



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES

SLOVENIAN WORLD CONGRESS

VI. KONFERENCA

SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV

IZ SVETA IN SLOVENIJE

LJUBLJANA, 28 – 29. MAJ 2009

ZBORNIK

LJUBLJANA 2009

Hitro odpravi bolečino.

www.nalgesin.si



Hitra rešitev.
Pri glavobolu, zobjbolju,
menstrualnih bolečinah,
bolečinah v mišicah
in sklepih.



Nalgesin S vsebuje naproksen natrij.

www.krka.si

 KRKA

Pred uporabo natančno preberite navodilo!

O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES

SLOVENIAN WORLD CONGRESS

VI. KONFERENCA
SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV
IZ SVETA IN SLOVENIJE

Ljubljana, 28. in 29. maj 2009

ZBORNIK

LJUBLJANA 2009

Izdajatelj in založnik
Svetovni slovenski kongres
Slovenian World Congress
Cankarjeva 1/IV, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel: +386 1 24 28 550, fax: +386 1 24 28 558
e-pošta: ssk.up@eunet.si
spletna stran: www.slokongres.com

Odgovorna urednica
Jana Čop

Urednica
Sonia Adriana Avguštin

Tehnična pomoč
Luka Klopčič
Zdenka Oblak

Grafična priprava
Benjamin Pezdir s.p.

Tisk
Tiskarna Artelj

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-051(100=163.6)(082)

KONFERENCA slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije
(6 ; 2009 ; Ljubljana)
Zbornik / VI. konferenca slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije,
Ljubljana, 28.-29. maj 2009 ; [urednica Sonia Adriana Avguštin]. -
Ljubljana : Svetovni slovenski kongres = Slovenian World Congress, 2009

ISBN 978-961-6700-03-0
1. Avguštin, Sonia Adriana
245709056

Na podlagi zakona o DDV (Uradni list RS št. 89/98) sodi zbornik med
publikacije za katere se obračunava DDV po stopnji 8,5%



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES
SLOVENIAN WORLD CONGRESS

**VI. KONFERENCA
SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV
IZ SVETA IN SLOVENIJE**

■ 3

Ljubljana, 28.-29. maj 2009

Častni pokrovitelj

Predsednik Republike Slovenije, dr. Danilo Türk

Generalni sponzor

Krka, d.d. Novo mesto

Pokrovitelji

Urad Vlade RS za Slovence v zamejstvu in po svetu

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

Zdravniška zbornica Slovenije

Agencija RS za raziskovalno dejavnost

Pri organizaciji so sodelovali

Slovensko zdravniško društvo

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

Sponzorji

Thermana Laško, Družba dobrega počutja

Jansen-Cilag, farmacevtski del Johnson & Johnson d.o.o.

GlaxoSmithKline d.o.o.

Vzajemna, d.v.z.

Mobitel d.d.

**VI. KONFERENCA
SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV
IZ SVETA IN SLOVENIJE**

Ljubljana, 28. in 29. maj 2009

Kazalo

■ 5

Program.....	7
Pozdravni nagovori gostitelja in gostov	19
Okrogle miza: Etika v medicini.....	39
Uvodni nagovor	41
Predstavitev raziskovalnega dela slovenskih medicinskih strokovnjakov iz sveta in Slovenije.....	65
Proste teme.....	93
Najnovejše tehnologije v medicini	101
Izobraževanje v medicini	123
Okrogle miza: Slovenski zdravstveni sistem – povezave med javnim in zasebnim – vizije za izboljšavo	151

Program

7

ČETRTEK, 28. maj 2009

- 08.00 – 09.00 Prihod in registracija udeležencev
- 09.00 – 09.45 **Pozdravi in nagovori gostitelja in gostov**
Uvodne besede predsednice Organizacijskega
odbora: **doc. dr. Bojane Žvan, dr.med., prim.**
Pozdravi in nagovori:
 - **dr. Boris Pleskovič**, predsednik Svetovnega slovenskega kongresa
 - **Borut Miklavčič, minister**, Ministrstvo za zdravje RS
 - **akad. prof. dr. Boštjan Žekš, minister**, Urad Vlade RS za Slovence v zamejstvu in po svetu
 - **Miro Petek**, predsednik Komisije DZ za odnose s Slovenci v zamejstvu in po svetu
 - **prof. dr. Pavel Poredoš, dr.med.** predsednik Slovenskega zdravniškega društva
 - **asist. Gordana Kalan–Živčec, dr.med., prim., predsednica** Zdravnische zbornice Slovenije
 - **Jože Colarič, predsednik uprave**
Krke, d.d., Novo mesto
- 09.45 – 12.00 **Okrogla miza: Etika v medicini**
Predsedujoča:
 - **prof. dr. Pavel Poredoš, dr.med.**, UKC Ljubljana in
 - **Majda Kregelj Zbačnik, dr.med., prim.**, UKC Ljubljana: *Medicinska etika in človekove pravice***Uvodno predavanje: akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr.med., – predsednik SAZU: O etiki in »utilitarni etiki« v medicini**

Sodelajoči:

- **prof. dr. Roberto Favaloro, dr.med.**, Favaloro Foundation, Argentina: *Etična načela Reneja Favalora o medicini in pacientih*
- **prof. dr. Jože Balažič, dr.med.**, Inštitut za sodno medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani: *Bolnikove pravice, zdravnikova obveza*
- **asist. Gordana Kalan – Živčec, dr.med., prim.**, Zdravniška zbornica Slovenije: *Etika in pravo*
- **doc. dr. Janez Primožič, dr.med.**, UKC Ljubljana, KO za otroško kirurgijo: *Etična razmišljanja ob hudo in brezupnemu bolnemu otroku v enoti za intenzivno terapijo*
- **Jože Andolšek**, Avstrija: *Etiopija – lakota, aids in upanje!*
- **Eva Trpin, dr.med.**, Slovenija: *Moje izkušnje pri delu v tretjem svetu*

8 ■

12.00 – 13.30

odmor za kosilo

13.30 – 15.45

Predstavitev raziskovalnega dela slovenskih medicinskih strokovnjakov iz sveta in Slovenije

Predsedujoči: prof. dr. Marjan Rupnik,
Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

Sodelajoči:

- **dr. Vojko Kavčič**, dr.med., Oddelek za nevrologijo, Univerza Rochester Medical Center, Rochester, NY, ZDA: *Zaznavno in kognitivno staranje*
- **prof. dr. Boštjan Kobe**, School of Chemistry and Molecular Biosciences, Institute for Molecular Bioscience, University of Queensland, Brisbane, Avstralija: *Uporabnost tri-dimenzionalne strukture makromolekul v medicinskih raziskavah*
- **prof. dr. Peter Leskovar**, Rosenheim, Nemčija: *Klinična študija pri zdravljenju pankreatičnega in hepatobiliarnega raka na bazi MIS/MIT tehnologije*
- **dr. Milena Senica Verbič, dr.med.**, Splošna bolnišnica Celje, Otroški oddelok kirurških strok: *Napredki in spremembe pri lajšanju pooperativne bolečine v otroški kirurgiji 2007-2009*
- **prof. dr. Mirko Jung, dr.med.**, Švica: *Genetika prionskih bolezni*
- **dr. Slobodan Pavlović**, zasebna psihološka ordinacija Tuzla, BiH: *Psichična motnja kot posledica genocida v BiH*

15.45 – 16.00

odmor

16.00 – 17.30

Proste teme

Predsedujoča: Silvo Lipovšek, dr.med. in dr.

Milena Senica Verbič, dr.med., Splošna bolnišnica Celje, Otroški oddelek kirurških strok.

Vloga zdravilstva v avstrijskem zdravstvenem sistemu

- **Ivan Ramšak, dr.med.**, Avstrija

Je staranje mogoče preprečiti?

- **dr. Cyril Godec, dr.med.**, Department of Urology, Long Island College Hospital; SUNY Downstate Medical School, ZDA

Vračanje slovenskih zdravnikov iz tujine

v Slovenijo – okrogle miza

■ 9

Sodelujoči:

- **akad. prof. dr. Matija Horvat, dr.med.**, Zdravniška zbornica Slovenije: *Problemi pri podiplomskem izobraževanju zdravnikov*
- **prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr.med.**, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

PETEK, 29. maj 2009

09.00 – 11.15

Najnovejše tehnologije v medicini

Predsedujoča: doc. dr. Bojana Žvan, dr.med.,

prim., Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Nevrološka klinika UKC Ljubljana in **prof.dr. Alojz Pleskovič, dr.med.**, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana

Sodelujoči:

- **prof. dr. Mario Grobovschek, dr.med.**, Christian-Doppler Klinik Salzburg, Avstrija: *Izkušnje z uporabo 3 T MR aparature v neuroradiologiji in na urgence*
- **dr. David Turk**, Medina Hospital, Cleveland: *Zasebna urološka praksa v ZDA*
- **dr. Joseph Novak, dr.med.**, Oddelek za patologijo in laboratorij Columbia St. Mary's Hospitals, Wisconsin: *Ginekološka citologija: od (Pap)anicolaou do (Pap)illoma virusa*
- **prof. dr. Dušan Pavčnik, dr.med.**, Raziskovalni oddelek, Dotter Interventional Institute, Oregon Health Science University, ZDA: *Nova biološka naprava za transkatetersko zaporo prehodnega foramna ovale interatrijskega septuma v srcu. Študija na živalskem modelu.*

- **David Perše, dr.med.**, Cleveland Lutheran Hospital, ZDA: *Zdravljenje ran / Hiperbarična terapija*
- **asist. mag. Zoran Miloševič, dr.med.**, UKC Ljubljana, *Tehnika dvojne zaščite pri karotidni angioplastiki z vstavitvijo žilne opornice*
- **doc. dr. Bojana Žvan, dr.med. prim.**, UKC Ljubljana, *Sodobna obravnavba bolnika z možgansko anevrizmo*

11:15 – 11.45 odmor

Izobraževanje v medicini

*Predsedujoči: prof. dr. Zmago Turk,
dr.med., prim. UKC Maribor*

Sodelujoči:

- **prof.dr. Ivan Krajnc, dr.med.**, dekan Medicinske fakultete Univerze v Mariboru – *Izobraževanje medicincev v bolonjskem procesu*
- **doc. dr. Zlatko Fras, dr.med.**, Interna klinika UKC Ljubljana; UMSEA: *Financiranje podiplomskega izobraževanja zdravnikov v Evropi v odnosu do farmacije*
- **Kristijan Jejčič**, študent, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru: *Študij medicine in študentje*
- **Ronald Chufo**, Airmed International, Alabama, ZDA: *Zdravstvene storitve – letalski prevozi*
- **prof.dr. Dušanka Mičetič Turk, dr.med.**, Medicinska fakulteta Maribor: *Nove možnosti in načini izobraževanja*
- **Silvo Lipovšek, dr.med.** Splošna bolnišnica Celje, Otroški oddelek kirurških strok: *Vloga strokovnega društva pri izobraževanju na področju otroške kirurgije*

13.15 – 14.45 odmor za kosilo

Okrogla miza: Povezave med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom v Sloveniji – vizije za izboljšavo

Predsedujoča: prof. dr. Metka Zorc, dr.med., Medicinska fakulteta v Ljubljani, MC Medicor–Izola

Predavatelji:

- **Raymond J. Marvar, Esq.**, Cleveland Clinic, ZDA: *Globalne zdravstvene storitve*
- **Dorjan Marušič, dr.med.**, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: *Potrebe po zdravstvenih storitvah – povezave med javnimi in zasebnimi – vizije za izboljšave*

- **dr. Robert Medved, dr.med.**, Ministrstvo za zdravje, Sektor za razvoj in koordinacijo sistema zdravstvenega varstva

Sodelajoči

- **mag. Marko Bitenc, dr.med.**, Zavod zdravje in Bolnišnica Golnik: *Zasebno-javno partnerstvo in razvoj stroke*
- **Bojan Popovič, dr.med.**, Dermadent, d.o.o.: *Izzivi sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti*
- **mag. Andrej Bručan, dr.med.**, Univerzitetni klinični center Ljubljana: *Problematika delovanja zasebnikov v okviru javnega zdravstva v Sloveniji*
- **prim. dr. Peter Brinar, dr.med.**, Avicena, d.o.o., Zagreb, Hrvaška

Program

■ 13

THURSDAY, 28th of May 2009

- | | |
|---------------|--|
| 08.00 – 09.00 | Arrival and registration of participants |
| 09.00 – 09.45 | Official Opening of VIth Conference of Slovenian Medical Workers from Abroad and Slovenia
<i>Opening address: Assoc. Prof. Bojana Žvan, MD, Ph.D., president of the Steering Committee</i>
<i>Welcome addresses:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Boris Pleskovič, Ph.D., President of the Slovenian World Congress▪ Borut Miklavčič, Minister of Health of the Republic of Slovenia▪ Acad. Prof. Boštjan Žekš, Ph.D., Minister for Slovenians Abroad of the Republic of Slovenia▪ Miro Petek, President of the Commission for Relations with Slovenians Abroad▪ Prof. Pavel Poredoš, MD, Ph.D., President of the Slovenian Medical Association▪ Assist. Prof. Gordana Kalan-Živčec, MD, President of Medical Chamber of Slovenia▪ Jože Colarič, President of Board and Managing Director of Krka, d.d., Novo mesto |
| 09.45 – 12.00 | Round-table: Ethics in Medicine
<i>Chairs:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Prof. Pavel Poredoš, MD, Ph.D., UMC Ljubljana▪ Majda Kregelj Zbačnik, MD., UMC Ljubljana:
<i>Medicine Ethics and Human Rights</i> |

Keynote address: **Acad. Prof. Jože Trontelj, MD, Ph.D.**, – President of the Slovenian Academy of Arts and Sciences:
About Ethics and »Utilitarian Ethics« in Medicine

Speakers:

- **Prof. Roberto Favaloro, MD, Ph.D.**, Favaloro Foundation, Argentina: *The Ethical Principles of Rene Favaloro about Medicine and Patients*
- **Prof. Jože Balažic, MD, Ph.D.**, Institute for Forensic Medicine, University of Ljubljana: *Patient's Rights, Doctor's Duty*
- **Assist. Prof. Gordana Kalan-Živčec, MD**, President of Medical Chamber of Slovenia: *Ethics and Law*
- **Janez Primožič, MD, Ph.D.**, UMC Ljubljana, Clinical Depratment for Pediatric surgery: *Ethical Considerations in Case of a Terminally Ill Child in Intensive Care*
- **Jože Andolšek**, Austria: *Etiopia – Hunger, AIDS and Hope!*
- **Eva Trpin, MD**: *My Working Experiences in the Third World*

14 ■

12.00 – 13.30

13.30 – 15.45

Break

Presentation of Research by Slovenian Medical professionals from Slovenia and Abroad

Chair: Prof. Marjan Rupnik, Ph.D., Faculty of Medicine, University of Maribor

Speakers:

- **Vojko Kavčič, MD, Ph.D.**, Department for Neurology, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA: *Perceptual and Cognitive Aging*
- **Prof. Boštjan Kobe, Ph.D.**, School of Chemistry and Molecular Biosciences, Institute for Molecular Bioscience, University of Queensland, Brisbane, Australia: *The Use of Macromolecular Three-dimensional Structure in Medical Research*
- **Prof. Peter Leskovar, Ph.D.**, Rosenheim, Germany: *MIS/MIT Technology*
- **Milena Senica Verbič, MD, Ph.D.**, General Hospital Celje, Department for Pediatric Surgery: *Improvements and Changes in Post-operative Pain Relief in Children 2007–2009*
- **Prof. Mirko Jung, MD, Ph.D.**, Switzerland: *Prion Disease Genetics*
- **Slobodan Pavlović, Ph.D.**, Private psychological ordination, Tuzla, BiH: *Psychological Disorder as a Consequence of the Genocide in BiH*

15.45 – 16.00	Break
16.00 – 17.30	Free topics <i>Chairs: Silvo Lipovšek, MD, and Milena Senica Verbič, MD, Ph.D., General Hospital Celje, Department for Pediatric Surgery</i> The Role of Homeopathic Medicine in Austrian Healthcare System <ul style="list-style-type: none">▪ Ivan Ramšak, MD, Austria Is Aging Preventable? <ul style="list-style-type: none">▪ Cyril Godec, MD, Ph.D., Department of Urology, Long Island College Hospital; SUNY Downstate Medical School, USA Retourning of Slovenian Medical Workers from Abroad to Slovenia – Round table <i>Speakers:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Acad. Prof. Matija Horvat, MD, Ph.D., Medical Chamber of Slovenia: <i>Problems with postgraduate Education of Medical Workers</i>▪ Prof. Vladimir Smrkolj, MD, Ph.D., Faculty of Medicine, University of Ljubljana
FRIDAY, 29th of May	
09.00 – 11.15	Modern Technologies in Medicine <i>Chairs: Assoc. Prof. Bojana Žvan, MD, Ph.D., Clinical Department for Vascular Neurology and Intense Neurological Therapy, Neurology Clinic UKC Ljubljana and Prof. Alojz Pleskovič, MD, Ph.D., Clinical Department for Abdominal Surgery, UMC Ljubljana</i> <i>Speakers:</i> <ul style="list-style-type: none">▪ Prof. Mario Grobovschek, MD, Ph.D., Christian–Doppler Klinik Salzburg, Avstrija: <i>Clinical Experience with the 3 T Mr Machine in Neuroradiology and in Emergency</i>▪ David Turk, MD, Ph.D., Medina Hospital, Cleveland: <i>Private Practice Urology in America</i>▪ Joseph Novak, MD, Ph.D., Wisconsin, President and academic Director, Department of Pathology and Laboratory Columbia St. Mary's Hospitals, Wisconsin: <i>Gynecologic Cytology: From (Pap)anicolaou to (Pap)illoma Virus</i>

