starem in dolgo delujočem islandskem parlamentu se nehote spomnim tudi naše zgodovinske preteklosti. V Karantani, ki je obstajala od 7. do 11. stoletja, so

tudi na prostem izbirali karantanske kneze. Za razumevanje islandske zgodovine je potrebno poznati njihove sage, ki imajo precejšnjo zgodovinsko vrednost. Ko smo že pri literarnih delih, naj spomnim, da si je izbral Jules Verne za Popotovanje v središče zemlje 1.446 m visoki vulkan Snæfellsjökull na zahodu Islandije. V orkestru Slovenske filharmonije igra violo diplomantka slavne glasbene akademije Juilliard, Islandka s priimkom Bernhardsdottir. Ob njenem priimku lahko vidimo, da je ta pravzaprav ime starša, ki so mu dodali končnico -dottir za hči. Končnico -son dobi sin - tako bi bil npr. jaz Thomas Gothardsson. Čeprav je zaželeno, da bi se vsi poimenovali tako, so izjeme, kot npr. Vladimir Ashkenazy, ki ima tudi islandsko državljanstvo. Nekateri so zaradi takega nekoliko nasilnega poimenovanja sprožili ustavni spor.

Odkritje Amerike zgodovina sicer pripisuje predvsem Krištofu Kolumbu. Danes je

nesporno, da so Vikingi iz svojih naselbin na Islandiji in Grenlandiji pogosto zahajali na Novo Funlandijo, kjer so se tudi naseljevali. Velika popotnica Guðriður Þorbjarnardóttir je poleg potovanj po Evropi, vključno z romanjem v Rim, med svojimi večkratnimi potovanji v Ameriki celo rodila prvega Evropejca.

Teh nekaj vtisov morda dokazuje, da sva z izbrano inačico lahko videla številne značilnosti in znamenitosti otoka - morda res nisva videla in doživela nekaterih še bolj romantičnih in eksotičnih predelov v notranjosti otoka - vendar je bila Islandija v celoti za naju enkratna eksotika severa, ki jo je vredno podoživljati v resnici ali vsaj v spominih. Najbolj primerna meseca za potovanje po Islandiji sta junij in julij, morda še del avgusta. Islandija ni za tiste, ki iščejo le lagodno udobje, niti za tiste, ki želijo cenen turizem.

Stephen King: Obducirnica številka 4

Davorin Dajčman

Pripovedka iz območja somraka namesto črnih zdravniških šal

Nadvse zabavna pripoved, polna duhovitih nesmislov in naključij s področja črnega humorja, iz katere povzemam posamezne dogodke, ker želim, da se pri svojem delu še malce razvedrite! Prirejani so trije segmenti zgodbe, ki ključno tvorijo osnovno pripoved, le-ta pa sloni na nadnaravnosti, ki izgleda kot zdravniška zmeta.

...tema pred očmi traja že zelo dolgo in zdi se mi, da sem še zmeraj v nezavesti. Toda nezavestni ljudje vendar ne zaznavajo gibanja, pa še škripanje in cviljenje koles slišim. Dozdeva se mi, da čutim dotik od glave do peta, tudi vonj po nekakšni plastiki ali gumi voham. To ne more biti nezavest; ne, preveč je logično in ... in jasno, da bi bile sanje! Kaj je to, kdo sem in kaj se mi dogaja? Obdaja me čuden vonj po plastičnih vrečah, v ušesih mi cvilijo kolesčki. Tišino prekine glas: "Kam ga zapeljemo?" Po krajšem premoru sledi odgovor drugega glasu: "Mislim, da v štirko, da, v štirko!" Gibanje se ponovno začne in po naslednji umiritvi zaslišim zvok, ki me spominja na odpiranje in zapiranje hidravličnih vrat. Stvar, na kateri ležim, kar mi je sedaj že povsem jasno, se prične ponovno premikati. Očitno je nekakšna postelja na kolesih. Spomnim se, kako so me nekoč pred operacijo prevažali po bolnišnici; takrat sem se kar dobro počutil, tokrat pa, hm, zakaj ničesar ne vidim, v kakšno zmedo sem tokrat zabredel?

"Kar sem fanta!" se oglasi tretji glas. Spomnim se svojega imena. Seveda, jaz sem Howard Cottrell, borzni posrednik, nekateri prijatelji me kličejo Howard Zavojevalec. Nad svojo glavo zaslišim že znani drugi glas: "Danes izgledate zelo privlačno, doktorica!" Oglasi se četrti glas. Povsem jasno je, da odgovarja drugemu in je ženski: "Vaša pohvala, Rusty, je zmeraj dobrodošla, ampak pohitite že vendar! Varuška pričakuje, da se bom vrnila ob sedmih, mudi se ji namreč na večerjo s svojimi starši." Do sedmih doma, do sedmih doma, hm ... verjetno je popoldan in svetlo. Zakaj sem potem jaz v temi,

trdi temi, kakor v rovu? Kaj se dogaja..., od kod sem prišel sem? V tem hipu me zagrabi sila, dvigne in vrže. Hotel sem zakričati, jokati, vendar nobenega glasu, še manj solz. Upam, da se mi ne bo zataknil jezik. Nekje sem slišal, da ti lahko jezik zdrkne nazaj, potem pa se enostavno zadušiš. Rusty (drugi glas) je prekinil moje misli: "Doktorica, tale vam bo všeč, podoben je Michaelu Boltonu." Ženski glas: "Kdo je to?" "Ah, tisti beli pevec, ki se na vso moč trudi, da bi postal črn, ga ne poznate?" slišim spet tretji glas, ki sem ga slišal šele ob prihodu v ta prostor. Po mojem gre za mlajšega moškega, slišati je kot najstnik.