- **Prof. Dušan Pavčnik, MD, Ph.D.**, Research Dotter Interventional Institute, Oregon Health Science University, USA: *New Artificial Bioprosthetic Device for Patent Foramen Ovale Closure in an Animal Model*
- **David Perše, MD**, Executive Director of Cleveland Lutheran Hospital, USA: *Wound Healing / Hyperbaric Therapy*
- **Assist. Zoran Milošević, MD, MS**, UMC Ljubljana, *Technique of Dual Protection in Carotid Angioplasty with Stenting*
- **Assoc. Prof. Bojana Žvan, MD, Ph.D.**, UMC Ljubljana, *Modern Approach to Patient with Brain Aneurism*

11:15 – 11.45

Break

16 ■

11.45 – 13.15

Education in Medicine

Chair: Prof. Zmago Turk, MD, Ph.D., UMC Maribor

Speakers:

- **Prof. Ivan Krajnc, MD, Ph.D.**, dean, Faculty of Medicine, University of Maribor: *Education of Medical Workers in Bologna Process*
- **Assoc. Prof. Zlatko Fras, MD, Ph.D.**, Internal Clinic UMC Ljubljana; UMSEA: *Financing Undergraduate Education of Medical Workers in Europe in Relationship to Pharmacy*
- **Kristijan Ježičič**, student, Faculty of Medicine, University of Maribor: *Contemporary Medical Study and Students*
- **Ronald Chufo**, Aimred International, Alabama, USA: *Air Medical Services*
- **Prof. Dušanka Mičetič Turk, MD, Ph.D.**, Faculty of Medicine, University of Maribor: *New Possibilities and Ways of Learning*
- **Silvo Lipovšek, MD**, General Hospital Celje, Department for Pediatric Surgery: *The Role of medical Associations in Programs of Education in pediatric Surgery*

13.15 – 14.45

Break

14.45 – 16.45

Round-table: Relations Between Public and Private Health Care System in Slovenia – Visions for Improvement

Chair: Prof. Metka Zorc, MD, Ph.D., Faculty of Medicine, University of Ljubljana, MC Medicor-Izola: Slovenian Health Care System – Relationship between Public and Private Practice – Mc Medicor, third slovenian Center for Cardiovascular Diseases

Speakers:

- **Raymond J. Marvar, Esq.**, Lawyer, Senior Vice President, *Government Relations and Community Outreach Cleveland Clinic, USA: Global health services*
- **Dorjan Marušič, MD**, Health Insurance Department, Government of Slovenia: *Needs for Medical Assistance – Relationship between Public and Private Sectors – Visions for Improvement*
- **Robert Medved, MD, Ph.D.**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia

■ 17

Participants:

- **Marko Bitenc, MD, MS**, Institute of Health and Hospital Golnik: *Public / Private Partnership and professional Development*
- **Bojan Popovič, MD**, Dermadent, d.o.o.: *Changes of Health Care Law – The Challenges*
- **Andrej Bručan, MD, MS**, UMC Ljubljana: *Problems of Private Practice within Public Health System of Slovenia*
- **Peter Brinar, MD, Ph.D.**, Avicena, d.o.o., Zagreb, Croatia

Summary, conclusions

Pozdravni nagovori

Welcome addresses



dr. Boris Pleskovič

Predsednik Svetovnega slovenskega kongresa

Pozdrav udeležencem šeste konference slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije.

Z velikim veseljem in posebnim spoštovanjem pozdravljam udeležence že šestega strokovnega srečanja slovenskih zdravnikov, ki je hkrati sedemnajsto srečanje slovenskih strokovnjakov iz sveta in domovine, ki jih priteja Svetovni slovenski kongres (SSK). Namen naših konferenc ali srečanj je vedno bil povezovanje Slovencev iz vsega sveta v korist napredku znanosti in stroke, izmenjavi delovnih izkušenj in graditvi osebnih poznanstev ter prijateljstev.

Nobenega dvoma ni več, da so ta srečanja dobrodošla in koristna za domovino kot tudi za slovenske udeležence, ki živijo in delajo v tujini. Vedno več je uglednih in premožnih Slovencev iz tujine, ki si za kirurško operacijo in/ali medicinsko zdravljenje izberejo Slovenijo. In vedno več je posameznikov in institucij iz tujine in domovine, ki želijo pomagati pri vsebinski in logistični organizaciji naših zdravniških konferenc. Ta trend z veseljem pozdravljamo, še posebno dejstvo, da po naših dosedanjih izkušnjah, Slovenke in Slovenci z veseljem sodelujejo med seboj, si z veseljem izmenjujejo in posredujejo strokovno znanje in delijo izkušnje doma in v tujini ter si pomagajo ne glede na to kje po svetu se nahajajo.

Povezovanje strokovne diaspore v Evropi in po svetu je v zadnjem desetletju globalizacije postalo tradicionalno, organizirano, in financirano v ta namen, posebno s strani EU. To sodelovanje diaspore je skratka postalo nujno za razvoj in napredok znanosti posameznih držav. Povezovanje diaspore je posebno pomembno na področju znanosti, medicine in zdravstva zaradi vse hitrejših tehnoloških inovacij

v medicini in zaradi pospešenega staranja prebivalstva v razvitih državah. To zah-teva vse večja denarna sredstva za zdravstvo, ki pa si jih ne morejo več privoščiti niti najbolj razvite države. Zaradi teh trendov vse razvite države, brez izjem, iščejo sistemsko rešitve kako zmanjšati hitro rast stroškov zdravstva, izboljšati zdravstveno stanje in podaljšati življenjsko dobo svojega prebivalstva. Nobena država na svetu nima popolnega zdravstvenega sistema, ki se ne bi soočal s težkimi izzivi in pomembnimi pomanjkljivostmi.

22 ■

Če bi tak popoln sistem zdravstvenega sistema obstajal, potem bi ga vsi z veseljem posnemali ali kopirali. Na primer, v ZDA je okoli 40 milijonov prebivalcev brez kakršnegakoli zdravstvenega zavarovanja. Po drugi strani pa Američani skoraj vsako leto poberejo vse ali večino Nobelovih nagrad za medicino. Nekatere države imajo dobro urejeno privatno zdravstveno mrežo in prakso (ZDA), druge javno zdravstveno prakso (Švedska), tretjim pa dobro uspeva sodelovanje med privavnim in javnim sektorjem (Kanada). Glede na to, da naši svetovno znani in priznani zdravniki delajo po vsem svetu, je pomembno, da k nam prinesejo svoje izkušnje o tem kar je najboljše v njihovem sistemu, kjer delajo ali znanstveno raziskujejo ter te izkušnje delijo ter izmenjujejo s slovenskimi zdravniki na naših konferencah ali kje drugje, kjer se naključno srečajo. Tudi to je namreč ena izmed poti ali načinov kako izboljšati zdravstveni sistem v Sloveniji.

V Sloveniji primanjkuje zdravnikov. Pri Svetovnem slovenskem kongresu se zavzemamo zato, da bi se čim več mladih ali tudi izkušenih slovenskih zdravnikov iz tujine vrnilo v domovino. Ta prizadevanja so s pomočjo SSK že obrodila nekaj začetnih uspehov. Glede na to, da je Slovenija gospodarsko visoko razvita in uspešna država, ki podpira razvoj privatnega in javnega sektorja v zdravstvu, država z izjemnimi naravnimi lepotami, prijetno naravno klimo in visoko kvaliteto življenja, ki presega pogoje v mnogih drugih razvitih državah se nadejamo, da se bo vse več slovenskih zdravnikov v bodoče odločilo, da se po strokovnem izpopolnjevanju v tujini vrnejo domov. Upamo, da se bodo zato zavzemale tudi domače institucije, ki delujejo na področju zdravstva in tudi domača politika.

Slovenija se vedno bolj zaveda, da so naši Slovenci v tujini, kjer živi in dela četrtnina našega naroda, pomemben kapital - v izjemnem znanju, svetovnih poznanstvih, denarju ali premoženju, in pri potencialni promociji Slovenije. To potrjuje tudi dejstvo, da sta častno pokroviteljstvo naših konferenc, pri večini začetnih in praktično vseh v zadnjih letih, do sedaj prevzela ali predsednik slovenske države ali pa predsednik slovenske vlade ter da se odprtja teh konferenc redno udeleži vrsta ministrov, pomembnih politikov in visoko priznanih strokovnjakov.

Tudi tokrat bi se rad zahvalil za častno pokroviteljstvo predsedniku Republike Slovenije, dr. Danilu Turku. Za sodelovanje in pomoč se prav tako zahvaljujem ministru za Slovence po svetu, akad. dr. Boštjanu Žekšu, Uradu Vlade RS za Slovence v zamejstvu in po svetu, ministru za zdravje RS, Borutu Miklavčiču, Zdravniški zbornici Slovenije, Slovenskemu zdravniškemu društvu, Javnim agencijam za raziskovalno dejavnost RS ter Medicinski fakulteti v Ljubljani in Mariboru.

Zahvaljujem se predsednici organizacijsko-programskega odbora konference, predstojnici, doc. dr. Bojanji Žvan in vsem ostalim članom, ki so prostovoljno s svojimi nasveti in dragocenim časom oblikovali program te konference. Najlepša hvala tudi sodelavcem Upravne pisarne Svetovnega slovenskega kongresa: Sonji Avguštin, glavni tajnici Jani Čop, Franciju Feltrinu, Luki Klopčiču in Zdenki Oblak.

Posebna zahvala pripada našim sponzorjem, ki so finančno podprtli ta naš projekt. Najzvestejši sponzor naših zdravniških konferenc, že od samega začetka naprej, je bila vedno Krka, d.d., Novo Mesto. Zato se iskreno zahvaljujem g. Jožetu Colariču za njegovo neomajno podporo in finančno pomoč. Enako se zahvaljujem tudi vsem ostalim sponzorjem, ki so bistveno pripomogli pri financiranju tega srečanja.

Vsem udeležencem šeste zdravniške konference želim produktivno in uspešno srečanje ter prijetno počutje ob koristni izmenjavi izkušenj in novih idej za boljše zdravje Slovencev po vsem svetu.



doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., primarij

Predsednica Organizacijskega odbora

Drage in spoštovane kolegice in kolegi, spoštovane gospe in gospodje, drage prijateljice in prijatelji, ki ste danes počastili s svojo prisotnostjo pričujoče srečanje,

Nekoč je Gustave Flaubert zapisal. »Domovina je kot družina: njeno vrednost spoznamo šele, ko jo izgubimo.« »Kdor ljubi svojo domovino, jo z enim samim objemom svoje misli obseže vso; ne samo nje, temveč vse, kar je kdaj ljubil in kar bo ljubil kdaj pozneje« pa so misli Ivana Cankarja. S temi mislimi, ki žarijo v luči ustvarjanja in obnavljanja vezi med Slovenci v svetu in v domovini in, ki jih nikoli ni bilo mogoče in jih ne bo mogoče pretrgati, se veselim prijaznega druženja z vami, izmenjave vrhunskih znanj s področja medicine in uresničevanja večnega človekovega hrepenenja po novem, drugačnem in boljšem.

So časi, ko se lahko prvoten namen zdravništva prične izgubljati, postaja neobvezen, na njegovo mesto pa prihajo drugačni nameni, ki se kažejo z vsemi svojimi madeži. Prav zato mi pomeni področje etike v medicini najpomembnejši sklop srečanja. V mnogo čem nam bo osvežil pomen odnosov med zdravniki ter zdravniki in družbo ter marsikom ponovno odkril naše pravo poslanstvo.

Vsa znanja na današnjem srečanju so kot zvezde, ki pomenijo ljudem vsakemu kaj drugega. Popotnikom so vodnice, drugim so samo drobne lučke, trgovcu so zlato, znanstvenikom so vedno nove in nove uganke, mi pa jih bomo pri svojem delu združili v luči sodobne in učinkovite obravnave vseh, ki jim bolezen samo grozi, ali pa so jo že doživelii.

Morda je med vsemi strahovi, bolj kot smrt, najbolj vznemirljiv ta, da bomo nekoč nekomu v breme. To pomeni žalostno slovo občutku samostojne identitete. Strah, da se bomo morali odpovedati svojim osebnim interesom, nagnjenjem in samospoštovanju je neizmeren. Ničesar ni, kar bi lahko bolj širilo človeško dušo, udejanjilo človekov potencial, ali kar bi človeku omogočilo, da bi obvladoval svoje življenje, kakor zdravi možgani. Že kratkotrajna prekinitev ali izliv krvi v možgane ima tako hude posledice, kot je ishemična možganska kap ali možganska krvavitev. Možganska kap je drugi vzrok umrljivosti v svetu in tretji vzrok v razvitih državah. Zastrašujejoče je, da je možganska kap v svetu in Sloveniji prvi vzrok telesne in duševne oviranosti, kar pomeni velik zdravstveni in socialni problem, stroški povezani z možgansko kapjo pa so med najvišjimi. Možganska kap je tudi drugi najpogostejši vzrok demence ter pogost vzrok epilepsije in depresije pri odraslih. Vprašanj, ki jih sproži nenaden možganskožilni dogodek, ki je običajno povezan z dolgotrajnimi in hudimi posledicami, je nešteto. Na mnoga bomo v dnevih srečanja Svetovnega slovenskega kongresa dobili odgovore, ali vsaj verodostojne informacije, mnoga pa bodo morala počakati na naslednja srečanja.

26 ■

Ob spoznanju, da se zavedamo svojega neznanja, smo na najbližji poti k znanju. Izobraževanje je pomemben sopotnik vseh, ki nas združuje medicina, saj nas spremlja do konca življenja. Prepričana sem, da bomo na pričujočem srečanju storili dolg korak k znanjem, ki jih bomo lahko uporabili pri našem delu in jih prenesli vsem kolegom, predvsem mlajšim, ki so se odločili za našo pot.

Zdravstveni sistem v Sloveniji je pred mnogimi izzivi, v mnogo čem se kaže na predek, mnogo pa bo potrebno še postoriti. Za dosego dobrega in racionalnega zdravstvenega sistema ob katerem ne bodo prikrajšani niti bolniki niti celoten slovenski narod je, poleg blagostanja države, pomembno tudi znanje in izmenjava izkušenj s področja delovanja različnih zdravstvenih sistemov v svetu. Verjamem, da bo poslednji sklop tega srečanja doprinesel k rešitvi vsaj dela problemov, ki so nas v času recesije še posebej prizadeli in pripomogel k čim boljšemu zdravju Slovencev.

Vsem, ki ste prišli iz tujine in vsem, ki živite v domovini, želim veliko prijetnih skušnih doživetij, veliko novih vezi, strokovnih in prijateljskih, ki se bodo ob srečanjih, kot je današnje, znova in znova krepile.

Spoštovani vseslovenski zdravniki in medicinski strokovnjaki!



Borut Miklavčič
Minister za zdravje Republike Slovenije

Veseli me, da vas lahko nagovorim na vaši že peti konferenci slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije. S spoštovanjem gledam tudi na prizadevanja Svetovnega slovenskega kongresa, ki vas uspe, kljub vašim številnim dolžnostim, združiti, pa čeprav le za kratek čas na konferenci. Vaš odziv nam veliko pomeni, izkazujete nam pozornost in pripadnost, kar je za tako številčno majhen narod še posebej pomembno.

Glavni namen srečanja je medsebojno spoznavanje in povezovanje slovenskih medicinskih strokovnjakov iz sveta in Slovenije ter predstavitev dosežkov slovenske zdravniške stroke v tujini in doma. Dogodek je priložnost, da se domači javnosti predstavijo izjemni slovenski medicinski strokovnjaki, ki uspešno delujejo na tujem, in da z njimi vzpodbudimo še močnejše sodelovanje.

Živimo v času, ko se meje med državami podirajo hitreje, kot se lahko združujemo ljudje v svoji različnosti. Vsak narod lahko s svojimi značilnostmi veliko prispeva v skupno zakladnico razvoja, a pri tem je prav, da se zaveda tudi svojih prednosti in značilnosti.

S podiranjem meja se je na prepihu znašlo tudi zdravstvo. Razmere se hitro spreminjajo, bolniki postajajo vedno bolj zahtevni, na voljo imajo številne informacije, pred nami je odpiranje meja na področju zdravstvenih storitev.

Tudi zdravstvo v Sloveniji je pred pomembnimi izzivi - tako v organizacijskem kot tudi v strokovnem smislu. Zahtevne ekonomske razmere v svetu in doma nas v to še posebej silijo. Med tem, ko moramo na organizacijskem področju preseči

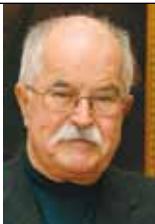
togost zdravstvenih institucij in tudi nekaterih okolij, na strokovnem področju uspešno sledimo razvoju v svetu. Več pa bo vsekakor potrebno narediti na področju kakovosti v zdravstvu.

Ob razvoju medicine, medicinske tehnologije in vse večji specializaciji posameznih strokovnjakov, prihaja v stik z bolnikom vse več zdravstvenega osebja. Nekdaj vzpostavljen odnos med zdravnikom in bolnikom se je porušil in to kljub stalnemu poudarjanju partnerskega odnosa. Vsekakor je medicina bila in bo kot stroka tudi ostala odvisna od zaupanja bolnika do zdravnika oz. do zdravstvenega delavca. Bolnik potrebuje pogovor, ki je osnova za zaupanje. Slovenski zdravstveni sistem je torej pred velikim izzivom, rešitev pa je vse prej kot enostavna.

Vaše izkušnje iz okolij kjer delujete so bogate in verjamem, da bodo koristne za vse nas, ki se trudimo vzpostaviti kakovostno slovensko zdravstvo. Uspelo nam bo

28 ■ pod pogojem, da smo vsi, ki si za to prizadevamo, še posebej pa zdravniki, odprti za spremembe, samokritični in sprejemljivi za izkušnje drugih.

Verjamem, da bo tudi letošnja konferenca strokovno uspešna. Za udeležbo se zahvaljujem vsem, posebej tistim, ki ste se vabilu odzvali iz tujine, in vam želim prijetno bivanje v domovini. Želim vam, da na konferenci izmenjate veliko bogatega strokovnega znanja in neprecenljivih strokovnih izkušenj. Naj vas dvodnevno srečanje, ki je pred vami, vzpodbudi k medsebojnemu povezovanju in sodelovanju tudi v prihodnje!



akad. prof. dr. Boštjan Žekš
Minister za Slovence v zamejstvu in po svetu

Spoštovane gospe, spoštovani gospodje, zdravnice in zdravniki iz sveta in Slovenije!

V veliko čast in v zadovoljstvo mi je, da vas lahko pozdravim na tem že četrtem srečanju slovenskih zdravnikov iz sveta in iz Slovenije. Jaz sem na takih konferencah in na tistih, ki jih Svetovni slovenski kongres organizira za znanstvenike, go-spodarstvenike, arhitekte, itd., že dokaj stalen gost in se močno zavedam, da je ta dejavnost Svetovnega slovenskega kongresa izjemno pomembna, ker po eni strani povezuje slovenske strokovnjake z vsega sveta s tistimi v domovini, po drugi strani pa prispeva s soočanjem s tujimi praksami k prepotrebnim spremembam v našem delovanju in našem razmišljanju doma v Sloveniji.

Na žalost te prepotrebne spremembe pri nas potekajo nezaslišano počasi ali pa sploh ne. Vsi se upiramo spremembam, saj se nam zdi trenuten položaj kar v redu, vendar ne razmišljamo o tem kakšna bodočnost se nam obeta. Po drugi strani se vsak od nas krčevito bori za prednosti, ki si jih je v preteklosti pridobil in na tak način blokira vse spremembe, ki pa so vsekakor nujne, saj ne moremo preživeti na način, ki je neprimerljiv in manj uspešen od tistega, ki ga imajo drugod.

To je očitno tudi na področju visokega šolstva in znanosti, kamor vsaj delno spada tudi medicina. Pri nas so visokošolski učitelji in raziskovalci državni uradniki z vsemi dobrimi in slabimi posledicami tega poklica. Med dobrimi naj omenim le visoko socialno varnost, med slabimi pa nasilno uvedeno enakost in pomanjkanje stimuliranja ambicioznosti in odličnosti. Zato sta naše visoko šolstvo in naša znanost v evropskem merilu povprečna, manjkajo pa nam elite in izjemni dosežki, saj na

žalost na področju znanosti in visokega šolstva povprečje ne pomeni nič dobrega in štejejo le izjemni dosežki. Široko bazo potrebujemo le zato, da iz nje zrastejo posamezniki ali skupine s svetovnim vplivom in širokim odmevom.

Vse to je med drugim tudi evropski problem ali natančneje problem celinske Evrope in na srečo so se stvari v zadnjih letih začele spremenjati na bolje. Nekatere države so začele energično spremenjati visokošolsko zakonodajo in tu naj omenim le nekatere med njimi Avstrijo, Finsko, Francijo in Portugalsko. Spremembe gredo v smeri popolne avtonomije univerz, ki potrebna materialna sredstva dobitjo od države s pogajanjem v katerih med drugim določijo tudi njihove naloge in cilje, ki jih le-te morajo doseči. Te pogodbe so običajno večletne, kar daje univerzi določeno stabilnost in znotraj tega obdobja je univerza popolnoma avtonomna. Visokošolski učitelji niso državni uradniki z dohodki, ki so za vse enaki, temveč imajo individualne pogodbe, ki omogočajo zelo različne dohodke glede na to koliko kdo prispeva k uspešnemu delu univerze in koliko ga le-ta potrebuje. Po tej novi zakonodaji dobitjo univerze bolj poslovno strukturo. Upravni odbor je edini stik med univerzo in vlado ter je odgovoren za celotno poslovanje univerze. Upravni odbor imenuje rektorja z določeno nalogo in misijo ter spremišča njegove rezultate. Pri svojem delu ima rektor skorajda popolno oblast, ki pa jo seveda lahko prenese na sodelavce. Ta nov sistem predstavlja precej revolucionaren premik v smeri načina delovanja najbolj uspešnih svetovnih univerz, npr. ameriških, ne gre pa pri tem do konca in ohranja več socialnih vrednot.

30 ■

Nov sistem so dokaj uspešno uvedle zgoraj navedene države, nekatere z velikimi odpori in socialnimi nemiri npr. v Franciji, nekatere pa praktično brez problemov npr. v Avstriji. V luči tega se je Rektorska konferenca Republike Slovenije odločila, da so tudi pri nas potrebne podobne spremembe. Ker nam je Avstrija najbližja tako geografsko, kot tudi kulturno in zgodovinsko, si je komisija, ki jo je Rektorska konferenca imenovala za pripravo osnutka novega zakona za vzor vzela prav avstrijski zakon.

Osnutek zakona je Rektorska konferenca sprejela in ga kot svoj predlog poslala v tako imenovano »javno razpravo« na ministrstvo, kar je eden od postopkov značilen za našo postsamoupravno družbo in s katerim naj bi zagotovili popolno enotnost glede nekega predloga za katerega bi morala sicer prevzeti odgovornost vlada. In seveda so v tej »javni razpravi« vsi proti. Zaradi raznoraznih zasebnih interesov in obrambe pridobljenih prednosti: od statusa »članic« univerz (kar je tudi naš samoupraven pojem, kar se vidi iz tega, da se ga ne da prevesti v angleščino), do statusa učiteljev, pridobljenih pravic študentov, itd. Skratka, zakon zelo verjetno ne bo sprejet in stvari bodo ostale take, kot so.

Toda s časom se bodo nekatere zadeve morale spremeniti. Pri tem bo pomagal čas in morda tudi gospodarska kriza. Pri tem pa pomagate tudi vi, dragi gostje iz tujine, ki nam morate stalno pripovedovati, kako so stvari urejene pri vas in kako bi jih morali spremeniti pri nas. Morda se vam zdi, da vas nihče ne posluša in da se

nič ne spremeni. To je sicer res, toda s svojim govorjenjem sejete seme, ki prispeva k zavedanju o potrebnosti sprememb. In do njih bo prišlo.

Vsem hvala.



prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.

Predsednik slovenskega zdravniškega društva

Spoštovane kolegice in kolegi iz sveta in domovine!

Slovenija je majhna dežela, o kateri velikokrat mislimo, da je v svetu zaradi njenе majhnosti povsem neprepoznana v svetu. Toda takšne ocene ne ustrezajo v celoti realnemu stanju, kajti Slovenci so se kljub svoji maloštevilčnosti razkropili po vseh kontinentih sveta; v začetku 19. stoletja so mnogi naši predniki odšli tudi v najbolj oddaljene dežele zaradi ekonomskih razlogov oz. zaradi golega preživetja, po 2. svetovni vojni pa je zaradi političnih razmer prišlo do eksodusa številnih naših prednikov, zlasti še slovenske intelektualne elite tedanjega časa. V zadnjem obdobju pa so iz Slovenije odšli posamezni vrhunski strokovnjaki s področja medicinskih in bioloških znanosti, ki so lahko uresničili znanstvene izzive le izven meja naše ožje domovine. Tako je Slovenija na osnovi, žal tudi tragičnih usod številnih naših prednikov in zlasti še vas, njihovih potomcev, postala prepoznavna v številnih okoljih večine kontinentov zemeljske oble.

Vsi vi, dragi kolegi in kolegice, ki imate slovenske korenine in ki čutite pripadnost vaši matični domovini – Sloveniji ste za nas vse, ki delujemo na področju medicinske stroke v matični domovini, izjemno pomemben dejavnik. Odpirate nam nova obzorja in s svojo odprtostjo ter nesebično pomočjo prispevate k bogatitvi naše medicinske znanosti in k razvoju stroke. Predvsem pa je dragocena vaša pomoč, zlasti mlajšim kolegom, ki jim pomagate pri vstopanju v svet medicinske stroke in znanosti na vrhunskih ustanovah širom po svetu.

Žal se dolgo naša politika ni zavedla tega neprecenljivega potenciala, ki ga predstavljate vi, naši rojaki, ki živite izven meja naše ožje domovine. Zato gre zahvala

vsem, ki delujete na povezovanju Slovencev širom po svetu in domovini, zlasti še Slovenskemu svetovnemu kongresu, ki je v zadnjih letih veliko prispeval k vaši prepoznavnosti in tako zapolnil pomembno vrzel na slovenskem narodnem telesu.

Kako pomembno je združevanje moči in energije?



asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., prim.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

Slovenija kot samostojna država nima dolge zgodovine. Ima pa dolgo kulturno, znanstveno in tudi družbeno tradicijo. Mnogi tukaj navzoči so se tudi zaradi hitrejšega osebnega strokovnega razvoja podali v različne svetovne centre. Toda današnje srečanje potrjuje znano dejstvo, da korenin ni mogoče popolnoma presekati.

Pomena osebnih stikov kljub današnji najmodernejši tehnologiji ni mogoče nadomestiti. Tega se zdravniki še posebno dobro zavedamo, saj je pri našem delu z bolniki prav osebni stik tisti, ki daje človeško noto tudi najbolj sofisticiranemu posegu ali najzahtevnejši operaciji. V hitrem dnevнем tempu je priložnost za pogovor dragocena in prav vsak trenutek, ki ga namenimo temu opravilu, ima dolgoročno dobre rezultate.

Današnji trenutek žal ni naklonjen niti slovenskim bolnikom niti zdravnikom. Trend vznemirjanja javnosti s tragičnimi primeri zapletov ali neuspehov zdravljenja je žal dosegel že dramatične razsežnosti. Aktualna politika je ta trend dodatno zlorabila z nemoralnimi pritiski na zdravništvo in mnoge od primerov nepotrebno dodatno obremenila s svojimi politikantskimi stališči. Četudi so bila nekatera izrečena celo iz zdravniških ust, niso upoštevala osnovnih etičnih postulatov, ne škoduj in bodi dobronameren. Zavestno in neutemeljeno povzročanje nezaupanja v javnostih do zdravništva ne more biti dobronamereno, celo več, škoduje zaupnemu odnosu bolnika in zdravnika in omaja strokovno trdnost tudi najbolj izkušenega zdravnika.

Združeno zdravništvo je lahko dobronameren in kakovosten partner kateri kolikoli politični opciji, če ga le-ta želi prepoznati kot resničnega partnerja. V partnerskem

odnosu pa ne gre za prevlado posameznika, temveč za simbiozo, ki ima skupni cilj. Za dosego tega skupnega cilja imajo sicer partnerji lahko tudi različne metode, pomembno pa je njihovo usklajevanje z upoštevanjem različnosti pristopa. Zdravniška zbornica Slovenije ima z obsegom javnih pooblastil, ki jih je nanjo prenesla država, izjemno vlogo v družbi, predvsem z vidika varnosti sistema. Bolnik, ki prestopi prag katere koli ordinacije v državi, mora imeti popolno zaupanje v strokovno usposobljenost zdravnika ali zobozdravnika, h kateremu je prišel po pomoc. V preteklosti je bilo preveč primerov lažnih diplom oz. kvalifikacij, ki so in bi lahko imele neopisljive negativne posledice na posameznika, ki bi ga obravnaval tak nepreverjen zdravnik. Celo več, Zdravniška zbornica Slovenije s svojimi strokovnimi službami in odbori, v katerih slovenski zdravniki izjemno dobro namerno izvajajo veliko nalog v okviru svojega prostega časa, skupaj s Slovenskimi zdravniškimi društvom skrbi tudi za vseživljenjsko strokovno izpopolnjevanje in njegovo preverjanje.

36 ■

Aktualna politika pripravlja novo zakonodajo in se ne sramuje barantanja o tem, kje in kako naj bo organiziran ta sistem, ki smo ga skupaj ustvarjali več kot 15 let. Z, na prvi pogled, všečnim obljudljjanjem prostovoljnega članstva v Zdravniški zbornici Slovenije želi pridobiti podporo tistega manjšinskega dela zdravništva in tudi javnosti, ki ne želi imeti preglednih, urejenih in preverljivih postopkov ter sistema, ki temelji na kakovosti in stalni nadgradnji. Ker se je zdravništvo vedno uspešno upiralo vplivom politike na njegovo ravnanje, smo dejansko preostali redka strokovno neodvisna skupina. Pod vprašanje se postavlja celo tako trdne postulate, kot je medicinska etika, ki naj bi bila podrejena pravu!

Prepričana sem, da slovensko zdravništvo ne bo nasedlo temu plitkemu in pritehnemu poizkusu razdora v njegovih vrstah. Prav današnje srečanje je priložnost za izmenjavo izkušenj in stališč o tem, kako zelo je pomembno združevanje znanja, tudi preko različnih kontinentov. Moč zdravnikov temelji namreč na njihovem znanju. To pa je postulat, ki nima ne začetka ne konca, ga ni mogoče zanikati niti odvzeti. Stalni strokovni razvoj posameznika prispeva tudi k razvoju družbe, katere član je. Splošna globalizacija je prinesla veliko negativnega, vendar pa je omogočila tudi izmenjavo znanj brez omejitev, ki bi jih postavljale državne meje ali različni sistemi. Slovenski zdravniki po svetu in doma smo dokaz o tem, kako dobre rezultate dajejo takšni pristopi. Prav maloštevilnost našega naroda nam daje neizmerljivo priložnost razvoja, ker se poznamo med seboj praktično na osebni ravni. In to nas ponovno vrača na začetek tega nagovora. Osebni odnos tako do bolnika kakor tudi do kolega se zrcali v našem vsakdanjiku. Srečanje, kot današnje, pa nam daje edinstveno priložnost izmenjave znanj, stališč, mnenj, ozaveščanje le-teh, iskanje najboljših rešitev in nato njihovo uporabo v vsakdanji praksi. In vse v duhu osebnega strokovnega razvoja in čim kakovostnejše obravnave bolnika, s katerim delimo skupno zaupanje v visoko znanje slovenske medicine.

**Jože Colarič**

Predsednik uprave in generalni direktor Krka, d.d., Novo mesto

Spoštovani člani Svetovnega slovenskega kongresa,

spoštovani organizatorji VI. konference slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije,
spoštovani predavatelji in udeleženci konference!

Delo Svetovnega slovenskega kongresa si brez dvoma zaslужi odlično oceno, saj s svojim delovanjem prispeva k ugledu Slovencev in Republike Slovenije v svetu pa tudi k širitvi slovenske zavesti in povezovanju slovenskih strokovnjakov doma in na tujem.

Vesel, sem, da smo v Krki, tovarni zdravil, d. d., Novo mesto tudi letos prispevali k izvedbi VI. konference slovenskih zdravnikov iz sveta in domovine. To je dogodek, na katerega nikakor ne gledamo zgolj z vidika pokroviteljstva, saj verjamemo, da je najpomembnejši namen tovrstnih srečanj predvsem povezovanje medicinske in farmacevtske stroke.

Ko v Krki govorimo o svojih ciljih, na prvo mesto postavljamo skrb za kakovost življenja slehernega človeka. To je poslanstvo, ki farmacevtsko stroko tesno povezuje z medicinsko. To je pot, na kateri se delovanje obeh strok stalno prepleta in dopolnjuje. Zato je prav, da skupaj prispevamo v zakladnico zdravja, iz katere bomo črpali tako Slovenci kot tudi ljudje širom sveta.

Posebej pomembno pa je, da svoje znanje, ki ga premoremo mnogo več, kot bi ga tisti, ki nas spremljajo od daleč, tako majhni deželi morda pripisali, uspešno

prenašamo v prostor. Verjamem, da smo na pravi poti. To potrjujejo tudi zdaj že tradicionalna srečanja slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije.

Konferenca s tako odlično udeležbo vrhunskih slovenskih strokovnjakov s področja medicine, ki nadvse uspešno delujejo doma in po svetu, je za nas, ki si nenehno prizadevamo odkrivati nove poti v skrbi za zdravje ljudi, izjemno dragocena. To je priložnost za izmenjavo znanj, izkušenj ter novih zamisli in idej. Brez tvornega sodelovanja obeh strok razvoj medicine in farmacije gotovo ne bil potekal na tako plodnih tleh.

V Krki se zavedamo pomena in dosežkov slovenske medicinske stroke. Dober glas o njej sega danes mnogo dlje od domačih meja. Sloves medicinskih strokovnjakov in kakovost njihovega dela pomembno prispevata k prepoznavnosti Slovenije.

- 38 ■** Naj ob koncu izrazim željo, da bi bilo naše sodelovanje tudi v prihodnje uspešno in da bi prineslo obilo novih spoznanj in tudi sadov, ki bodo prispevali k utrjevanju ugleda Slovencev doma in na tujem tako na znanstvenem kakor tudi gospodarskem in kulturnem področju.



Etika v medicini

Ethics in Medicine

Predsedujoča:

prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.

Majda Kregelj Zbačnik, dr. med., prim.