Kaj sem mrtev, o bog, mislim da sem v vreči za mrtve. "Gospa doktor, prosim podpišite tukaj, pa močno pritisnite, saj veste, tri kopije so!" Mislim, da je bil to prvi glas. Hotel sem zakričati: "O, Jezus, ne dovoli, da sem mrtev!" vendar iz mojih ust ni bilo slišati ničesar, še več, ustnice so ostale povsem negibne. Saj sem vendar živ, pljuča ne hlastajo po zraku, kakor bi me nekdo utapljal v vodi, tudi slišim razločno. Ženska, verjetno zdravnica, pravkar pripoveduje, da bo naslednjo soboto kopala svojega psa, ki mu je tudi ime Rusty. Kakšno bedno naključje! Če bi bil mrtev, bi moral videti tisto svetlo luč, o kateri zmeraj pripovedujejo gostje pri Oprah. V tistem hipu se je nad mene sklonila glava plavolasega mladeniča, podobnega mladcem iz Obalne straže ali nadaljevanke Melrose Place. "Pa je res podoben Michaelu Boltonu, vendar ni on." To je bila Rustyjeva glava. Živ sem, žiiiiiiiiiv, kaj ne vidite, da vas moje oči gledajo, kaj se vendar dogaja?!

... "Kakšna je zgodba, Mike?" zaslišim glas doktorice iz ozadja. "Našli so ga na Štirinajsti ulici, vračal se je z golfa, tukaj je podpis zdravnika, ki ga je pregledal," odgovori drugi glas, ki pripada črnolascu Miku, ki se je pravkar sklanjal čez mene ter prav tako ni opazil, da ga vidim. Videti je nekoliko starejši kot Rusty. Nenadoma me je Rusty zgrabil za zapestje, se nagnil nad mene, kakor da bo pričel z umetnim dihanjem usta na usta,

in pomislil sem, da so dognali resnico, vendar: "Živ je, živ je, naš Michael Bolton, poglejte, sedaj nam bo eno zapel!" in pričel je mahati z mojimi rokami, kakor, da res pojem. "Takoj prenehajte, Rusty!" sem zaslišal zdravničin glas. Prekleti Rusty, sovražim tega bedaka iz Melrosa. Ko so se mi oči privadile na svetlobo in prostor, sem nad seboj videl kovinsko polico, na kateri so ležali pripomočki, podobni tistim pri zobozdravniku, vendar bistveno večji in grozljivi. A ni tisto žaga, s katero si pomagajo priti do človeških možganov, takrat ko vzroki smrti niso jasni? ...

* * *

... "Oseba je moškega spola, bele polti, stanoval je na ...!" Uf, kaj mi vtikajo v zadnjico? Nekakšen termometer, precej debel, se mi zdi, pa še z gelom so varčni. No, saj jih razumem, mislijo, da sem mrtev. "Vzrok smrti je verjetno srčni infarkt!" je rekel Peter (tretji glas), mlad stažist. Po prostoru se je razlegla glasba skupine Rolling Stones, kar me je onesrečilo, saj sedaj sploh ne bodo slišali mojega glasu, če mi bo uspelo iztisniti kakšen zvok. Vzemite mi že ven termometer, kaj vas sploh še zanima? "Na telesu ni sprememb, razen brazgotine na trupu, verjetno poškodba z granato." Pa še res je, iz Vietnama, vi bedaki. Končno so mi termometer potegnili ven! No ... "94,2, hm, tale bi pa po svoji telesni temperaturi lahko bil še živ, Katie ...dr. Arlen!" sem slišal enega izmed moških glasov. "Ah, to je verjetno zaradi vročine zadnjih dni." Mizo so počasi nagnili, verjetno zato, da bodo moje telesne tekočine lahko odtekale v odtok, ko bodo pričeli obdukcijo. Nad mene se je spustil kovinski, v plastiko zavit mikrofon, ki bo verjetno služil za sprotno opisovanje mojih organov. Oh, kaj ne vidite, da sem živ? "Pričenjam z obdukcijo, ura je 5:49 popoldan, sobota, 20. avgusta 1994," je bilo slišati glas dr. Arlenove... *

* *

... "Nadaljujem z opisom telesa!" Začutil sem roke doktor Arlenove, kako otipavajo

trebuh in potujejo proti mojemu spolovilu. Med pregledom spolovila sem čutil njene roke v debelih gumijastih rokavicah, vse skupaj pa je bilo podobno tistim rečem, hm, kot nekakšen varen seks s smrtjo. "Tole si pa spregledal, Peter!" je rekla, medtem ko je še zmeraj držala moj organ, tako da sta lahko pregledala tudi testise. Nekaj v meni, ne, nekaj v njem se je zdrznilo, o hvala predragemu bogu, res je, nisem mrtev. "Poglej tole brazgotino, in testise, ki so nabrekli kakor grenivke, to verjetno ni vojna rana, kaj misliš?" sem slišal njen glas, sledil pa je hudomušen smeh, v ozadju pa sem še zmeraj slišal Mika Jaggerja. Nenadoma je v prostor ponovno pritekel Rusty in zakričal: "Ne dotikajte se ga, nikar ne režite, v njegovem nahrbtniku je bila čudna rjava kača, ki je pravkar picila Mika. Popolnoma je ohromel, komaj še govori in ne more se premikati!

Verjetno je picila tudi tega moškega!"

Ker se je vse skupaj zgodilo nenadno, Rusty pa je zagnal velik hrup, se je Arlenova malce prestrašila in še močneje stisnila, kar je imela v rokah. Seveda je pri tem prišlo do odziva tudi v meni in vse skupaj je izgledalo kakor priredba nadaljevanke o hudomušnih medicinskih sestrah na tistih nočnih programih. Rusty je presenečeno zamomljal: "Doktor Arlenova, kaj vendar počnete, a mu vrčate življenje!?" Malce zbegano ga je pogledala, se obrnila proti mojemu mednožju in šele takrat spoznala, da drži v rokah povsem nabrekli organ, sledil pa je dolg krik groze.

Epilog

Leto dni od mojega srečanja z obdukciskim dvorano številka štiri, ko sem popolnoma okreval od hudega strupa neznane kače, so odkrili hišo in moža v njej, ki je gojil čud-

ne kače. Našli so številne kletke, polne umrlih kač. Lastnik je bil pogrešan, zato je policija vdrla v hišo. Le ena kletka je bila prazna, kača iz nje pa je menda pobegnila dva dni pred mojim pripetljajem in nekaj dni pred zgodovinskim časopisnim člankom: Paralizirani moški pobegnil smrtni obdukciji! In še nekaj: z doktor Arlenovo sva se pričela sestajati, kar štiri mesece sva bila par, vendar sva se slednjič razšla zaradi nesoglasja v postelji, ker sem se lahko ljubil z njo le, če je imela na rokah gumijaste rokavice.