Uvodno predavanje

akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

Sodelujoči

prof. dr. Roberto Favaloro, dr. med.

prof. dr. Jože Balažic, dr. med.

asist. Gordana Kalan - Živčec, dr. med., prim.

doc. dr. Janez Primožič, dr. med.

Jože Andolšek

Eva Trpin, dr. med.

Uvodno predavanje

Keynote address

40 ■

O etiki in »utilitarni etiki« v medicini

About Ethics and »Utilitarian Ethics« in Medicine



Jože Trontelj*

Živimo v časih velikih sprememb. Po eni strani se naglo razvija biomedicinska znanost, kar pomeni nove možnosti ali vsaj obete novih možnosti za zdravljenje tistih bolezni, pri katerih smo bili doslej nerodni, nevedni, ali brez moči. Po drugi strani so te nove možnosti praviloma drage. Tudi v deželah razvitega sveta bo trpelo in umiralo vse več ljudi, ki bi jim lahko pomagali, če bi bilo dovolj denarja. S stališča ekonomike javnega zdravstva je celo razvijanje dobre preventivne medicine korak v napačno smer, saj družbi ne prinaša prihrankov, ampak povečuje izdatke. Poznejše bolezni so praviloma daljše in dražje. Starajoča se družba zahodnega sveta jasno kaže razrast kroničnih nenalezljivih bolezni, predvsem degenerativnih bolezni gibal, onkoloških bolezni, demence.

Nerazviti svet je soočen z drugačnimi težavami, s sto ali tisočkrat manj javnega denarja na prebivalca, s tragično zgodnjo umrljivostjo, tudi za zlahka preprečljivimi otroškimi boleznimi, pa tudi z aidsom. Žarišča krize in vojna, kjer je trpljenja največ, se večinoma vzdržujejo zaradi moralno povsem zavrnjenih političnih in ekonomskih interesov zunaj prizadetih dežel.

Potem je tu industrija, ki je mešan blagor: prinaša nova učinkovita zdravila, a hkrati vnaša svoje neligitimne interese, slabo prikrite želje po čim večjem zaslужku. Tudi zdravstvena stroka, celo najbolj altruistični in humanitarni poklic, zdravništvo, ni povsod in ob vsakem času brez greha.

Tako živimo v svetu, ki je poln protislovij. V svetu, kjer sicer še delujejo zakoni narave, a njihove dobre in slabe učinke na človeško življenje močno pospešujejo

ali zavirajo ljudje, s svojimi dobrimi in slabimi nameni. To človeško poseganje v celotni živi in materialni svet ima pomembne posledice, ki so ostalim ljudem bodisi blagoslov ali prekletstvo ali mešanica obojega v različnih razmerjih, mnoge bodo ostale tu še za prihodnje rodove. Današnji svet je kljub stoletjem filozofskih razmišljaj in občudovanja vrednemu razvoju naravoslovnih znanosti še vedno brez odgovorov na nekatera bistvena, celo preživetvena vprašanja. Na primer na to: kaj naj bo in kaj naj ne bo dovoljeno početi? Do kod smejo segati rabe in zlorabe narave, naše kulturne dediščine, ljudi – posameznikov, skupin in narodov, kako daleč smemo zaradi lastne sebičnosti poseči v koristi naših potomcev? Samo eno postaja vse bolj jasno: človeštvo po dosedanji poti ne more in ne sme naprej. Ta pot pelje v propad civilizacije.

■ 42 Ti razmisleki, ta opažanja, še bolj pa dogajanja, ki človeka prizadevajo neposredno in v živo, povzročajo eksistencialno stisko, morda večjo kot kadarkoli prej. Dimenzije teh dogajanj so večje, kot so jih doživljali naši predniki. Opora, ki so jo nekoč pomenile vrednote, se je omajala. V tej stiski ljudje iščejo nove odgovore. Ali so to nove vrednote? Potrebujemo novo etiko?

Pripraviti bi bilo narobe in nevarno. V težave nismo zašli zato, ker bi klasične vrednote odpovedale, ampak prej zato, ker se premalo oziramo nanje. Tradicionalna načela etike: biti pravičen, delati dobro, ne delati slabega, spoštovati svobodo in pravico sočloveka do samoodločbe ostajajo temelji moralnega vedenja, ki so potrebni za dobro življenje z drugimi in za druge v pravičnem redu, kot sta opredelila etiko Aristotel in Kant. To danes ni nič drugače, kot je bilo nekoč. Res pa zaznamo krepitev nove vrste etike, ki je znana pod imeni praktična, pragmatična ali utilitarna etika.

Pravzaprav gre za liberalen pogled na moralne vrednote, ki je še najbolj jasno viden v medicini. Austin Smith, znan raziskovalec embrionalnih matičnih celic, direktor Inštituta za genetiko v Cambridgeu, se je z ostrom protestom oglasil na vrhuncu evropske etične razprave o tem, kakšnih raziskav na človeških zarodkih naj ne bi plačevali s skupnim denarjem v 7. okvirnem programu. To (fundamentalistično omejevanje svobode znanstvenikov) je »napad na celotno znanost«, ponovitev zgodbe »z Galilejem in Cerkvijo«. Znanstveniki naj bi sami določili meje etično sprejemljivega početja.

A tudi drugi znanstveniki so se pritoževali, da omejitve raziskovanja na zarodkih pomenijo napad na svobodo znanosti in velikansko coklo za medicinsko raziskovanje. Te omejitve so zdaj v Veliki Britaniji odpravili z zakonom, in prizadevanja za liberalnejšo zakonodajo tečejo še ponekod drugod. Praktični britanski etik John Harris sprašuje, kaj bodo storile države, ki nasprotujejo raziskovanju na zarodkih, ko bodo na podlagi teh raziskav razviti novi načini zdravljenja danes neozdravljinih bolezni.

V razpravah se pojavlja pojem moralni status človeškega zarodka. Gre za to, ali zarodku priznamo osnovne pravice, ki gredo človeškemu bitju. To je pravica do

identitete, do človeškega dostojanstva, do varstva življenja. Kaj bi pomenil liberalen odnos do pridelave zarodkov v korist znanosti, bolnikov, industrije? Zanikanje vseh teh pravic. Spremenil bi naš odnos do človeškega dostojanstva zarodkov, do njihove pravice do istovetnosti, do pravice do življenja. S tem bi se spremenil tudi naš pogled na to, kaj naj bo dovoljeno početi z drugimi človeškimi bitji. Ali si medicina sme dovoliti manipulacije s človeškimi življenji, ali naj priznamo, da so nekateri ljudje upravičeni, da zanje uporabimo telesa in življenja drugih človeških bitij?

Ali bi bilo prav (*ponovno*) dati proste roke znanstvenikom? Med dobro poučenimi, dobronomernimi ljudmi bi ne bil nihče za to. S tem imamo posebno v medicini preveč hudi, sramotnih izkušenj. To niso bili samo hudodelski poskusi na ljudeh, ki so jih opravljali nacistični in japonski zdravniki med drugo svetovno vojno. V Tuskegeju v ZDA je skozi štiri desetletja prejšnjega stoletja tekla zločinska študija, v kateri so zdravniki opazovali naravni potek sifilisa. Bolnikom, večidel revnim črnem, niso povedali, da so nevarno bolni, in niso jim dali zdravil, s katerimi bi jim zlahka pozdravili bolezen, ki jim je razžirala možgane in velike žile, razjedala živčne korenine, povzročala paralize, bolečine, psihoze in demenco. Komisija, ki je raziskovala to moralno blaznost, je leta 1973 zgroženo zapisala: “*Družba si ne more več privoščiti, da bi prepuščala znanstvenikom, da sami odločajo o navzkrižju med svojo svobodo in pravicami ljudi, ki jih bo njihovo raziskovanje prizadelo*” (Hassner Sharav, 2002). Prav protesti raziskovalcev na zarodkih, ki na tehnico dajejo samo koristi za znanost, nas prepričujejo, da je imela komisija prav.

Praktični etiki pa bi sprostili tudi nekatere druge današnje prepovedi. Ti mislecni ne izhajajo iz kake post-totalitarne družbe, ki še išče novo moralno ravnotežje, ampak iz stare, ugledne demokracije, z britanskega otočja. Novi etiki menijo, da je iz zdravniškega poklica treba izgnati vrednote, pa tudi vest. Nekaj teh izjav: *Vrednote in vest ne smejo vplivati na zdravstveno oskrbo. Prostora za zdravnikovo vest in s tem za ugovor vesti je v sodobni medicini malo. Medicina, ki jo vodijo vrednote, odpira Pandorino skrinjico diskriminacije* (Savulescu, 2006). Človeško dostojanstvo naj bi bil ničvreden koncept v medicinski etiki, ki ga lahko izbrišemo brez kakršne koli škode za vsebine (Maklin, 2003). *Človeško dostojanstvo se vse bolj zlorablja kot krinka za omejevanje svobodnega razvoja nove biotehnologije*. Tiste, ki tako sproščenega razvoja ne odobravajo, zaničljivo imenujejo *dignitarianska aliansa*, ki svoje etične argumente opira na človeško dostojanstvo in tako manipulira javno mnenje. Dignitarianska aliansa izhaja iz načela o svetosti človeškega življenja, to pa razširja na življenje zarodka in plodu, na prepoved instrumentalizacije in komercializacije človeškega bitja in telesa. S tem preprečuje – med drugim – svobodno izbiro spola in drugih lastnosti otrok, upira se kloniranju za razplod. Vtika se v pridobivanje otrok-rešiteljev, spočetih zato, da bi z njihovimi matičnimi celicami zdravili starejše brate ali sestre. Ovira sprostitev trgovine s človeškimi organi, nasprotuje svobodni prostitutiji, pa tudi ne nadomestnemu materinstvu pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo, ugovarja patentiranju normalnih sekvenc človeških genov in tako naprej. Upirajo se pridobivanju novih vrst bitij – genetskih mešanic med človekom in živalmi. Ta načela dignitarijanci predstavljajo kot univerzalna. Ker pa v

pluralistični družbi teh vrednot ne priznavajo vsi, ne morejo obveljati kot podlaga za zakone. Tako menijo nekateri britanski praktični etiki (Caulfield in Brownsword, 2006).

Značilno za te razprave je sprenevedanje. Praktični etiki govorijo o *vrednotah*, misijo pa na *interese*. Katere vrednote pa naj bi bile moralno tako visoke, da bi morale zmagati v zakonodajnem postopku za sprostitev prostitucije? Katere naj bi upravičile svobodno trgovino s človeškimi zarodki? Katere vrednote naj bi dale podlago za legalizacijo trgovanja s človeškimi organi za presajanje, izrezanimi iz teles živih prodajalcev? V imenu katerih vrednot naj bi odpravili prepoved kloniranja človeških bitij za razplod, odobrili pridobivanje človeško-živalskih hibridov in himer (Robert in Baylis 2003)?

■ 44 ■ Mnoga nova odkritja in spoznanja navdušujejo. Napovedujejo se novi načini združljjenja hudih bolezni. Od tega veliko pričakujejo bolniki. Novo znanje in nove metode pa se utegnejo uporabiti tudi na načine, ki nam bodo všeč. Še več, vodili bodo v prevrednotenje človekovih pravic. Kaj lahko stori etika ob družbenem soglasju in s sodelovanjem prava? Ne vsega, a tudi ne tako malo. Prva dolžnost je nepristransko in pošteno seznanjati javnost z dejstvi in jo povabiti k etični razpravi. Drugo je prizadevanje za mednarodne in nacionalne dogovore o etičnem minimumu, še bolje pa o največjem možnem skupnem imenovalcu etičnega in zakonskega varstva posameznika, njegove rodbine, skupin prebivalstva. Tretje in morda najvažnejše pa je varovanje skupnih vrednot.

Literatura

Caulfield, T., Brownsword R. 2006: 'Human dignity: a guide to policy making in the biotechnology era?', *Nature Rev. Genet.* 7, 72-76.

Hassner Sharav, V. 2002: 'Human Experiments: A Chronology of Human Research.' Alliance for Human Research Protection. <http://www.ahrp.org/history/chronology.php>

Maklin, R. 2003: 'Dignity is a useless concept.' *Br. Med. J.* 327, 1419-1420.

Robert, J.S., Baylis, F. 2003: 'Crossing Species Boundaries', *American Journal of Bioethics*, 3: 1-13.

Savulescu, J. 2006: 'Conscientious objection in medicine.' *Br. Med. J.* 332, 294-297.

■ * akad.prof.dr. Jože Trontelj, dr.med.

Rojen 1939. Zdravnik nevrolog, doktor nevroloških znanosti (1972). Redni profesor za nevrologijo na Medicinski fakulteti (1986) in Fakulteti za zdravstvo Univerze v Ljubljani. Avtor ali soavtor nad 150 člankov v revijah, nad 30 monografskih poglavij v knjigah in dveh knjig, večinoma s področja elektromiografije, in fiziološke pod-

lage nevroloških bolezni. S sodelavci je izdelal metodo, ki velja za najobčutljivejšo v diagnostiki bolezni živčno-mišičnega stika. Nad 80 objav je s področja bioetike.

Od leta 1991 je član Slovenske akademije znanosti in umetnosti, od 2002 njen podpredsednik in od 2008 njen predsednik. Od 1995 je predsednik Komisije RS za medicinsko etiko in slovenski delegat v Usmerjevalnem odboru za bioetiko Sveta Evrope. Bil je član delovne skupine tega odbora, ki je izdelala osnutek protokola o etiki biomedicinskega raziskovanja na ljudeh k Oviedski konvenciji. Ta čas (2008-2009) sodeluje pri pripravi Vodnika Sveta Evrope komisijam za etiko raziskav na človeku.

Medicinska etika in človekove pravice

Medicine Ethics and Human Rights



Majda Zbačnik*

Človekove pravice, svoboščine in dolžnosti imajo tudi etične razsežnosti in pravna podlaga ne zadostuje za njihovo udejanjanje. Spomnimo se samo odlomkov iz 2400 let stare Hipokratove prisege, ki je še vedno aktualna in govorí o danes najbolj perečih etičnih dilemah:

- »da bom načela zdravljenja po svoji vesti in vednosti uporabljal v prid bolnikov ter odvračal od njih vse, kar bi jim utegnilo biti škodljivo in nevarno;
- nikoli ne bom nikomur - tudi ko bi me prosil – zapisal smrtne droge ali ga z nasvetom napeljeval na tako misel, prav tako ne bom nobeni ženski dal pripomočka za uničenje telesnega ploda;
- da bom svoje življenje in vedo varoval vseskozi neomadeževano in pošteno;
- da bom v sleherno hišo, kamor me bodo poklicala vstopil samo zaradi koristi bolnikov ter se bom vzdrževal vsake zavestne in pogubne pravice;
- da bom molčal o vsem, kar bom pri izvrševanju prakse ali tudi izven nje videl ali slišal o življenju in videnju ljudi ...«

Etika je sicer filozofska disciplina, ki razmišlja o morali, dobrem in slabem ter o moralnih posledicah naših dejanj in ima univerzalni značaj. Izraz bioetika pa je uvedel leta 1970 ameriški onkolog V. R. Potter, da bi tako izrazil prizadevanja za preživetje, boljše življenje v naravnem okolju glede na tehnološki razvoj. Bioetika vsebuje več kot le moralna pravila, ki vladajo v družbi, več kot predpisane deontološke standarde, ki opredeljujejo odnos zdravnika in bolnika.

Dostojanstvo človeškega bitja, svoboda mišljenja in delovanja se vedno vrednotijo v luči moralne in etične odgovornosti. Na makro nivoju etike javnega zdravja je spoštovanje človekovih pravic in zakonov človečnosti, ki so nad vsako zakonodajo, ključno vodilo prizadevanj za udejanjanje načela enakosti, solidarnosti in dobromernosti ter tudi uresničevanja pozitivne diskriminacije v korist najbolj ranljivih skupin bolnikov.

■ *prim. Majda Kregelj Zbačnik, dr.med.

Majda Ana Kregelj Zbačnik se je rodila 11. aprila 1945 v Ljubljani. Po končani gimnaziji se je vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je diplomirala leta 1970. Opravila je specializacijo iz pediatrije na Pediatrični kliniki v Ljubljani, nato se je izpolnjevala na področju nevropediatrije. Leta 1996 je dosegla naziv primarij. Najprej se je zaposlila na otroškem oddelku jeseniške bolnišnice, leta 1980 pa na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Od leta 1995 je zelo dejavna v odboru za novo Pediatrično kliniko in mreži materinskih domov, vrtcev, otroških zdravilišč po Sloveniji ter pri delu Karitasa in Rdečega križa. Od leta 1996 do 2000 je bila izvoljena v Državni zbor kot poslanka in bila predsednica Odbora za zdravstvo, delo, družino in socialno politiko, članica Komisije za invalide, za narodnosti, enakih možnosti, peticije. Dejavno sodeluje v vladnih in nevladnih organizacijah doma in po svetu na področju zdravstva, sociale, družine, pa tudi v strokovnih krogih.

Etična načela Renéja Favalora o medicini in pacientih

The Ethical Principles of René Favaloro about Medicine and Patients

48 ■



Roberto R. Favaloro*

■ *prof. Roberto René Favaloro, MD

Roberto René Favaloro was born in La Plata, Argentina, in 1954. He graduated as Bachelor of Science with Honours in Biochemistry (Cum Laude) from Syracuse University, United States, in 1980, and as Medical Doctor from the Cornell University Medical College, United States, in 1984. After completing his internship at the San Diego Medical Center School of Medicine he went back to Argentina to continue with the Cardiovascular Surgery Residence at the Favaloro Foundation.

He completed a four-month fellowship at the Department of Heart, Lung and Heart-Lung Transplantation at Harefield Hospital, Great Britain, under the guidance of Prof. Magdi Yacoub in 1990.

At present he is staff of the Department of Cardiovascular & Thoracic Surgery, Director of Cardiac & Pulmonary Transplantation at the Favaloro Foundation and Professor of Surgery at the Favaloro University.

In Argentina Dr. Favaloro performed the first heart-lung transplant in 1990, the first successful pulmonary thromboendarterectomy in 1992, the first bilateral lung transplant in 1993 and the first successful implantation of left ventricular assist device (Novacor®) in Latin America (afterwards transplanted) in 1997.

He developed several Programs: Combined heart & lung transplantation, Lung transplantation, Pulmonary thromboendarterectomy and End-stage Heart Failure.

Envisaging the importance of good-quality homografts he created one of the first two Homograft Banks in Argentina. His is the most important series of Ross procedure of Argentina.

Dr. Favaloro is a member of ten national and international societies.

He has published more than four hundred papers.

Bolnikove pravice, zdravnikova obveza

Patient's Rights, Doctor's Duty

■ 49



Jože Balažic*

Zakon o pacientovih pravicah, ki je bil sprejet v februarju 2008, je stopil v veljavo kot edinstven pravni dokument na področju pacientovih pravic v naši državi. Zakon kot tak še bolj poudarja vlogo pacienta kot subjekta v procesu zdravljenja, ki soodloča z zdravnikom o svojem zdravljenju. Zakonska določila tega pravnega dokumenta so obveza zdravnika, da jih pri svojem delu spoštuje poleg veljavne medicinske doktrine, ostalih pravnih predpisov ter kodeksnih določil. Z na novo urejenimi institucijami bo pacient lažje prišel do uresničitve svojih zahtev ter potreb v zdravstvenem sistemu in v procesu svojega zdravljenja. Redki zakoni so tako neposredno pomembni za tako velik del populacije kot Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Zakon ne zadeva zgolj izvajalcev zdravstvenih storitev, ampak vse ljudi, ki se lahko znajdejo v vlogi uporabnika zdravstvenih storitev. S spoštovanjem zakonskih določil tega zakona bomo zdravniki lahko varno opravljali svoje poslanstvo, pacienti pa bodo imeli zagotovila, da je in bo zdravniško delo opravljeno kvalitetno in pravično.

■ *prof. dr. Jože Balažic, dr. med.

Jože Balažic, rojen 20.2.1954 v Renkovcih v Prekmurju je po diplomi na Medicinski fakulteti UL ostal v Ljubljani, kjer se je po krajši zaposlitvi v Zdravstvenem domu Ljubljana zaposlil na Medicinski fakulteti in sicer na njenem Inštitutu za sodno medicino. Kot specialist sodne medicine se je posvetil na strokovnem področju predvsem problematiki določanja časa nastopa smrti in kasneje po izpopolnjevanju v tujini (Muenster v Nemčiji) problematiki forenzične genetike. Iz tujine je prenesel

na domači inštitut ideje in kasnejšo realizacijo ustanovitve DNK laboratorija, ki je zaživel v letu 1995. V pedagoškem delu se je posvetil problematiki medicinske deontologije in je nosilec predmeta »Deontologija s filozofijo« na MF v Ljubljani. Prav tako je sonosilec predmeta »Sodna medicina« v Ljubljani in na MF v Mariboru in nosilec predmeta »Sodna medicina« na Pravnem fakultetu UL. Na MF UL je redni profesor za sodno medicino in medicinsko deontologijo in predstojnik Inštituta za sodno medicino MF UL.

Na znanstveno raziskovalnem področju deluje predvsem v timu strokovnjakov na proučevanju človeškega modela v tehniki in medicini. Je sonosilec dveh projektov, ki trenutno potekata na področju omenjenega modeliranja. Svoje strokovne, pedagoške in znanstvene dosežke je publiciral v številnih domačih in tujih revijah. Njegov publicistični opus trenutno vsebuje 299 objavljenih bibliografskih enot. Že v tretjem mandatu opravlja naloge tožilca pri Zdravniški zbornici Slovenije, je član domačih in tujih strokovnih združenj in član uredniškega odbora za področje forenzike pri ugledni založbi Springer iz Nemčije, prav tako je gostujoči editor pri odmevnih sodnomedicinskih reviji Forensic Science International pri založbi Elsevier. Bil je mentor doktorantom in magistrantom ter mentor številnim specializantom. Na področju strokovnih specializacij je nacionalni koordinator za sodno medicino.

Etika in pravo

Ethics and Law

51



Gordana Kalan Živčec*

Pravo je množica pravil, s katerimi se urejajo najpomembnejši odnosi v določeni družbi. Kot sistem je pravo celota učinkovitih pravil in načel, ki so jih dolžni spoštovati vsi na določenem področju (teritorialno načelo). Znano je, da nepoznavanje prava škodi, ne odveže pa od odgovornosti za storjeno dejanje. Pravna pravila v demokratični družbi oblikujejo njeni državljeni preko svojega predstavnikiškega doma (parlamenta). Temeljna načela so zapisana v ustavi, splošna v zakonih, podrobnosti pa v podzakonskih aktih. Pravna pravila so hierarhično organizirana; nižje pravilo mora biti vsebinsko in postopkovno usklajeno z višjim. Pravo vsekakor ni samo sebi namen, v družbo naj z normiranjem dopustnega in nedopustnega prinese red. Tudi v slovenskem pravnem redu se vse bolj uporablja sistem sodne prakse, ko se določen pravni predpis izrazi v sodbi in se prične uporabljati pri enakih ali podobnih primerih kot izhodišče za tolmačenje tega predpisa.

Pogosto smo soočeni s situacijo, ko je nekaj pravilno po pravu, a ni pravično. Pravičnost je namreč težko oprijemljiva kategorija. Ljudje imamo svoje lastne, pogosto parcialne interese in gledanja, kaj je pravično.

Slovenski zdravnik mora ob poznavanju stroke dobro poznati tudi določila cele vrste zakonov in predpisov. Najpomembnejši so:

- Zakon o zdravstveni dejavnosti
- Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- Zakona o varstvu osebnih podatkov
- Kazenski zakonik RS

- Zakon o bolnikovih pravicah
- Zakon o obligacijskih razmerjih
- Pravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje
- Zakon o duševnem zdravju (s pričetkom uporabljanja jeseni 2009)
- Zakon o cestнопrometnih predpisih

52 ■

Po drugačnem načelu si je človeštvo skozi ves svoj razvoj prizadevalo oblikovati norme (kodeks) obnašanja med ljudmi, kakor tudi norme obnašanja tistih, ki zdravijo, do tistih, ki so njihove pomoči potrebni. Prvi zapisi o tem so že v Hamurabijevem zakoniku (2050 pr. n. št.). Hipokratovo zaprisego (460 pr. n. št.) obravnavamo kot temeljni dokument ravnjanja zdravnika do bolnika, kakor tudi do svojega učitelja oz. sodelavca. Maimonidova molitev (1300 n. št.) je izraz prostovoljne volje zdravnika, da svoje poslanstvo opravlja v interesu bolnika in se zaveda tudi svojih omejitev. SZO je z Ženevsko deklaracijo (1948) oblikoval temeljni dokument, ki je bil osnova tudi za Mednarodni kodeks zdravniške etike (1949) in tudi Slovenski zdravniški kodeks. V svojih določilih skuša združiti varovanje interesov bolnikov, zdravniškega stanu in idealov človečnosti.

Pojem, ki je širši kot etika, je morala. Govori o hrabi, značaju oz. hravnih usmerjenosti. Oblikuje osnovne norme med posamezniki ali skupinami in je različna v različnih obdobjih, družbah ali kulturnih okoljih. Morala različnih skupin v istem okolju se lahko celo izrazito razlikuje (npr. morala policistov in tatov). Etika je ožji pojem in je filozofija morale. Kritično vpliva na človekovo vedenje do dobrega in slabega. Razumsko ureja vedenje in ravnanje oseb. Teži k cilju izdelati načela, kako ukrepati oz. ravnati v določeni situaciji. Medicinska etika je še ožje področje in pomeni sistematični napor, kako doseči zastavljene cilje, in podaja metode, ki se za to lahko uporabijo. Temelji na dejanskem medicinskem znanju in seveda tudi na moralnih načelih. Spoštovanje medicinske etike je bistvena sestavina katerega koli medicinskega ukrepa.

Še ožji pojem pa je medicinska deontologija. To je sistem norm, ki se jih mora zdravnik držati pri svojem delu z bolniki, s kolegi, z državnimi organi in družbo. Oblikuje odgovornost za ravnanje do samega sebe, do bolnikov in kolegov, državnih organov in družbe kot celote.

Združevanje moralnih in etičnih načel je oblikovalo osnovna etična načela: dobronamernost (delaj dobro), neškodljivost (ne škoduj), spoštuj avtonomijo, bodi pravičen, bodi resnicoljuben in spoštuj zaupnost, ki so primerna za vse okoliščine in vse situacije.

Kako ta dva navidezno podobna sistema, ki pa sta včasih lahko v popolnem nasprotju, ustrezno uporabljati v današnjem trenutku? Pravo pozna hierarhijo predpisov, etika je samozadostna. Kaj postaviti višje? Pravniku je avtonomija bolnika pomembnejša od njegovega preživetja, zdravnik bo postavil na prvo mesto dobrobit bolnika, mogoče celo v lastno pravno škodo. Zdravnikove norme so strožje oz.

ožje kot morala ali pravo posameznega okolja ali katere koli druge skupine. Okolje želi pogosto izrabiti etične norme tudi kot sredstva pritiska na zdravnika, orodje za kritiko, predvsem zato, ker jih ne pozna, zaznava ali razume v celoti. Tudi zdravniki moramo biti tankočutni pri uporabi etike in deontologije, da ne prestopimo meje pravičnosti v področje skrivanja za temeljnimi postulati etike, ki so se oblikovali skozi tisočletja, so še vedno v veljavi in jih dopolnjuje razvoj družbe in znanosti kot celote.

Primera: vpogled v medicinsko dokumentacijo, nudjenje prve pomoči brez pridobitve privolitve po informiranem pristanku.

■ *prim.asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

■ 53

Name: Gordana KALAN - ŽIVČEC

Birth date: 16. 5. 1961 – Maribor, Slovenia

E - mail: gordana.kalan-zivcec@zgs-mcs.si

Education:

- | | |
|--------------|--|
| 2003: | PhD study Medical school Faculty of Ljubljana |
| | Dissertation: Workload model of GP/FM in Slovenia; cross sectional study |
| 1994 – 1998: | Vocational training GP/FM Specialist of GP/FM |
| 1980 – 1986: | Medical school Faculty of Ljubljana, medical doctor |

Positions:

- | | |
|---------------------|---|
| 2008 | President of Medical Chamber of Slovenia |
| 2009 | Manager of Health Center Izola |
| 2008 | Primarij – head physician at Health Center Ilirska Bistrica |
| 2009 | Member of E-health Committee Ministry of Health of Slovenia |
| 2008 – 2008 – 2008: | Member of Committee for standards in Primary Care Ministry of Health of Slovenia |
| 2005 – 2007: | Member of Drug committee II. Agency for Medicinal Products and Medical Devices of the Republic of Slovenia |
| 2003 – 2006: | Member of ER committee Ministry of Health of Slovenia |
| 2005 – 2006: | Chair of National Board of GP/FM; member at present |
| 2000 – 2004: | President of Primary Health Care Committee Medical Chamber of Slovenia and Head of Slovene delegation in UEMO |
| 1999 – 2008: | Head of teaching practice |
| 1998 | Assistant at Department of family medicine Faculty of Ljubljana |
| 1989 – 2008: | Full time GP |

Projects:

- | | |
|--------------|---|
| 2008 | CHAPAPS study – EU project (children of alcoholic parents) |
| 2008 | Adherence II. study about osteoporosis treatment |
| 2007 | Electronic medical record |
| 2006 – 2008: | Motivate – EU project |
| 2006 – 2007: | National guidelines of Asthma treatment |
| 2005 – 2006: | National guidelines of Management of Community-Acquired Pneumonia in Primary Care |
| 2005 – 2006: | Adherence study about osteoporosis treatment |
| 2003 – 2004: | Cross sectional study about workload of GPs in Slovenia |

- 2001 – 2002: Professional identity card group at The Health Insurance Institute of Slovenia
2001 – 2003: National recommendation about preoperative preparation of patient

Presentation and bibliography

I had more than 40 presentations in Slovenia and abroad and published more than 90 titles.

Etična razmišljanja ob hudo in brezupno bolnemu otroku v enoti za intenzivno terapijo

Ethical Considerations in Case of a Terminally Ill Child in Intensive Care

■ 55



Janez Primožič*

Opustitev in odtegnitev zdravljenja

Pri etičnem presojanju o smiselnosti in nesmiselnosti zdravljenja, o koristnosti ukrepov in postopkov pri hudo bolnem otroku, ki se zdravi v EIT, je nujna osvetlitev vseh dejstev, ki zadevajo otroka, izhajajoč iz:

- medicinskih indikacij,
- najboljšega interesa otroka,
- otrokovih želja in pogleda na lastno usodo (Do 15. leta zanj vedno odločajo starši ali skrbeniki, ki otrokovo željo glede zdravljenja lahko upoštevajo ali pa tudi ne. Po 15. letu pa daje Zakon o pacientovih pravicah tudi otroku pravico, da odloča o sebi.),
- kakovosti življenja, ki ga izid intenzivnega zdravljenja prinaša,
- spremljajočih okoliščin, kot so versko prepričanje ter navade kulturnega in socialnega okolja, iz katerega otrok in družina izhajata,
- zakonskih predpisov v zvezi z zdravljenjem in celo precedenčnih sodb o podobnih primerih v pravni praksi.

Bolezenska stanja, pri katerih bo potrebno razmišljati o opustitvi ali odtegovanju ukrepov zdravljenja so:

- akutno nastala kritična stanja, pri katerih preživetje praktično ni več mogoče;
- kronične bolezni, ki v osnovi vodijo v smrt in katerih potek je povezan z zanimimi zapleti (npr. dihalna stiska v poteku živčno-mišičnih bolezni);

- stanja po operativnih posegih, ko nadaljnji kirurški posegi za ozdravitev niso več mogoči, da bi se otrok lahko pozdravil.

Kdo in kdaj pravzaprav začenja razmišljati o odtegovanju in opuščanju zdravljenja?

Iz lastnih izkušenj lahko rečemo, da sta to pediater-intenzivist in kirurg, kadar gre za otroka kirurškega bolnika. V manjši meri postavljajo takšna vprašanja starši. Odločitev nato sprejmemo na zdravniškem sestanku ali pa skličemo zdravniški konzilij, kadar je potrebno usklajeno mnenje več strokovnjakov. Naše ravnanje urejuje Zakon o pacientovih pravicah. Med ukrepi zdravljenja, ki jih najbolj pogosto opustimo, je umetno predihavanje - otroka ponovno ne intubiramo, če se brezupna bolezen poslabša, sledi odtegnitev zdravljenja z inotropnimi zdravili in ukinitev drugih zdravil.

56 ■ li in ukinatev drugih zdravil. Pri novorojenčkih s hudimi prirojenimi okvarami ali hudo obrojstno poškodbo je za ukrepanje odločilna prognoza. Če se okvare ali poškodbe osrednjega živčevja tolikšne, da bi vodile do nepopravljive motnje rastvoja, povezane z najhujšo invalidnostjo, ali če bi otrok lahko preživel samo ob stalni podpori izjemnih ukrepov s podporo medicinske tehnologije, se zdravnik po posvetu s starši lahko odloči, da takih ukrepov ne uvede oz. ne nadaljuje. Pri tem upštevamo stališča Državne komisije za medicinsko etiko do ravnana za umirajočimi in do evtanazije.

Opustitev oživljjanja

V etičnem smislu je navodilo glede opustitve ukrepov oživljjanja nekaj posebnega. Prvič namreč naroča pediatru-intenzivistu, da je potrebno ukrep, ki je povezan z vzdrževanjem življenja, opustiti, kar je navidez v grobem nasprotju z osnovnim poslanstvom zdravnika, ki je dolžan ohranjati življenje bolnika. Kaj je z odločitvijo otroka samega, ali naj se zdravljenje nadaljuje ali ne?

Ali je sploh potrebno, da starši ali skrbniki soglašajo z navodilom za opustitev oživljjanja?

Mnogi zdravniki so prepričani, naj zdravnik o tem odloči sam. To je po svoje razumljivo, vendar nesprejemljivo. Odločanje o opustitvi oživljjanja, ki bi ga prepustili samo zdravniku, pa zaradi narave zdravnikovega zgolj medicinskega razmišljanja lahko zanemari tudi druge dejavnike, kot so želje otroka in staršev.

Uporaba sedativov in analgetikov ob umirajočem otroku

V tem oziru državna komisija za medicinsko etiko meni, da zdravnik odmerke pomirjeval lahko zviša, da doseže olajšanje celo, če bi bilo ogroženo življenje. Govorimo o "načelu zdravljenja z dvojnim učinkom". Tako ravnanje etično ni sporno, če je cilj olajšati bolečino in ne usmrstiti bolnika.

Stiska družine

Medicinsko osebje mora staršem v težkih trenutkih dajati potrebno oporo. Pomembno vlogo pri odzivih staršev na hudo bolezen, ki otrokovo življenje ne-posredno ogroža, ima tudi kulturno in socialno okolje, iz katerega družina izhaja.