Zgodbo lahko v izvirniku preberete v knjigi Stephena Kinga, *Everting's eventual*, ki je izšla v žepni izdaji v začetku leta 2003 pri založbi Pocket Books iz New Yorka. ■

N A R O Č I L N I C A

NAROČAM KNJIGO

Število izvodov	Naslov knjige	Redna cena v SIT	Cena za člane ZZS	Prihranek v SIT
	Marica Marolt Gomišček, Alenka Radšel Medvešček INFEKCIJSKE BOLEZNI	21.900	17.900	4.000

Popust velja za vsa naročila, prejeta do 1. julija 2003.

Poštino plača kupec. Obe ceni sta z DDV-jem.

NAROČILNICO POŠILJA:

Ime in priimek _____

Podjetje _____

Naslov prejemnika (ulica, hišna št.) _____

Poštna št. _____ Kraj _____

Naslov plačnika (ulica, hišna št.) _____

Poštna št. _____ Kraj _____

Davčna številka podjetja _____

Delovno mesto _____ Telefon _____ Faks _____

Datum _____ Žig _____ Podpis _____

Naročilnico pošljite: ZALOŽBA TANGRAM, Staretova 25, 1000 Ljubljana; Faks: 01/283 91 53

SMEH NI GREH

Slovenska medicinska beseda

V spomin na **XV. jubilejni memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika “Slovenska medicinska beseda” leta 1984 in ob izidu Slovenskega medicinskega slovarja leta 2003** v premislek naslednji karikirani, pogosto pa podobni, zaključek zdravljenja. Tak izvid seveda skrajša pripravo popisa bolezni, spravlja pa v obup izbranega osebnega zdravnika, specialista drugih strok in članne invalidskih komisij.

V “Obvestilu zdravniku”, ki ga je dobil izbrani zdravnik, je navedeno: bolnik N. N., star 73 let, se je zdravil v KC na raznih oddelkih od 1. 1. 2003 do 31. 1. 2003. Kot otrok imel JRA, ASD in IHSS, kasneje ARI, ITP, ARDS, KSB, RIND, KSB, dvakrat AMI in TIA, enkrat CC z ICP, TTP, PTE, ICV, AAA ter NHL. Operiran HIS in HID, TEA ter TUR, PKB ter OSM ex.

Sprejet je bil zaradi suma na OVCR. 20 let ima DM z NPDR in POAG na do ter RA, AH, KOPB na lo. Vdo: ppo, vlo: doj.+ . Po opravljeni FA ugotovljena ARMD z FAZ, BRVO, AION, PVD, PVR, NVD in NVE, CSME ter APMME desno, CAIB, FM ter NVG levo z zvišanim IOP. Opravljena je bila ALFK, PDT, OS ter vstavljena IOL .

Pri padcu s postelje je utrpel FRLT, CC, TIA ter RIND, EDGS, ERC.

Opravljene preiskave: TEE, ERCP, EGDS, EEG, EKG, EMG, ERG, EOG, ICGA, VEP, MRI, TEE, ERP, PTA, AFS, ERC, bris MRSA. Ambulantno se priporoča TENS zaradi CPEO. ■

Gorazd Kolar, Mojca Urbančič

Koledar zdravniških srečanj

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo prosim, pošljite informacije drugo

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

 da ne

davčna številka:

Izpolniti v primeru, ko udeleženec ni plačnik; plačnik je bolnišnica, zavod ali kdo drug

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

 da ne

davčna številka:

Izpolniti samo za tista strokovna srečanja, ki jih želite uveljavljati za podaljšanje licence

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Telefon

Faks

E-pošta

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

 da ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

 s položnico ob registraciji

Datum

Podpis

Datum Pričetek Kraj		Tema	Število kandidatov	Vsebina	
JUNIJ 2003					
6.	9.00	Ljubljana, srednja predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	BOLNIŠNIČNE OKUŽBE 2003	100	strokovno srečanje za vse zdravnike, mikrobiologe, medicinske sestre in vse, ki se ukvarjajo z bolnišnično higieno
6.–7.	9.30	Portorož, Avditorij Portorož	7. MEDNARODNO SREČANJE STOMATOLOGOV DEŽEL SREDNJE EVROPE IN 10. SLOVENSKI STOMATOLOŠKI DNEVI	***	vodilna tema: Iz prakse za prakso
6.–7.	15.00	Laško, Zdravilišče Laško	SPREMEMBE ZAKONA O DELOVNIH RAZMERNOSTI TER ZAKONA O POKOJNINSKEM IN INVALIDSKEM ZAVAROVANJU	ni omejeno	strokovno izobraževanje za zdravnike specialiste medicine dela, prometa in športa ter za ostale zdravnike
6.–7.	8.45	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete	XXI. DERČEVI DNEVI	***	podiplomsko izobraževanje za pediatre, specialiste šolske medicine, splošne in družinske zdravnike ter vse, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva
6.–7.	13.00	Logarska dolina, Hotel Plesnik	SPOROČANJE SLABE NOVICE	***	strokovno srečanje in učna delavnica
6.–7.	14.00	Maribor, velika in mala predavalnica v stolpnici SB Maribor	7. SEMINAR O BOLEČINI – NEVROPATSKA BOLEČINA	80-100	strokovno srečanje za vse zdravnike, ki jih zanima zdravljenje bolečine
7.	10.00	Brdo pri Kranju	IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON, I. POLETNI MEDICINSKI TEK (10 KM) IN MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti, izven konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji
11.–14.	15.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	10. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI	700	mednarodni simpozij za zdravnike vseh specialnosti, zobozdravnike in medicinske sestre
13.–14.	9.00	Ptuj, grad Ptuj	3. ORMOŠKO SREČANJE: NEDOKONČANA ZGODBA – MOTNJE OSEBNOSTI 1	ni omejeno	simpozij za psihiatre, prihoterapevte, klinične psihologe
13.–14.	15.00	Dolenjske Toplice, Zdravilišče Dolenjske Toplice	SKLEPNA IN OBSKLEPNA BOLEČINA – BOLEČA RAMA	***	seksijski sestanek Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino za člane združenja in druge strokovnjake, ki jih tema zanima
13.–15.	19.00	Portorož, Počitniški dom Občine Železniki	ODPRTO MEDNARODNO DRŽAVNO PRVENSTVO ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE V STRELJANJU S SEMINARJEM NA TEMO: MEDICINA IN ŠPORT	***	odprto mednarodno državno prvenstvo in strokovni seminar