Vzgoja medicinskega osebja

Iz pogоворov morajo starši dobiti občutek, da z njimi sočustvujemo in da je bilo za otroka storjeno vse, kar omogoča medicinska znanost. To bo starše pomirilo, prav tako pa tudi zagotovilo, da bodo po smrti z otrokom lepo ravnali in da nas lahko v naslednjih urah ali naslednji dan še pokličejo, če imajo morda kakšna vprašanja ali pomisleke v zvezi z zdravljenjem.

Izvleček

Avtor obravnava etične odločitve pri otrocih, zdravljenih v enoti za intenzivno terapijo (EIT). Pojasnjuje etične poglede na opustitev oživljanja ter drugih ukrepov zdravljenja. Poudarja vlogo staršev in pomen razumevajočega ter strpnega odnosa do njih s strani vseh zdravstvenih delavcev. Zavzema se za stalno vzgojo zdravstvenega osebja.

■ * doc. dr. Janez Primožič, dr.med.

Predstojnik Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike v Ljubljani. Je pediater in docent za pediatrijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Njegovo ožje področje dela je intenzivna terapija otrok s katero se ukvarja od leta 1972 dalje. Objavil je vrsto člankov s tega področja v uglednih domačih in tujih medicinskih revijah. Narava medicinskega dela ga je vodila na področje medicinske etike, kjer deluje kot član Državne komisije za medicinsko etiko in kot predsednik komisije za medicinsko etiko Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Etiopija – lakota, aids in upanje

Etiopia – Hunger, AIDS and Hope



Jože Andolšek*

Etiopija s svojimi več kot 80 milijoni prebivalcev je ena najrevnejših dežel sveta, kjer vladajo nezaslišane socialne in zdravstvene razmere.

Kakor govorimo o globalnem bogastvu, tako lahko govorimo tudi o globalni revščini. Ne vemo, kako bi reagirali na finančno krizo, vemo pa, da v Avstriji vsak peti kilogram kruha konča na smetišču. Na Dunaju vržejo vsak dan toliko kruha v smetišče, kolikor ga v Gradcu porabijo. Nikoli nimamo dovolj in ne vemo, da je preobilje naša lakota. Kadar so vse želje izpolnjene in ne ostane nobena več, takrat nas začne biti strah.

Svetovno gospodarstvo bi lahko nahranilo dvanajst milijard ljudi. To pomeni, da je otrok, ki danes umira, umorjen.

Sooodgovorni smo, da vsak dan 30 tisoč otrok, letno 10 milijonov, umre za lakoto.

V Addis Abebi, v glavnem mestu Etiopije, ni lahko biti otrok. Otroci živijo na cesti ali v mestnih četrtih. Tu pa ni lahko preživeti. Dneve preživljajo s prosjačenjem, kot čistilci čevljev, s krajo in prostitucijo. V tem mestu, ki ima 5 milijonov ljudi, živi skoraj 300 tisoč otrok in starejših okuženih z virusom HIV. Od vseh držav Afrike je v Etiopiji največ otrok okuženih z virusom HIV. In vsak nov dan se njihovo število povečuje.

Misijonarka ljubezni s. Benedikta pripoveduje: »Če imajo še upanje, da bodo preživel, se uležejo pred našo bolnišnico. Ponudimo jim ležišče in jih oskrbimo z najbolj potrebnim. Nekateri v naši bolnišnici umrejo. Toda umirajo drugače kakor na cesti.



Ob njih smo, molimo zanje in jih držimo za roko.» S. Benedikta, ki je hkrati odgovorna za vseh 17 skupnosti v tej prostrani deželi, nadalje pravi, da bolni in umirajoči najdejo zatočišče pri njenih sestrah. V svoje skupnosti sprejemajo otroke, ki so jim starši umrli, pa tudi najdenčke. Veliko število teh je okuženih z aidsom. Toda, kjub temu v bolnicah, pri sestrah m. Terezije, v Addis Abebi in v drugih bolnišnicah obstaja upanje. In to s pomočjo anti-retroviralnih zdravil. Test za okuženega s HIV in zdravila dobijo po večini zastonj iz Amerike.

Spremljanje prizadetih družin, kakor tudi oskrba in psihosocialno spremstvo bolnikov, ki so okuženi z virusom HIV, je prednostna naloga redovnih skupnosti, civilnih združenj in posvetovalnic.

Da se virus HIV zelo hitro širi, so med drugimi, kakor pravi s. Benedikta, naslednji vzroki:

Mladi prihajajo s podeželja v mesto. Pomanjkljivo znanje in prezgodnje iskanje spolnega partnerja pospešujeta razširitev aidsa.

Da bi možje preskrbeli družino, odhajajo iskat delo. V nekaterih regijah še obstaja poligamija kot družinska oblika. Tako imajo možje na večjih krajih žene. Tako se širi tudi aids.

Aids je za mnoge tabu tema. Ker imajo starši pomanjkljivo znanje, se o tej temi s svojimi otroki ne pogovarjajo. Ljudje, ki so inficirani, se te bolezni sramujejo.

Ko družina izve, da ima kdo od družinskih članov aids, od takrat naprej se ta član ne pojavlja več v javnosti. Ko umre, pravijo, da ga jebolela glava, želodec... Zaradi socialne kontrole te bolezni ne želijo izpostaviti...

Na podeželju je veliko družin, ki obolelega z virusom HIV privedejo k vaškemu zdravilcu. Ta pa od njih zahteva denar ali za storitev zahteva, da mu dajo plačilo v naravi. In seveda, pacientova življenjska doba je zelo kratka.

60 ■

Vodilni raziskovalec aidsa na harvardski univerzi Edward Green, ki se sam označuje za „liberalnega”, je izjavil: Med razdeljevanjem kondomov in stopnjo okuženosti z virusom HIV ni dokazano nikakršno sorazmerje. Kondome so začeli prikazovati kot „najpomembnejše orožje proti aidsu”, da bi tako povečali povpraševanje. Ob tem pa so v Afriki zahodni programi za razdeljevanje kondomov naleteli na odklonitev. Osnovna naj bi bila sprememba spolnega vedenja ljudi. Gre za počlovečeno spolnost in resnično prijateljstvo s trpečimi.

Dokaj uspešno se ukvarja s tem vprašanjem Uganda, kjer si državna in cerkvena združenja prizadevajo za zvestobo partnerju.

Sestre m. Terezije, druge redovne skupnosti in druge cerkve, kakor tudi civilna združenja, so vstopile v ta začarani krog in dajejo otrokom, ki hrepenijo po ljubezni, bližini, zavetju: dom, vzgojo, zavetje. To so otroci, ki nikoli niso izživelni otroštva in so zaznamovani za vse življenje. V njihovih očeh je upanje.



■ * mag. Jože Andolšek

Moje ime je mag. Jože Andolšek. Rodil sem se 23. 04. 1951 v Boštanju v Sloveniji. Po gimnaziji sem se vpisal na Teološko fakulteto v Ljubljani. Diplomiral I. 1979. Sem redovnik, salezjanec, v duhovnika sem bil posvečen 25. 03. 1979.

Dekanat teološke fakultete na dunajski univerzi mi je 20. 06. 1983 podelil naslov: „Magister der Theologie der Fachtheologischen Studienrichtung“.

Od šolskega leta 1982/83 poučujem verouk na Zvezni gimnaziji in zvezni realni gimnaziji v Celovcu. Deset let vodim na ZG/ZRG za Slovence v Celovcu v okviru referata dežele v razvoju (vprašanja tretjega sveta) »Projekt Afrika.« S pomočjo Televizije Slovenija, filmske družbe »Artis«, sem v Etiopiji, Angoli, Gani, Kairu posnel sedem »impulznih filmov«.



Moje izkušnje pri delu v tretjem svetu

My Working Experiences in the Third World



Eva Trpin*

Madagaskar ali »rdeči otok«, kot mu domačini radi pravijo, je četrti največji otok na svetu, velik približno 30 Slovenij. Od leta 1896 je bil francoska kolonija, leta 1960 je postal samostojna država. Uradna jezika sta francoščina in malgaščina. Na Madagaskarju živi približno 20 milijonov prebivalcev, povprečna starost je 18 let. Ocenjen BDP znaša 900\$, kar uvršča Madagaskar na 218. mesto med 229 državami sveta.

Zdravniško delo v deželah tretjega sveta je zagotovo svojevrstna in nepozabna izkušnja. Vsakdo ni rojen za to, želja po nesebični pomoči najrevnejšim ljudem mora biti človeku prirojena. Imela sem veliko srečo in priložnost, da sem lahko delila svoje znanje in pomoč malgaškim ljudem v stiski. Korist takega dela pa je obojestranska: »Kar daš, to tudi dobiš.« V dveh obiskih in skupno pet-mesečnemu delu na misijonu sem se tudi osebnostno razvila. Postala sem bolj samostojna, odločna, iznajdljiva in hitra zdravnica.

Pred vsakim odhodom sem imela velike pomisleke o svojih sposobnostih in znanju. Tudi predavanja o tropski medicini, več letno prostovoljno delo na kirurgiji, pridno učenje in »ponočevanje« na urgenci mi niso dali velikega zaupanja. Dejstvo, da imaš na območju, ki pokriva 50000 ljudi, daleč največ medicinskega znanja, je zastrašjujoče. Meje tvojih sposobnosti pa so relativne in odvisne od slabega vremena, neprevoznih cest, znanja pantomime in razpoložljivih zdravil.

Delo v »bolnišnici« ali »porodnišnici«, kjer ni elektrike, tekoče vode, laboratorija in osnovnih slikovnih preiskav, predstavlja iziv vsakemu sodobnemu zdravniku.

Ljudi, ki potrebujejo pomoč, je ogromno. Ti ljudje so večinoma hudo bolni z resnimi zdravstvenimi težavami in so pripravljeni čakati več dni, da pridejo na vrsto za pregled. Na Madagaskarju ni sistema zdravstvenega zavarovanja in je za zdravniško oskrbo potrebno plačati. Če hudo zboli družinski član, je zaradi stroškov ogroženo preživetje ožrega sorodstva. Večina ljudi si zdravja ne more privoščiti. Običajno ljudje naprej iščejo pomoč pri враčih in zdravilcih in se šele ob neuspehu zatečejo k uradni medicini.

Diagnoza je običajno postavljena na slabši anamnezi zaradi nerazumevanja jezika in natančnejšemu statusu. Zdravljenje pogosto temelji na izključevanju simptomov in znakov ter rednih kontrolah za spremljanje stanja. Izbor zdravil je omejen, pogosto imajo pretečen rok uporabe. Kroničnih bolezni sodobnega sveta ni smiseln zdraviti zaradi neredne oskrbe z zdravili. Velik problem predstavlja tudi sodelovanje bolnikov. Ljudje preprodajajo analgetike in antibiotike, da lahko preživijo obdobja revščine. ■ 63

Eklampsija, poporodna krvavitev, septični šok, nenapredajoč porod, motnje zavesti, cerebralna malarija, idr. so stanja, ki zahtevajo takojšnjo zdravniško oskrbo, običajno je v zdravljenje vključena cela skupina specialistov. Zaradi redkih državnih bolnic in še slabših medkrajevnih povezav si v odročnih krajih v takih primerih prepuščen samemu sebi. Kljub strahu in obupu me je takrat vedno vodila misel: »Poskrbi za tega človeka, kot da je tvoja mati, oče, brat ali sestra!«. Veliko ljudi je zaradi te misli preživel, marsikdo tudi ni. Vendar vem, da sem v danem trenutku naredila vse, kar sem bila sposobna.

Zelo me je prizadela krivica, da odrasli in otroci v tretjem svetu umirajo zaradi stanj, ki jih lahko preprečimo z manjšimi preventivnimi ukrepi, kot so pitna voda, cepljenje, kisik, izobraževanje... Nemoč in jezo sem občutila na lastni koži, ko mi je na rokah po enourнем oživljjanju umrl novorojenček, ker ni zadihal, pa niti kisika in aspiratorja nismo imeli. Odnos ljudi do smrti se močno razlikuje od našega razumevanja. Smrt je del naravnega procesa. Ob smrti najbližjega se življenje ustavi za dan ali dva, nato neprizadeto živijo dalje. Zaupali so mi, da hudo bolne bolnike na deželi tudi evtanazirajo, saj s tem zmanjšajo stroške zdravljenja in skrajšajo trpljenje umirajočega.

Dela v tretjem svetu si ne znam predstavljati brez pomoči. Misijonarji povezujejo tradicionalno življenje domačinov s sodobnimi pridobitvami, kot so ceste, šole, bolnice. Pomagali so mi spoznati malgaške ljudi, živeti z njimi in se z njimi tudi sporazumevati. Medicinska sestra s svojim spektrom znanja in veščin pomaga pri oskrbi bolnika v izrednih razmerah in je nepogrešljiv član ekipe. S skupnimi močmi je veliko lažje sprejemati odločitve in ukrepati.

Kadar je diagnoza pravilno postavljena in zdravljenje uspešno, te vsak nasmej napolni z velikim zadovoljstvom. Kadar nekomu v takih razmerah rešiš življenje, je neprecenljivo. Zahvalo za uspeh pa ne gre pripisati samemu sebi, ampak spletu vseh okoliščin in posredovanju višje sile.

■ *Eva Trpin, dr. med.

Rojena sem 13.1.1981 v Ljubljani. Po opravljeni maturi na Škofijski klasični gimnaziji v Šentvidu sem se v letu 1999/2000 vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani in jo zaključila 11.1.2006. Po opravljenem strokovnem izpitu sem 1.9.2007 pričela s specializacijo iz maksilofacialne kirurgije. V študijskem letu 2004/2005 sem se vpisala na študij dentalne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani in trenutno zaključujem 6. letnik.

Leta 2004 sem dobila študentsko Prešernovo nagrado na temo »Napovedni dejavniki pri bolnikih z obsežno pljučno embolijo«. Na Madagaskarju sem prostovoljno delala leta 2004 in 2007.

Predstavitev raziskovalnega dela slovenskih medicinskih strokovnjakov iz sveta in Slovenije

Presentation of Research by Slovenian Medical professionals from Slovenia and Abroad

■ 65

Predsedujoči:

prof. dr. Marjan Rupnik

Sodelujoči:

dr. sc. Vojko Kavčič

prof. dr. Boštjan Kobe

prof. dr. Peter Leskovar

dr. Milena Senica Verbič, dr. med.

prof. dr. Mirko Jung, dr. med

dr. Slobodan Pavlović



Marjan Rupnik*

■ ***prof. dr. Marjan Rupnik**

Predstojnik Inštituta za fiziologijo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru
Predsednik Slovenskega fiziološkega društva Član sveta Mednarodne zveze fizio-
loških znanosti (IUPS)

Dosežki:

- vodja samostojne raziskovalne skupine na Evropskem Inštitutu za nevroznanosti (ENI)/Max-Planck Institute for biophysical Chemistry, Goettingen, Nemčija
- večletni gostujuči profesor na posiplomskem programu Neurosciences, Georg-August Univerza v Goettingenu, Nemčija
- nosilec temeljnega projekta pri ARRS »Funkcija endokrinih celic v bolezni in procesih kompenzacije« (J3-7618)
- Mednarodna aktivnost:
- organizator mednarodnega simpozija na temo Molekularna fiziologija (Maribor 2006)
- partnerska pogodba o sodelovanju z nobelovcem prof. dr. Erwinom Neherjem, Max-Planck Inštitut za biofizikalno kemijo, Goettingen, Nemčija

Naslov:

Prof. Dr. Marjan Rupnik
Inštitut za fiziologijo
Medicinska fakulteta Univerza v Mariboru
Slomškov trg 15, 2000 Maribor Slovenija
tel: +386 2 330 5854
faks: +386 2 330 5853
mobil: +386 51 611 121
e-mail: marjan.rupnik@uni-mb.si
splet: <http://www.mf.uni-mb.si/fizio/rupnik.html>

Perceptualno in kognitivno staranje

Perceptual and Cognitive Aging



Vojko Kavčič*

Od začetka tega stoletja smo priča staranja populacije brez zgodovinske precedence: prvi; v človeški zgodovini bo več starejših od 60 let kot pa otrok. Takšen populacijski trend bo zahteval socialne prilagoditve, od katerih bo prilagoditev zdravstvenega varstva ena izmed najbolj pomembnih. Človeško staranje ima več dimenzij, od kronološkega, biološkega, do kognitivnega staranja.

Eno izmed najbolj pomembnih vprašanj o populacijskem staranju se tiče staranja pameti, kajti kognitivno funkcioniranje je eno izmed najbolj, če že ne najbolj, pomembnih komponent zdravja in dobrobiti preko celotnega življenjskega cikla. Zdravo kognitivno staranje je odvisno od zdravih možganov in zaznavnih procesov. Interakcije med kognitivnim staranjem, definiranim kot starostne spremembe v kognitivnem funkcioniranju, in zaznavnim staranjem, definiranim kot starostne spremembe v zaznavnem funkcioniranju, še niso dobro znane. Torej, pot k boljsemu razumevanju relacij med staranjem in kognitivnim funkcioniranjem postaja v 21. stoletju vse bolj prioriteta po vsem svetu.

V naši raziskavi smo uporabili baterijo standardnih neuropsiholoških testov za merjenje spominskih in vidnozaznavnih kapacetet, in psihofizičnih testov za merjenje zaznave gibanja, kakor tudi test ostrine vida in kontrastne zaznave pri 185 posameznikih v strosti od 18 do 93 let. Rezultati so pokazali da so bili vsi testi pomembno korelirani s starostjo: staranje pomembno zmanjša zaznavno kot kognitivno funkcioniranje. Rezultati so tudi pokazali, da staranje različno vpliva na različne teste: največja korelacija je bila med starostjo in spominskimi merami ($r = -.58$, $p < .0005$) in presentljivo, med staranjem in kontrastnim zaznavanjem (r

= .49, $p < .0005$), medtem ko je bila najmanjša korelacije med staranjem in testnimi dosežki obraznega prepoznavanja ($r = -.14$, $p = .07$). Regresijska analiza je pokazala, da staranje najboljše napove verbalen spomin, kontrastno zaznavo, zaznavo optičnega toka in slikovnega spomina. Glede odnosa med zaznavnimi in kognitivnimi spremenljivkami, so rezultati pokazali, da je bila kontrastna zaznavna pomebno povezana z besednim in slikovnim spominom ($r = -.27$, $p < .0005$).

Po pričakovanju, so rezultati nazorno pokazali da staranje vpliva na kognitivne in zaznavne funkcije, in to na različne stopnje. Še bolj pomembno pa je, da so rezultati pokazali, da je močna povezava v upadanju zaznavnih in kognitivnih funkcij. Nadaljnje raziskave so potrebne za identifikacijo neuropatoloskih sprememb v starajočih možganih, ki skupno vplivajo na zaznavne in kognitivne funkcije. Ugotovitve te raziskave bodo lahko tudi pomagale razviti vedenjske in tehnološke intervencije, ki bodo ohranjale zaznavne in kognitivne funkcije v starosti.

Since the beginning of this century we have been witnessing an unprecedented growth of population aging: for the first time in the human history there will be more people over the age of 60 than children. Such a population trend will require major societal adjustments, adjusting health care being one of the most important. Human aging has many facets, ranging from chronological, biological, to cognitive aging.

One of the most relevant question about aging population concerns the aging mind, since cognitive functioning is one, if not the most, essential components of health and well-being throughout the life. Healthy cognitive aging depends on a healthy brain and its sensory processes. The interactions between cognitive aging, defined as age-related changes in cognitive functioning, and sensory aging, defined as age-related changes in sensory functioning, is not yet well understood. Thus, the quest to understand more fully the relationship between aging and cognitive functioning is increasingly a high priority worldwide in the 21st century.

We applied the battery of standard neuropsychological tests measuring memory and visuospatial capacities and psychophysical tests measuring motion perception together with visual acuity and contrast sensitivity to 185 participants ranging from 18 to 93 years of age. Results showed that all test were significantly correlated with age: aging significantly decreased sensory as well as cognitive functioning. However, there were also significant differences of age effect on different tests: the highest correlations were obtained between age and memory measures ($r = -.58$, $p < .0005$) and, surprisingly, between age and contrast sensitivity ($r = .49$, $p < .0005$), while the lowest correlation was observed for facial recognition ($r = -.14$, $p = .07$). Regression analysis indicated that the chronological age is most predictive of verbal memory, contrast sensitivity, optic flow perception, and figural memory. With respect to the relationship between perceptual and cognitive va-

riables, results showed that contrast sensitivity was significantly correlated with verbal and figural memory tests ($r = -.27$, $p < .0005$).

As expected, results clearly showed that aging affects cognitive and perceptual functions, albeit to different degrees. More importantly, results also showed that there was strong association between decline of perceptual and cognitive decline. Further research is needed to identify how neuropathological changes in the aging brain may jointly affect perceptual and cognitive functions. These research findings may also help develop behavioral and technological interventions to maintain visual and cognitive performance in old age.

70 ■

■ *dr. Vojko Kavčič

Vojko Kavčič, 1950, je doktoriral na University of North Texas iz experimentalne psihologije leta 1997. Še istega leta je odšel na post-doktorsko izpopolnjevanje k profesorju D. Robertu Dotyju na Oddelek za Neurobiologijo in Anatomijo na Medicinski Fakulteti University of Rochester, kjer se je prvenstveno ukvarjal s hemisferičnimi asimetrijami in hemisferičnimi interakcijami pri cloveku in primatih.

Od 2000 je zaposlen kot docent raziskovalec na University of Rochester na Oddelku za Neurologijo, na enoti Kognitivna in Vedenjska Neurologija. Trenutno je njegova raziskovalna dejavnost usmerjena na področje neuronskih in kognitivnih mehanizmov kritičnih za vidno zaznavanje gibanja in navigacije, s posebnim poudarkom na spremembah pri staranju in Alzheimerjevi bolezni. Pri svojem raziskovalnem delu uporablja konvergentne metode, ki segajo od rabe standardnih in specializiranih vedenjskih testov, do neurofizioloških metod (e.g., EEG), in v zadnjem obdobju Dr. Kavcic uporablja tudi MR difuzivno tensorko slikanje.

Dr. Kavčič redno obiskuje rojstno domovino in tako tudi vzdržuje profesionalne kontakte in sodelovanje s kolegi na Ljubljanski Univerzi na Oddelku za psihologijo kakor tudi s kolegi na Univerzitetni psihiatrični kliniki.

■ *dr. sc. Voyko Kavčič

Voyko Kavcic, 1950, obtained his doctoral degree in experimental psychology from the University of North Texas in 1997. The same year he accepted a post-doctoral position with Dr. Robert Doty in the Department of Neurobiology and Anatomy at Medical school at University of Rochester. The main focus of his research with Dr. Doty has been hemispheric asymmetries and hemispheric interactions in macaque monkey and man.

Since 2000 Dr. Kavcic has worked as an assistant research professor in Cognitive Behavioral Unit in the Department of Neurology, at School of Medicine and Dentistry at University of Rochester. The current research interests of Dr. Kavcic are neuronal and behavioral mechanisms involved in the perception of optic flow and spatial navigation with an emphasis on aging and Alzheimer's disease. In his research Dr. Kavcic combines converging methods, ranging from standard and specialized behavioral test, to electroencephalography (e.g., EEG), to, more recently, to MR diffusion tensor imaging. Lately Dr. Kavcic expanded his research to cognitive

aging where his main interest is on investigating the association between sensory and cognitive aging.

Dr. Kavcic not only regularly visit his native country, but also maintain professional contact and cooperation with colleagues at University of Ljubljana at Department of psychology and at the University Psychiatric clinic.

Uporabnost tri-dimenzionalne strukture makromolekul v medicinskih raziskavah

The Use of Macromolecular Three-dimensional Structure in Medical Research

72 ■



Boštjan Kobe*

Razvoj metod rentgenske kristalografije, spectroskopije jedrske magnetne resonance (NMR) in elektronske mikroskopije je omogočil določanje tri-dimenzionalnih (3D) struktur velikega števila proteinov in drugih makromolekul. "Protein Data Bank" trenutno vsebuje 56000 takih struktur. Kakšna je vrednost teh podatkov za medicino? Funkcija proteinov in drugih makromolekul je odvisna od njihove 3D strukture; z drugimi besedami, v proteinih na primer, je odvisna od tega, kako se zaporedje amino-kislin zvije v prostoru in kakšna je zato oblika in lastnosti molekule. 3D-struktura nam omogoči razložiti, z atomsko ločljivostjo, kako molekula izvede svojo funkcijo, na primer v primeru encima kemijsko reakcijo, ali v primeru hormona in receptorja vzajemno interakcijo. Če je makromolekula tarča za zdravila, nam struktura tudi omogoči uporabo metod "structure-based drug design" in s tem pospešenje procesa razvoja zdravil. Struktura lahko pomaga tudi pri razvoju vakcin in racionalne modifikacije proteinov, na primer v diagnostične namene. Predstavljam bom nekaj specifičnih primerov iz dela našega laboratorija, ki demonstrirajo različne uporabnosti struktur v medicini, na primer: encim "phenylalanine hydroxylase", kjer je struktura razložila zakaj mutacije vodijo do bolezni fenilketonuri; encim acyl-CoA thioesterase 7 (Acot7), kjer je struktura predlagala možne vloge tega proteina v procesih vnetja in identificirali encim kot tarčo za zdravila proti kroničnemu vnetju; in "structure-based drug design" na podlagi E proteina iz virusa "dengue", kot korak v razvoju antivirusnih zdravil.

■ *prof. dr. Boštjan Kobe

Boštjan Kobe je diplomiral iz kemije na Univerzi v Ljubljani. Njegovo diplomsko delo je bilo na področju kristalografije malih molekul, in v želji po delu na večjih molekulah je odšel na doktorat na University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas v ZDA, k Nobelovem nagrajencu Johannu Deisenhoferju, kjer je določil prvo kristalno strukturo proteina iz nove skupine proteinov s ponavljajočimi se zaporedji amino-kislin. Boštjan je končal doktorat leta 1994, delal za kratek čas kot "Research Associate" na Howard Hughes Medical Institute v Dallasu in se potem preselil v Melbournu v Avstraliji na St. Vincent's Institute in se posvetil raziskavam regulacije proteinov, posebno regulacije s fosforilacijo. Z Wellcome Senior Research Fellowship leta 1997 je osnoval samostojno raziskovalno skupino na institutu. Leta 2000 se je preselil na University of Queensland v Brisbanu v Avstraliji. Leta 2001 je Boštjan prejel avstralsko nagrado "Minister's Prize for Achievement in Life Sciences". Boštjan je trenutno profesor strukturne biologije in "Federation Fellow" (štipendist Australian Research Council) na School of Chemistry and Molecular Biosciences, University of Queensland. Njegovo raziskovalno delo se osredotoča na vlogi proteinske strukture in interakcij v molekularnih in celičnih funkcijah teh molekul, z aplikacijami v medicini in biotehnologiji. Med drugim, laboratorij raziskuje naslednje biološke sisteme: proteini s funkcijami v procesu inflamacije, proteini iz virusov, proteinske kinaze, proteini s funkcijami v transportu v celično jedro in rastlinski imunski proteini. Objavil je čez 100 člankov v strukturni biologiji in sorodnih področjih, ki so bili citirani več kot 4150-krat.

Klinična študija pri zdravljenju pankreatičnega in hepatobiliarnega raka na bazi MIS/MIT tehnologije

MIS/MIT Technology

74



Peter Leskovar*

(1) Nova tehnologija bazira na GvM-efektu, ki je povezan z eno najmočnejših imunskih reakcij, t.j. aloefektom, pri katerem je angažirano do 10.000x več T subklonov kot pri povprečni reakciji proti standardnim antigenom.

(2) Zato je pričakovati, da MIS/MIT efektorji delujejo tudi pod supresivnim režimom v pacientu, ki je pogojen z imunskim statusom in pogosto tudi terapijo (operacija, kemo- in radioterapija).

(3) Nova MIS/MIT-terapija prinaša bistvene prednosti v vseh kliničnih situacijah, pri katerih konvencionalna adoptivna terapija, temelječa na ne-manipuliranih allogenih celicah, zaradi potencialno letalnega izida (v 10-50%, povprečno 22% primerov) ni indicirana.

(4) V našem živalskem modelu (B16 melanom pri miški) je zdravljenje živali z novo MIS/MIT tehnologijo vodilo pri enkratni infuziji do 94.6% in pri (dvakrat) ponovljeni infuziji MIS-efektorjev do 100(!)-nega dolgoročnega preživetja terapiranih mišk, medtem ko ne-terapirane kontrolne miške niso živele dlje kot 24 dni.

(5) MIS/MIT-terapijo je možno kombinirati z našim "farmacevtskim pristopom", ki bazira na nekaterih pri nas testiranih, skoraj 400 FDA-dopuščenih preparativih v novi "second indication"-uporabi.

(6) Posebna prednost nove MIS/MIT-tehnologije je njena imunoregulatorična aktivnost, ki implicira njih morebiten blockbuster-potencial.

- (7) Omenjena imunomodularna intervencija MIS/MIT-efektorjev je interesantna tudi v zvezi s široko indikacijo, n.pr. pri solidnih tumorjih, ki predstavljajo preko 90% vseh tumorjev.
- (8) Omeniti je treba tudi visoko stopnjo možne standardizacije zaradi neodvisnosti od MHC-restrikcije (po Zinkernaglu in Dohertyju).
- (9) Antimetastatični efekt MIS-efektorjev razširja potencialno indikacijo tega novega terapevtskega pristopa.
- (10) Poudariti je treba tudi relativno netoksičnost novega produkta.

Glavne prednosti nove tehnike na osnovi predkliničnih študij: (1) širok spekter potencialnih kliničnih indikacij spričo nekaterih skupnih fenotipičnih markerjev na disreguliranih/hiperaktiviranih, bolezen-vzdržujočih T subklonov in (2) relativno nizka stopnja stranskih učinkov spričo določene selektivnosti metode.

■ 75

- (i) solidni tumorji: 100(!)-no preživetje mišk pri 3-kratni infuziji MIS-efektorjev.... Pri reinokulaciji do 10 Mio B16 tumornih celic se vedno zelo dobro preživetje (govori za indukcijo tumor-specificne rezistence pri prvi MIS-infuziji)...Do 67% živali je preživelno celo brez ekscizije primarnega tumorja; precej pa pod podobno zaostre-nimi pogoji po tumorni eksciziji v zelo pozni/terminalni fazi bolezni.
- (ii) autoimunske bolezni: Modificirana MIS-terapija je preprečila RA-slično AA (v modelu podgane), in to celo pri 3x povišani MBP/CFA-dozi ter ob 2kratni ponovitvi AA-indukcije....Modificirani MIS/MIT-postopek (z MIS-AID efektorji) tudi v EAE-modelu MS uspešen.
- (iii) BMT: Nadaljnja MIS/MIT-modifikacija je preprečila GvHD-indukcijo celo preko MHC I in MHC II bariere in bila uspešna v boju z etablirano GvHD (s pomočjo tako imenovanih "3rd party"-efektorjev).

- (1) The novel technology is based on the GvM effect which represents the strongest known antitumor effect, the alloreffect being about 10.000 times stronger than the immune response to an average antigen (pathogen).
- (2) So, it is not surprising that MIS effectors work even under extremely immuno-suppressive conditions as can be found e.g. in some tumor patients due to their underlying disease and/or owing to the used tumor therapy (including surgery, chemotherapy and/or radiotherapy).

(3) The novel MIS technology can be used in all situations where the conventional adoptive immunotherapy, using non-premanipulated cells, is restricted by the potentially lethal (10-50 %, on average 22% TRM) GvHD.

(4) In our animal model, reference/control mice whose treatment mimicked the routine clinical situation no mice survived longer than 24 days. If (tumor-excised)

chemotherapy- treated mice had, however, been post-treated by MIS effectors, in 94,6% of these mice early relapses could be prevented and - with a twice repeated treatment - all (100%) tumor-bearing mice showed a long-term survival.

(5) This MIS treatment can be supported or partially replaced by our “pharmacological approach”, implicating some FDA-approved “second indication” drugs. These drugs were selected from nearly 400 tested candidate substances.

(6) A special advantage of the novel MIS and MIT technologies is their immunoregulatory mode of action which implies their future potential as candidate blockbuster(s).

76 ■ (7) The mentioned immunoregulatory intervention of MIS and MIT effectors is also of special interest, due to the broad spectrum of clinical indications (e.g. solid tumors, representing nearly 90% of all malignancies).

(8) A special advantage is also the high standardizability of the MIS and MIT technology, owing to the fact that both technologies are - in contrast to some other adoptive immunotherapies - not dependent on the MHC restriction (Zinkernagel-Doherty-Shearer postulate). For this reason, the standardized MIS and MIT effectors, such as MIS-BM/SC and MIS-NK/LAK effectors can be used independently of patient's own MHC I and II antigens

(9) The strong anti-metastatic effect of MIS effectors could lead to a future eligibility of patients with metastatic solid tumors for the curative instead of palliative treatment which could significantly increase the scope of treatable patients.

(10) An additional advantage of the novel MIS and MIT technology is the low to absent procedure related toxicity.

Major advantages of the new approach, as deduced from preclinical studies: (1) a broad spectrum of potential clinical applications due to some common phenotypical markers on the dysregulated, disease-maintaining T cell subclones, and (2) a low rate of complications, due to the relative selectivity.

(i) Solid tumors: A 100%(!) survival by a repeated MIS/MIT treatment. Reinoculation of 1.107(!) tumor (B16) cells into long-term survivors had only moderate impact on the excellent survival rate (induction of tumor-specific resistance by MIS-MIT). Up to 67% survivors in non-excised mice; considerable survival even in the terminal disease group.

(ii) Autoimmune disorders: A modified MIS/MIT prevented the RA-mimicking AA establishment in rats even at a 3x increased standard MBP/CFA challenge dose and at a twice repeated AA challenge MIS/MIT was also successful in the treatment of MS-mimicking EAE in rats.

(iii)BMT: A further MIS/MIT modification was able to prevent the GvHD induction even across MHC I and MHC II barriers (C57Bl6 and DBA2 strains) and to combat established GvHD by 3rd party MIS effectors.

■ ***prof. dr. Peter Leskvar, dr. med**

Kot biokemik in imunolog sem bil zaposlen najprej na Max-Planck-Institutu (MPI) za biokemijo v München-Martinsried-u in zatem prevzel mesto predstojnika Imunološko-biokemičnega raziskovalnega laboratorija na Medicinski fakulteti Univerze (TU) München.

Preko 20 let sem se posvečal izboljšavam obstoječih in razvoju novih pristopov pri imunski terapiji, primarno na področju zdravljenja raka.

Razen tega sem bil zainteresiran na terapiji autoimunskeh bolezni (AIDs) in na rešitvi določenih problemov pri transplantaciji kostnega mozga (BMT) in perifernih matičnih celic (HSCT).