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD	ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 37 408, faks: 01 54 37 401, e-pošta: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si	15.000,00 SIT	***	v postopku	Isis 4/2003
Stomatološka sekcija SZD	ga. Katarina Jovanovič, Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 42 582, faks: 01 43 42 584	za zobozdravnike 30.000,00 SIT (brez DDV), za zobozdravstvene delavce 20.000,00 SIT (brez DDV)	***	v postopku	Isis 4/2003
Združenje medicine dela, prometa in športa, mag. Stanislav Pušnik, dr. med.	ga. Maja Krmecl, Zdravilišče Laško, tel.: 03 73 45 290, faks: 03 73 45 298, e-pošta: seminar@zdravilisce-lasko.si	30.000,00 SIT	transakcijski račun: 02222-0019518588	***	Isis 6/2003
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo	ga. Mihela Jurčec, KC SPS Pediatrična klinika, Tajništvo, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 224, faks: 01 52 29 357, e-pošta: mihaela.jurcec@kclj.si	37.200,00 SIT (z DDV), sekundariji 18.000,00 SIT (z DDV), upokojeni zdravniki brez kotizacije	TRR: 01100-6030708380, sklic na št. 250-3	v postopku	Isis 5/2003
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mali.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen)	transakcijski račun: 03171-1085403050	***	Isis 5/2003
Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med.	prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 536, faks: 02 32 11 568	člani SZZB 15.000,00 SIT, ostali 18.000,00 SIT, študentje, sekundariji in upokojeni so oproščeni kotizacije	TRR: 04173-0000804615	v postopku	Isis 5/2003
Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	glej rumene strani	***	***	Isis 5/2003
Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.	ga. Irena Petrič, Slovensko združenje za urgentno medicino, SPS Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 25 337, faks: 01 52 22 416, e-pošta: irena.petric@kclj.si	glej rumene strani	***	***	Isis 5/2003
Psihiatrična bolnišnica Ormož, Milena Srpak, spec. klin. psih.	ga. Rolanda Kovačec, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož, tel.: 02 74 15 199, faks: 02 74 15 200, e-pošta: uprava.pbo@siol.net	15.000,00 SIT	transakcijski račun: 01100-6030278476	v postopku	Isis 5/2003
SZD – Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, asist. Hermina Damjan, dr. med.	prijave: mag. Klemen Grabljevec, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 47 58 212, e-pošta: klemen.grabljevec@mail.ir-rs.si, informacije: asist. Hermina Damjan, dr. med., tel.: 01 47 58 217, e-pošta: hermina.damjan@mail.ir-rs.si	za člane Združenja ni kotizacije, za ostale 20.000,00 SIT	***	v postopku	Isis 5/2003
Športno društvo Medicus, Strelska sekcija	Branko Košir, dr. med., GSM: 041 444 972, e-pošta: branko.kosir@siol.net	5.000,00 SIT, za člane Medicusa 2.000,00 SIT	***	***	Isis 6/2003

Datum Pričetek Kraj			Tema	Število kandidatov	Vsebina
JUNIJ 2003					
14.	8.30	Lipica	DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V GOLFU	vsi prijavljeni	športno srečanje
18.–21.	18.00	Cankarjev dom, Ljubljana	9TH CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE – WONCA EUROPE 2003: THE FUTURE CHALLENGES OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE	1.800	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine
18.–21.	***	Perugia	6. EVROPSKA KONFERENCA IUHPE	***	konferenca o promociji zdravja
29. 6.–3. 7.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. FEMS - KONGRES EVROPSKIH MIKROBIOLOGOV	ni omejeno	evropski mikrobiološki kongres za mikrobiologe, infektologe, epidemiologe, higienike in druge zdravnike
SEPTEMBER 2003					
1.–4.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	NATO MEDICAL CONFERENCE	***	strokovno srečanje
2.–6.	9.00	Bled, hotel Park	12. MEDNARODNI TEČAJ: TEACHING ABOUT MEDICAL ETHICS IN FAMILY PRACTICE	40	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine in mentorje družinske medicine, mednarodno srečanje pod pokroviteljstvom EURACT-a, ki poteka v angleščini
3.–5.	***	Ljubljana, Pravna fakulteta	12TH CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION FOR SCHOOL AND UNIVERSITY HEALTH AND MEDICINE – CARING OF EUROPE'S YOUNG GENERATION	200	evropski kongres za zdravnike šolske medicine, zdravnike v zdravstvenem varstvu študentov in druge zdravnike in sodelavce, ki delajo z otroki in mladostniki
4.–7.	14.00	Bled, Grand hotel Toplice	NEURO-DEVELOPMENTAL FOLLOW-UP OF AT RISK CHILDREN	60	podiplomski seminar za pediatre, fiziatre, razvojne nevrologe, psihologe, nevrologe, fizioterapevte, epidemiologe
11.–13.	14.00	Rogla, Snežna dvorana, hotel Planja	3. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE	300	slovenski kongres za ginekologe in porodničarje
13.	***	Portorož	7. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU	***	športno tekmovanje
18.–21.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	42ND ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC ENDOCRINOLOGY	1.800	strokovno srečanje pediatrov endokrinologov z vseh kontinentov
19.–20.	***	Otočec	9. KRKINI REHABILITACIJSKI DNEVI	***	strokovno srečanje

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Športno društvo Medicus, Sekcija za golf	informacije: Janez Kirbiš, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja, tel.: 01 522 49 41, prijave: recepcija golf igrišča Lipica (ime, priimek in HCP), tel.: 05 734 63 73, do 13. 6. 2003	kotizacije ni	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Teja Alič, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 17 135, faks: 01 24 17 296, teja.alic@cd-cc.si, http://www.woncaeurope2003.org/	110.000,00 SIT	***	v postopku	Isis 6/2003
***	ga. Viktorija Rehar, e-pošta: drustvo.pvzs@guest.arnes.si ali na spletni stani: http://www.csccongressi.it	***	***	***	***
Slovensko mikrobiološko društvo, prof. dr. Peter Raspor	ga. Natalija Bah Čad, Cankarjev dom (za kongres FEMS 2003), Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 17 132, faks: 01 24 17 296, e-pošta: fems2003@cd-cc.si	390 EUR, študenti 210 EUR	***	***	***
***	http://www.natoconference.gov.si	***	***	***	Isis 3/2003
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	Isis 5/2003
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD, Medicinska fakulteta, European Union for School and University Health and Medicine	asist. mag. Mojca Juričič, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, e-pošta: mojca.juricic@mf.uni-lj.si, http://www.eusuhm.org in http://www.auditoria.si/eusuhm/	170 EUR	27620-5447232	***	***
IPOKRATES International, prof. dr. David Neubauer, dr. med.	prof. dr. David Neubauer, dr. med., mag. Darja Paro Panjan, dr. med., KC SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 273, 52 29 274, faks: 01 52 29 357	300 EUR	***	***	Isis 5/2003
SPS Ginekološka klinika, prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.	ga. Martina Pečlin, KC, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	glej rumene strani	02014-0089875993	***	Isis 6/2003
Športno društvo Medicus, Teniška sekcija	vodja tekmovanja: Radko Tatalovič, dr. med., GSM: 041 667 929	***	***	***	Isis 6/2003
ESPE – European Society for Paediatric Endocrinology, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, prof. dr. Ciril Kržišnik, predsednik ESPE 2003	prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, SPS Pediatrična klinika, tel.: 01 52 29 224, faks: 01 52 29 357, e-pošta: krzisnik@mf.uni-lj.si	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Krka Zdravilišča, d. o. o.	g. Marjan Černe, Krka Zdravilišča, d. o. o., Ljubljanska 26, 8501 Novo mesto, tel.: 07 37 31 942, faks: 07 37 31 919	***	***	***	***

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število
kandidatov

Vsebina

SEPTEMBER 2003

26.–27.	***	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete	MEDNARODNI SIMPOZIJ OB TRIDESETLETNICI RAZVOJNE NEVROLOGIJE	350	strokovno srečanje in praznovanje obletnice
26.–27.	9.00	Maribor, Kongresni center Habakuk	AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE	250	seminar in učne delavnice za zdravnike dru- žinske medicine, urgentne medicine, intenziv- ne medicine in družinske medicine

OKTOBER 2003

3.–4.	8.15	Ljubljana, velika dvorana Smelt, Dunajska c. 160	INTERNA MEDICINA 2003 – NOVOSTI IN AKTUALNOSTI	***	strokovni sestanek za zdravnike interniste in zdravnike v osnovnem zdravstvu
3.–4.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XVI. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30	strokovno srečanje
9.–11.	***	Golnik, Bolnišnica Golnik in Brdo pri Kranju, hotel Kokra	GOLNIŠKI SIMPOZIJ – PREDAVANJA IN UČNE DELAVNICE S PODROČJA BRONHOLOGIJE, PLJUČNE FUNKCIJE IN CITOPATOLOGIJE	30 v vsaki delavnici, predavanje neomejeno	mednarodno strokovno srečanje za specialiste, specializante pulmologe in medicinske sestre
9.–13.	***	Dubrovnik, Croatia	HEALTH – INSURANCE – TRANSITION CONFERENCE (HIT)	***	international conference
10.–11.	8.30	Maribor, hotel Habakuk	XXV. ALPE-ADRIA MEETING OF PERINATAL MEDICINE (XVII. CONGRESS)	ni omejeno	mednarodno strokovno srečanje za perinatolo- ge, neonatologe, ginekologe in porodničarje
10.–11.	***	Laško, Kulturni center Laško	III. SIMPOZIJ - DOJENJE ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE	***	simpozij
10.–11.	12.00	Preddvor pri Kranju, Hotel Bor – grad Hrib	OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA	do 40	učna delavnica za skupine (zdravnik + sestra) v osnovnem zdravstvu, diabetoloških in kirurških ambulantah

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	30.000,00 SIT, upokojenci in sekundariji brezplačno	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Katedra za družinsko medicino MF, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor	asist. dr. Štefek Grmec, dr. med., PHE ZD Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor	35.000,00 SIT	02222-0019518588	v postopku	Isis 6/2003
Združenje internistov SZD	prim. mag. Primož Vidali, dr. med., tel.: 01 72 37 230, faks: 01 72 30 018, GSM: 031 369 711	30.000,00 SIT (DDV je vključen), za upokojene zdravnike in študente ni kotizacije	***	v postopku	Isis 5/2003
KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prim. Miha Koselj, dr. med., KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 837, faks: 01 52 22 738	kotizacije ni	***	v postopku	Isis 5/2003
Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si, http://www.klinika-golnik.si	500 EUR, možna je prijava na posamezne delavnice	***	***	Isis 3/2003
"Andrija Štampar" School of Public Health	http://www.hit-conference.com	***	***	***	***
Združenje za perinatalno medicino SZD, KC SPS Ginekološka klinika Ljubljana, KO za ginekologijo, SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. dr. Vasilij Cerar, dr. med., asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med.	ga. Martina Pečlin, KC, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	***	***	***	***
Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Slovenski odbor za Unicef, Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje	ga. Vesna Savnik, Slovenski odbor za Unicef, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 38 078, faks: 01 58 38 081, e-pošta: vesna.savnik@unicef-slo.si	28.000,00 SIT (DDV ni vključen), upokojenci in študentje 7.000,00 SIT (DDV ni vključen)	***	***	Isis 3/2003
Združenje endokrinologov Slovenije – Delovna skupina za diabetično nogo, mag. Vilma Urbančič, dr. med.	mag. Vilma Urbančič, dr. med., KC, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 738, faks: 01 52 22 738, e-pošta: vilma.urbancic@kclj.si	45.000,00 SIT za posameznega udeleženca, 35.000 SIT za člana skupine (zdravnik + sestra)	plača se na podlagi izstavljenega računa	v postopku	Isis 5/2003

Datum Pričetek Kraj		Tema	Število kandidatov	Vsebina
OKTOBER 2003				
10.–11.	9.00	Ljubljana, Linhartova dvorana, Cankarjev dom	SODOBNA ORTODONTSKO-PROTETIČNA OSKRBA PACIENTA	*** podiplomski seminar za vse zobozdravnike, vse stom. specialiste, specializante in zobotehnike
17.–18.	9.00	Otočec, Kongresni center Otočec	11. DNEVI ORALNEGA ZDRAVJA SLOVENIJE	300 simpozij, predavanja, okrogla miza za zobozdravnike, visoke, višje in srednje sestre v zobozdravstveni preventivi
17.–19.	***	Preddvor, grad Hrib	TIŠINA – SKUPINSKA ANALITIČNA EKSPLOKACIJA	50 učna delavnica za zdravnike, psihologe, medicinske sestre, socialne delavce in vse, ki jih zanima delo s skupino in v skupini
24.–25.	***	Bled, Grand hotel Toplice	3. MEDNARODNI SIMPOZIJ O ASISTIRANI REPRODUKCIJI	ni omejeno mednarodni simpozij o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo za zdravnike, biologe, medicinske sestre, laborante s področja asistiranе reprodukcije
24.–27.	***	Južna Afrika, Cape Town	9th BIENNIAL CONGRESS OF INTERNATIONAL ACADEMY OF PERIODONTOLOGY GLOBAL PERSPECTIVES ON PERIODONTAL DISEASES, RISKS, CONTROL AND RECONSTRUCTION	ni omejeno mednarodni kongres za zobozdravnike
NOVEMBER 2003				
6.–8.	17.00	Rogaška Slatina	XVII. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DZDS	350–400 strokovna doktrina Stomatološke klinike za vse zobozdravstvene delavce
7.–8.	***	Portorož, Grand hotel Emona	45. TAVČARJEVI DNEVI	*** strokovno srečanje za širši krog zdravnikov ter študente medicine
7.–8.	16.00	Maribor, hotel Habakuk	DERMATOLOŠKI DNEVI	100 strokovno izpopolnjevanje iz dermatologije z mednarodno udeležbo za vse zdravnike
21.	11.00	Maribor, Rektorat Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15	1. SLOVENSKI SIMPOZIJ O ENDOSKOPSKEM ULTRAZVOKU V GASTROENTEROLOGIJI	ni omejeno strokovni simpozij z mednarodno udeležbo ob 10. obletnici endoskopskega ultrazvoka v Sloveniji za vse zdravnike, ki se ukvarjajo z boleznimi prebavil (internisti, kirurgi, splošni zdravniki, onkologi, radiologi, pediatri)
21.–22.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XVII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30 strokovno srečanje
21.–22.	9.00	Otočec, Hotel Šport	20. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNA VPRAŠANJA V DRUŽINSKI MEDICINI	35 strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
28.–29.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	XIV. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA	*** sestane je namenjen nefrologom, internistom in vsem zdravnikom, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Slovensko ortodontsko društvo, Sekcija za stomatološko protetiko SZD	doc. dr. Igor Kopač, dr. stom., tel.: 01 52 24 273, Marinko Vidoševič, dr. stom., tel.: 01 42 32 210, faks: 01 42 32 210	***	***	***	Isis 6/2003
prim. Danica Homan, dr. stom.	ga. Melita Trop, ga. Brigita Jureš, ZD Ptuj, Zobozdravstvena preventiva, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj, tel.: 02 771 25 11 ali 031 695 131	35.000,00 SIT za člane, 40.000,00 SIT za ostale	06000-0117518127	***	Isis 5/2003
Slovensko društvo za skupinsko analizo, prim. Franc Peternel, dr. med.	prim. Franc Peternel, dr. med., Slovensko društvo za skupinsko analizo, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 15 990, 43 44 517, faks: 01 23 02 899 (torek med 11.00 in 13.00)	***	***	***	***
SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, prof. dr. Helena Meden Vrtovec	prijave: Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355, e-pošta: albatros@albatros-bled-sp.si, splet: http://www.albatros-bled.com, informacije: ga. Martina Pečlin, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si, ga. Boža Krušič, tel.: 01 52 26 200	***	***	***	Isis 6/2003
International Academy of Periodontology v sodelovanju z Združenjem za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, prof. dr. Uroš Skalarič, predsednik IAP	g. Alen Mlekuž, Kompas, d. d., Ljubljana, tel.: 01 20 06 312, faks: 01 20 06 435, e-pošta: alen.mlekuz@kompas.si	375 USD	informacije pri kontaktni osebi	***	Isis 6/2003
Društvo zobozdravstvenih delavcev, prof. dr. Uroš Skalarič, dr. med.	ga. Martina Kajzer, SPS Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 02 110, faks: 52 22 494	***	***	***	***
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino	asist. mag. Hugon Možina, dr. med., Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1000 Ljubljana	40.000,00 SIT + DDV	***	v postopku	Isis 4/2003
Oddelek za kožne in spolne bolezni Maribor, Združenje slovenskih dermatologov, prim. mag. Jovan Miljković	informacije: P. Marko, dr. med., tel.: 02 32 12 705, faks: 02 33 12 393, prijave: Združenje slovenskih dermatologov, Zaloška 2, 1525 Ljubljana	10.000,00 SIT	02014-009341717	***	Isis 5/2003
Splošna bolnišnica Maribor, Klinični oddelek za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo, prim. doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med.	ga. Zdenka Kodrin, tajništvo Kliničnega oddelka za interno medicino, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 871, 32 12 349, faks: 02 33 12 393	kotizacije ni	***	***	***
KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prim. Miha Koselj, dr. med., KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 837, faks: 01 52 22 738	kotizacije ni	***	v postopku	Isis 5/2003
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Mateja Bulc, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Marko Kocijan, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
SZD – Slovensko nefrološko društvo	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 460, faks: 01 52 22 460, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	kotizacija ni predvidena	***	***	***

Datum Pričetek Kraj			Tema	Število kandidatov	Vsebina
NOVEMBER 2003					
28.–29.	9.00	Kranjska Gora, Hotel Kompas	5. FAJDIGOVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine
29.	9.00	Ljubljana, Unionska dvorana	5. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE: OBRAVNAVA PATOLOŠKIH SPREMEMB NA SLUZNICAH USTNE VOTLINE	500	strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike
DECEMBER 2003					
11.–13.	9.00	Strunjan, Hotel Krka - Zdravilišče Strunjan	20. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNA VPRAŠANJA V DRUŽINSKI MEDICINI	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
JANUAR 2004					
23.–24.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	20. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNA VPRAŠANJA V DRUŽINSKI MEDICINI	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
MAREC 2004					
19.–20.	***	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: V-BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	***	strokovno srečanje za nefrologe, interniste in vse zdravnike, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic
AVGUST 2004					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE (http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html)	1.600	kongres za raziskovalce in klinike
OKTOBER 2004					
20.–23.	***	Portorož, Grand hotel Emona	3. SLOVENSKI PULMOLOŠKI IN ALERGOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO	ni omejeno	strokovno srečanje
20.–23.	***	Portorož, Grand hotel Emona	2. SLOVENSKI IMUNOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO	ni omejeno	strokovno srečanje
AVGUST 2007					
26.–30.	***	Ljubljana	7. EVROPSKI KONGRES OTROŠKE NEVROLOGIJE	1.600	kongres

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 718, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	35.000 SIT	***	***	***
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. mag. Andrej A. Kansky, dr. stom.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, tel.: 041 573 791, e-pošta: maxfac.oral@kclj.si	***	poslovni račun: 02014-0087754603	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
SZD – Slovensko nefrološko društvo	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 460, faks: 01 52 22 460, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	30.000,00 SIT	TRR: 02222–0015918588, sklic na št. 21900	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik	doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4104 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: mitja.kosnik@klinika-golnik.si, http://www.klinika-golnik.si	***	***	***	***
Medicinska fakulteta, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo	prof. dr. Vladimir Kotnik, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, e-pošta: vladimir.kotnik@mf.uni-lj.si, http://www.klinika-golnik.si	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***

Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

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:

Mesec prireditve

Prostor, kjer bo prireditev

Dan prireditve

Pričetek, ura

Naslov strokovnega srečanja

Kraj

Število slušateljev (če je določeno)

(neomejeno)

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

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

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

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja



Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Impressum

LETO XII, ŠT. 6, 1. junij 2003
UDK 61(497.12)(060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK
PUBLISHED BY
The Medical Chamber of Slovenia
Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
tel.: 01/30 72 100
faks: 01/30 72 109
E-pošta: zdravniška.zbornica@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

UREDNIŠTVO •
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
tel.: 01/30 72 152
faks: 01/30 72 159
E-pošta: isis@zss-mcs.si

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

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

UREDNIŠKI ODBOR
EDITORIAL BOARD
prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.
Martin Bigec, dr. med.
prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.
doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

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

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY
Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN
PRIPRAVA ZA TISK • DTP
Camera d.o.o.
Knezov štradoln 94, Ljubljana
tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING
Atelier IM d.o.o.,
Design•Promocija•Komunikacije
Breg 22, Ljubljana
tel.: 01/24 11 930
faks: 01/24 11 939
E-pošta: atelier-im@siol.net

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

The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7.000 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.

Sodelovali

Barbara Antolinc, dr. med., zdravnica, Splošna bolnišnica Maribor • Prof. dr. Helena Burger, dr. med., zdravnica, Inštitut za rehabilitacijo RS • Davorin Dajčman, dr. med., zdravnik, Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. Damjan Eržen, dr. med.,

zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Asist. Renato Eržen, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Franc Farčnik, dr. stom., zobozdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Doc. dr. Matjaž Fležar, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Asist. dr. Nika Goljar, dr. med., zdravnica, Inštitut za rehabilitacijo RS • Prim. mag. Miša Hribar Habinc, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Asist. mag. Izidor Kern, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., zdravnik, Zdravstvena postaja Kranjska Gora • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Izr. prof. dr. Gorazd Kolar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Asist. mag. Mitja Lainščak, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Murska Sobota • Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., zdravnik, Inštitut za rehabilitacijo RS • Asist. Robert Marčun, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Doc. dr. Marko Medvešček, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Prim. prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, dr. med., zdravnica, Splošna bolnišnica Maribor • Metka Moharič, dr. med., zdravnica, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana • Asist. Katarina Osolnik, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih

strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Doc. dr. Marjan Premik, dr. stom., zobozdravnik, SPS Stomatološka klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Stanislav Primožič, mag. farm., Urad RS za zdravila • Asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Ljubljana Vič-Rudnik • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., zdravnik, Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Lidija Stare, dr. med., zdravnica, Azur d.o.o., Bled • Asist. mag. Franc Šifrer, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Jurij Šorli ml., dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Viktorija Tomič, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Mag. Urbančič Mojca, dr. med., zdravnica, Nova Gorica • Aleksander Velkov, dr. stom., zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška • Domen Vidmar, dr. stom., zasebni zobozdravnik, Vidmar & Co., Ljubljana • Mojca Vrečar, MBA, Zdravniška zbornica Slovenije • Doc. dr. Branko Zakotnik, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Asist. dr. Lijana Zaletel Kragelj, dr. med., zdravnica, Inštitut za socialno medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana • Urška Zoran, študentka stomatologije, Šmarje – Sap

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7.000 izvodov. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili podvajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi). Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko tekočega ali žiro računa, naziv banke.

Navodila o navajanju sponzorjev

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

Navodila za objavlanje prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se všteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratak zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji; ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

The President of the Medical Chamber

Marko Bitenc, M.D., M.Sc.

E-mail: marko.bitenc@zzs-mcs.si

The vice-president of the Medical Chamber

Andrej Možina, M.D.

The vice-president of the Medical Chamber

Prof. **Franc Farčnik, M.S., Ph.D.**

The President of the Assembly

Prim. **Anton Židanik, M.D.**

The vice-president of the Assembly
Živo Bobič, 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. **Vladislav Pegan,**

M.D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Gordana Živčec Kalan, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Andrej Možina, M.D.**

The president of the Dentistry health care committee

Prof. **Franc Farčnik, M.S., Ph.D.**

The president of the Legal-ethical committee

Žarko Pinter, M.D., M.Sc.

The president of the Socio-economic committee

Jani DERNIČ, M.D.

The president of the Private practice committee

Igor Praznik, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L.L.B.

Public Relations Department

Elizabeta Bobnar Najzer, B.A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjč, 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.

 “Čemu ta potrata zdravila!?”

Stara legenda pripoveduje, kako je neka žena popolnoma izmučenemu človeku maznila glavo z dragocenim oljem iz narde. Ob tem dejanju je bila deležna precejšnjega zgražanja navzočih, saj je to olje veljalo za izjemno drago mazilo, človek, ki mu je bila izkazana takšna pozornost, pa je bil skoraj brez vsake perspektive. Uporaba dragih zdravilnih snovi, čeprav je prinesla kratkotrajno izboljšanje, je pomenila za priče tega dogodka pravo potrato denarja in premoženja.

Ob branju takšnih zapisov se nehote spomnimo na dogajanja v današnji družbi, ki so bila očitno prisotna tudi v preteklosti. Mar lahko v ljudeh, ki so obkrožali prej omenjeno ženo z alabastrno posodico, v kateri je bilo olje, razpoznamo zametke raznih komisij? Ne le zametke; morda so bile komisije dejavne že v oddaljenih obdobjih zgodovine, le da so jih pisci drugače poimenovali.

Druga vzporednica, ki jo lahko potegnemo iz tega primera, je način odločanja za uporabo dragocenih zdravil oziroma proti njej. To še posebej velja za zelo drage zdravilne snovi. Vprašajmo se, kakšen odnos zavzemamo do objavljenih kliničnih poti in kako se odzivamo na predpise in pozive po varčnem predpisovanju zdravil. Gre za temeljno dogajanje ob sprejemanju odločitev. Te največkrat slonijo na osebnih stališčih, ki se oblikujejo na podlagi znanja, vrednot, uporabnosti oziroma koristnosti ter prilagajanja okolici. Vprašanje o povezanosti osebnih stališč ter končne izpeljave naših odločitev je pogosto in kompleksno. Na odločanje pa ne vplivajo le stališča (tisto, kar zdravniki mislijo, da v danih okoliščinah morajo storiti), ampak tudi navade in pričakovane posledice obnašanja.

Tudi sam poklic zdravnice oziroma zdravnika ima pri sprejemanju odločitev svoj pomen. Po mnenju E. Friedsona so zdravniki strokovnjaki, ki se od drugih poklicev razlikujejo po visoki stopnji abstraktno specializirane izobrazbe in po visoki stopnji svoje usmeritve k služenju ljudem, kar ustreza pojmu poklicanosti. Skupna sinteza poklicanosti in izobraževalnega procesa, ki smo ga bili deležni na medicinski fakulteti, nas usmerja k temu, da iščemo najboljše možnosti zdravljenja, ki bi bile primerne za bolnika. Poklicu zdravnik se torej priznava višja poklicna specializiranost, ki nam ni dana kot enkratna lastnost, ampak jo moramo neprestano izpopolnjevati, jo vrednotiti ter kritično ocenjevati izsledke kliničnih raziskav. Še bolj pomembno je, da moramo predpisovanje zdravil in izbiranje diagnostičnih poti prilagoditi vsakemu posameznemu bolniku, ki se ne



“prilega” zapisanim kliničnim potem in ima neredko več sočasnih bolezenskih stanj.

Vsako navodilo, ki zahteva omejevanje, oženje znanstvenega obzorja ali celo prepoved, nas pri odločanju spravlja v konfliktno situacijo, ta pa nas sili v nasprotovanje in opozicijo, kar prav tako ni najboljša rešitev. Zato je zelo pomembno, kako se zdravnik izobražuje in kako vrednoti kakovost objavljenih raziskav oziroma izobraževalnih srečanj.

Težava, s katero se srečujemo v osnovnem zdravstvu, je naslednja: večina kliničnih raziskav je opravljena na sekundarni in terciarni ravni, poleg tega pa precej izobraževalnih srečanj ne upošteva danosti in značilnosti dela v osnovnem zdravstvenem varstvu. Pobuda, ki jo je kot skupno soglasje vseh najvidnejših strokovnjakov s področja družinske medicine objavila WONCA, da je namreč treba na evropski in svetovni ravni prioritarno podpirati raziskave v osnovnem zdravstvenem varstvu, je zato razumljiva.

Organizatorji evropskega kongresa WONCA, ki bo potekal od 19. do 21. junija letos v Ljubljani, smo si prav s ciljem, da bi zdravniki vseh držav delili svoje izkušnje ter izmenjali svoja strokovna stališča, močno prizadevali za pridobitev soglasja za organizacijo tako pomembnega srečanja. Na kongresu bo med 600 referati tudi precej takih, ki se bodo nanašali na predpisovanje zdravil v osnovnem zdravstvenem varstvu. Lahko smo

gotovi, da se bo teh predstavitev udeležilo čim več članov najrazličnejših komisij in uradov, ki se udeležujejo na področju predpisovanja zdravil, saj bodo lahko na enem mestu prejeli informacije o slabostih in prednostih, ki so se izkazale v državah Evrope, Amerike, Azije in Avstralije. Glede na dosedanja prenos informacij je znano, da Slovenija zelo zaostaja pri elektronskem spremljanju posameznega pacienta, kjer so nas prehiteli že skoraj vse države nekdanje vzhodne Evrope, da o zahodnih ne govorimo. Zahtevati kakovostnejše predpisovanje zdravil brez dobrih izobraževalnih možnosti in brez sodobne programske opreme je neresno in za marsikoga celo neokusno.

Ni torej dovolj vzklikati “Čemu ta potrata zdravila!?” V strokovnih krogih je treba doreči, kaj je dobrobit naših bolnikov, koliko si s spremenjenim načinom življenja lahko pomagajo sami in kakšne postopke bomo v okviru svojih ustanov izvajali, da bomo dosegli večjo kakovost in kar najvišjo strokovno raven dela. ■

Danica Rotar Pavlič

* Narda je dišeče olje, mazilo iz korenin indijske rastline.