V zvezi z dvakrat podeljenima Mildred-Scheel-štipendijama s strani Deutsche Krebshilfe e.v./ Bonn-Bad Godesberg sem preživel zelo kreativen čas na raznih institutih za raziskave raka v USA in GB, n.pr. na Sloan-Kettering Institute (SKI) v Rye (N.Y.), na NCI-NIH v Bethesda in v Fredericu (MD), na UCSF (Cancer Research Center) v San Franciscu (CA), na UCSD v San Diegu (CA), na Scripps Clinic and Research Foundation v La Jollu (CA) ter na Chester Beatty Cancer Institute v Suttonu/Surrey in Londonu (UK).

Najpomembnejši uspeh lastnih raziskav je rešitev stare GvM : GvHD-dileme, t.j. separacija T subpopulacij, ki omogočajo močan GvM antitumorni efekt, od T subpopulacij, ki so odgovorne za potencialno letalni GvHD-efekt. Ta močan GvL in GvT efekt, ki je v našem sistemu prost GvHD-komplikacije, na široko odpira vrata seriji adoptivnih, celičnih terapevtskih pristopov (ACT) in različnim terapijam raka, ki bazirajo na alogenih transplantacijih (alloSCT/alloBMT).

Dejansko je naša GvM : GvHD-disekcija omogočila elaboracijo cele vrste inovativnih adoptivnih terapij ne le pri raku, temveč tudi pri raznih autoimunskeh boleznih in celo pri izboru genetskih obolenj, in sicer tistih, ki se dajo terapirati preko transplantacije kostnega mozga oz. matičnih celic.

■ ***prof. dr. Peter Leskvar, MD**

As biochemist and immunologist I worked first in a scientific group at Max-Planck-Institute (MPI) for Biochemistry in München-Martinsried and became thereafter head of the Immunological-Biochemical Research Laboratory at the School of Medicine/University (TU) Munich.

For more than 20 years I have focused my scientific interest on the improvement of the existing and on the elaboration of novel immunotherapies, primarily tumor therapies. In addition, I was interested in the cell therapy of autoimmune diseases (AIDs) and in the solution of some problems in bone marrow (BMT) and stem cell transplantation (HSCT).

In association with two "Mildred Scheel" fellowships, awarded by the German Cancer Society (Deutsche Krebshilfe e.V./Bonn-Bad Godesberg), I spent an interesting and creative time at some leading US (and UK) cancer institutes, such as Sloan-Kettering-Institute (SKI) in Rye (N.Y.), NCI-NIH in Bethesda and in Frederic(MD), UCSF (Cancer Research Center) in San Francisco (CA), UCSD in San Diego(CA), Scripps Clinic and Research Foundation in La Jolla(CA) , as well as Chester Beatty Cancer Institute in Sutton/Surrey and London(UK).

The large scope of my scientific activities is reflected in my supervision of over 90 (parallel or successive) doctor theses and in the comprehensiveness of my major project, i.e. testing of novel immunotherapies in animal model which implicated 120 (!) single protocols and included over 7000 mice (and rats).The most important result of my own research is the solution of the old GvM:GvH dilemma, i.e. the separation of T cell clones causing the strong GvM antitumor effect from those responsible for the adverse, potentially lethal GvHD side-effect. This GvM:GvH dissection , paired with genetically preengineered MIS/MIT effectors led to a series of novel cell-therapeutical approaches both in cancer therapy and in the treatment of autoimmune disorders and selected ("bone marrow-correctable") genetic diseases.

Napredki in spremembe pri lajšanju pooperativne bolečine v otroški kirurgiji 2007-2009

Improvements and Changes in Post-operative Pain Relief in Children 2007-2009



Milena Senica Verbič; Silvo Lipovšek*

Prvi prispevek, ki je omenil in opozoril na pomembnost lajšanja pooperativne bolečine pri otrocih, je bil objavljen na IV. Konferenci slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije v Novem Mestu leta 2005, kjer je bila predstavljena izkušnja na tej temi v tujini.

Na naslednji, V. Konferenci, leta 2007 v Ljubljani, smo predstavili in ocenili prvo raziskavo na tem področju v Sloveniji.

Danes želimo predstaviti napredke in spremembe, ki so se zgodili od takrat z infiltracijo operativnih ran z dolgotrajnim lokalnim anestetikom v otroški kirurgiji.

Kot smo že neštetokrat poudarili, »bolečina je bolj škodljiva pri otrocih kot pri odraslih«.

Zato se moramo potruditi, da otrokom po operaciji ne ostane travma zaradi pooperativne bolečine.

Glavni napredek, ki se je dosegel po naši pobudi in objavi, je večje zanimanje zdravnikov za lajšanje pooperativne bolečine pri otroških pacientih, ker ugotavljajo velike razlike v postoperativnem vedenju otrok, ki so bili deležni infiltracije operativne rane v primerjavi z otroki, ki niso bili infiltrirani.

Do leta 2007 je to tehniko v Sloveniji na otroškem oddelku kirurških strok Splošne bolnišnice Celje uporabljal samo dr. Silvo Lipovšek. Število pacientov, pri katerih

se je za lajšanje pooperativne bolečine uporabilo infiltracijo operativne rane, je bilo med 25 in 30 %, kar pomeni slabo tretjino.

Med letoma 2007 in 2009 se je število kirurgov, ki uporabijo to metodo, povečalo.

Danes se na otroški kirurgiji infiltrira operativna rana v približno 75 do 80 %, kar pomeni dobre tri četrtine operiranih otrok.

Omeniti moramo, čeprav to ni naše področje, da so to metodo začeli uporabljati tudi v nekaterih ustanovah pri kirurgiji odraslih.

Na prispevku predstavimo primerjalno statistiko v tem obdobju skupaj z oceno, ugodnosti in koristi metode infiltracije operativne rane z dolgotrajnim lokalnim anestetikom levobupivakaina, za lajšanje pooperativne bolečine na otroški kirurgiji.

80 ■

Otroci imajo pravico, da jih ne boli po operaciji in kirurgi imamo dolžnost, da to pravico spoštujemo in jim to omogočimo.

Kot zaključek, infiltracija operativne rane z dolgotrajnim anestetikom pri otrocih je učinkovita, enostavna, varna in poceni. Uporaba te metode hkrati dopolni pravico otrok in dolžnost kirurgov do nebolečega pooperativnega obdobja.

The first presentation on pain relief in paediatric surgery was given in Novo mesto in 2005 at the 4th Conference of Slovene doctors in-country and abroad. On that occasion the experience in this field abroad was also presented.

At the 5th conference in 2007, was presented the first research in this area in Slovenia carried out at the Department of Paediatric Surgery in the General Teaching Hospital Celje.

On this occasion we are presenting the improvements and changes in the last two years using wound infiltration with long-action local anaesthetic in paediatric surgery.

Throughout we have been emphasizing that "pain is more harmful to children than to adults".

For this reason we must do our best to reduce the child's trauma caused by post operative pain.

The main improvement in these last two years has been an increase in interest among many surgeons in techniques in post operative pain relief in children.

Until 2007, in Slovenia only one paediatric surgeon in the Department of Paediatric Surgery in the General Teaching Hospital Celje, Prof. Dr. Silvo Lipovšek, used this procedure and the percentage of children involved was between 25 to 30%.

Today, more surgeons are using this technique and the percentage of patients treated in Celje has increased to 75- 80 %.

It is worth noticing, although this is not our area, that many surgeons in many institutions are now using this method in adult patients.

We are presenting the comparative statistics, the evaluation, benefits and profits of the wound infiltration with long action local anaesthetic levobupivacaine in paediatric surgery in the period between 2007and 2009.

Finally, we reiterate that children have the right to be surgically treated without pain and surgeons have the obligation to enable this right.

In conclusion, wound infiltration with long action local anaesthetic in paediatric surgery is cheap, effective, safe and simple. About rights and obligations, the method, at the same time, enable both, the rights of children and the obligation of surgeons.

■ *dr. Milena Senica Verbič dr. med.

Rojena 9. aprila 1976 v Celju, Slovenija.

1994. Maturirala na Srednji Zdravstveni Šoli v Celju.

2001. Diplomirala na Medicinski Fakulteti na Univerzi v Ljubljani, Slovenija.

2002. Začela Specializacijo Splošne Kirurgije na Otroškem oddelku kirurških strok v Splošni Učni bolnišnici Celje, Slovenija.

2008. Opravila Specialistični izpit Splošne kirurgije s Pohvalo.

2001. Od tega leta do sedaj, Predavateljica strokovnih predmetov (patologija, fiziopatologija in osnove interne medicine) na Srednji Zdravstveni Šoli Celje.

2001. Opravljen izpit za pridobitev Licence kot Predavateljico Prve Pomoči.

2001. Od tega leta do sedaj, Predavateljica Prve Pomoči na Rdečem Križu Slovenije.

2003. Opravljen Tečaj »Napredna Pediatrična Življenska Pomoč« (»Advanced Paediatric Life Support«.)

2004. Izvoljena kot Podpredsednica Območnega Združenja Rdečega Križa Šentjur.

2005. Od tega leta do sedaj Vodja »Centra za Preventivo, Prvo Pomoč in Pomoč ljudem v stiski«.

2006. Obnovljena Licenca za Predavateljico Prve Pomoči.

2008. Članica Sekcije Kirurgov Otroške Kirurgije (SKOK SZD)

2008. Izvoljena kot članica Upravnega Odbora Sekcije Kirurgov Otroške Kirurgije (SKOK SZD) Štiri letni mandat.

2009. Ponovno obnovljena Licenca za Predavateljico Prve Pomoči.

Aktivna udeležba na raznih strokovnih tečajev kirurgije v Sloveniji.

Aktivna udeležba na raznih kongresih, simpozijih in strokovnih srečanjih na področju kirurgije v Sloveniji.

Avtor in soavtor 6 raziskovalnih delov in prispevkov otroške kirurgije.

TRENUTNI POLOŽAJ : - ZDRAVNICA SPECIALISTKA KIRURGIJE na Otroškem oddelku kirurških strok. SPLOŠNA UČNA BOLNIŠNICA CELJE. Oblakova 5. SI-3000. Celje. Slovenija.

Domači Naslov: Trubarjeva 10. SI-32303. Šentjur pri Celju. SLOVENIJA. Mob.Telef.:

+386 31 742456 e-naslov: milena@verbis.si

■ *dr. Milena Senica Verbič, MD

Born april 9th, 1976 in Celje. SLOVENIA.
1994. Graduate at the High School of Health Celje.
2001. Graduate MD. at the School of Medicine. University of Ljubljana. SLOVENIA.
2002. Specialization on surgery in the Department of Paediatric Surgery. General Teaching Hospital Celje. SLOVENIA.
2008. Outstanding perform the Examination for the Title of Specialist in Surgery with compliments
2001. Docent of pathology, phisiopathology and internal medicine in the High Health School of Celje
2001. Perform the examination to adquire the Licence for Docency in First Aid.
2001. Docent of First Aid in the Red Cross Slovenija.
2003. Pass the test in »Advanced Paediatric Life Support«.
2004. Elected as vicepresident In the board of regional Red Cross Šentjur.
2005. Direktor of the »Center for Prevention, First Aid and help for people in troubles«.
2006. Recertification of the Licence as Docent in First Aid
2008. Member of the Slovenian Association of Pediatric Surgery (SAOPS)
2008. Elected as member of the Exexutive Committee of the Slovenian Association of Pediatric Surgery (SAOPS)
2009. Recertification of the Licence as Docent in First Aid
Active participation in different Courses of Medical Education on surgery in Slovenia
Active participation in different Congresses and Medical Meatings in Slovenia.
Autor in coautor of 6 Medical Articles and Contributions in Paediatric Surgery.

CURRENTLY POSITION: SURGEON in the Department of Paediatric Surgery.
TEACHING GENERAL HOSPITAL CELJE.
Oblakova 5. SI-3000. Celje. Slovenia.
Address: Trubarjeva 10 1. SI-3203. Sentjur pri Celju. SLOVENIA. Cell Phone: +386 310 742456 e-mail: milena@verbis.si

Genetika prionskih bolezni

Prion Disease Genetics

■ 83



Mirko Jung*

Pred dvajsetimi leti (1989) so dokazali, da je dedna (hereditarna) bolezen lahko tudi infektivna. Z možganskim tkivom bolnika z GSS sindromom (prionska bolezen iz skupine Creutzfeldt-Jakob) so cepili živali, ki so zbolele s tipično, identično nevropatološko sliko. Enako so v naslednjih letih dokazali infektivnost pri več kot 40 drugih dednih prionskih boleznih. Primer, opisan 1989, velja za prvo dokazano genetsko-infektivno bolezen. Na dedno etiologijo klinično podobne bolezni so sumili pred več kot 30 leti pri Židih iz Severne Afrike, ki so obolevali 30 krat bolj pogosto, kot so to opažali drugje na svetu. Po tem, ko so emigrirali iz političnih razlogov, so prenesli bolezen v Izrael. O genetskih prionskih boleznih je na voljo ogromna svetovna literatura.

Center razvoja bolezni je t.i. prionski gen, ki je v centralnem živčevju. V jedru vsake diploidne celice je 7 milijard purinsko-pirimidinskih baznih parov (bp), katerih redosled v DNK ureja ekspresijo genov, ki so odgovorni za tvorbo polipeptidov oz. aminokislin; tri bp so odgovorni za eno aminokislino (trojni kodon). Prionski gen ima med 2 in 3 tisoč bp, a en ekson eksprimira prionski protein z 254 aminokislinami (1-254). Vse nadaljnjo je odvisno od vrstnega reda aminokislin. Pri genetskih oblikah bolezni je diagnoza, razen anamneze, natančno definirana z raziskavo zaporeda aminokislin. To je bila, pred leti, domena specialnih laboratorijev. Danes imamo avtomatiko, ki pregleda z natančnostjo 99% 25 milijonov baznih parov v nekaj urah.

Prionska genetika je kolateralno prispevala k razvoju genetike drugih nalezljivih bolezni na sploh (bakterije, virusi). Pomislimo na genetiko ptičje gripe, Norovirusnih

okužb, MRS stafilocokov, M. tuberkuloze in druge. Cepiva, pripravljena na osnovi genetike (laboratorijsko pripravljenega zaporedja bp), bodo skoraj gotovo predstavljala nekaj najpomembnejšega v tem stoletju.

In 1989 it was demonstrated that a familiar (hereditary) neuro-degenerative condition, GSS (a prion disease related to the Creutzfeldt Jakob group) could be transmitted to non-human primates and rodents through intracerebral inoculation of brain homogenates of such patients. This was for the first time in world literature that a hereditary, familial condition, may also be infectious. First ethnic group with the disease were Lybian jews, affected 30 times higher than other ethnic groups. They emigrated politically and transmitted the disease to Israel.

- 84 ■ Genetic prion diseases are characterized by mutations in the Prion gene consisting of two to three thousands purine-pyrimidine base pairs (bp) sequenced in the coding DNA. Three bp (triple codon) are responsible for one aminoacid. There are 7×10^9 bp in the core of each diploid cell. The prion protein consist of 254 aminoacids (1-254). The aminoacid sequences are responsible for the transmissibility (infectivity) and clinico-chemical features of the disease. The diagnosis of genetic prion diseases, excepting routine laboratory tests, depends on anamnestic data (extremely important) and the study of aminoacid sequences. Years ago, this has been the domain of highly specialized laboratories but the techniques have been improved by now; automatic equipments are available that can analyze 25 millions base pairs, with a 99 percent accuracy, within few hours.

The prion genetics collaterally influenced the development of genetic characteristics in viral and bacterial diseases as of the virulence in Avian influenza virus, Norovirus infections, Mycobacterium, Tuberculosis, MRS staphylococci and others. Scientific research will be certainly very intensive to construct the proper aminoacid sequence in antigenic material to be used for the preparation of the proper antigenic material to be used in human vaccines. This type of the research will certainly be one of the most important in this century.

■ *prof. dr. Mirko Jung, dr. med

Medicinska fakulteta v Zagrebu (dr. med) 1952. Zdravnik specialist mikrobiolog, asistent. Medicinska fakulteta 1953-1956. Šef virusnega laboratorija Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani (1956-1967). Uvedba diagnostike drugih virusov. Ozka sodelava s klinikami za nalezljive bolezni v Ljubljani (prof. Badjančič) in bolnice v Celju (prof. Lešničar). Priprava vseh reagensov, ki nam niso bili dostopni. Delali smo jih sami in kot prvi, v liofilizirani formi. Z reagensi smo snabdevali tudi Hrvaško, od njih pa smo dobili odstotek od prodaje cepiv v Sloveniji. Opravil sem doktorat znanosti in pet mojih sodelavcev ter eden iz Zagreba. Moja soproga je zadnja leta tudi delala na Infekcijski kliniki. Financiranje je bilo iz dneva v dan težje in ni zadostovalo za napredok. Dobil sem vabilo za izrednega profesorja v Indijskem raziskovalnem

Institutu v New Delhiju in tudi za delo v Institutu, kjer so prvič pripravili polio-cepivo na diploidnih celicah (Hilary Koprowski). Sprejel sem vabilo kantonalne vlade v St. Gallenu / Švica za uvedbo virusne diagnostike, ki do tedaj še ni obstajala. Uvedel sem diagnostiko za celo Švico, ker so imeli samo en majhen laboratorij v Ženevi. Proizvodnja reagensov je nesluteno narasla, prodajali smo celi Evropi kot prvi Institut, ki je imel dovoljenje Instituta Paul Erlich, Frankfurt. Razvil sem prvi reagens za diagnostiko Cytomegalo virusov in s to temo obranil disertacijo za privatnega docenta na Univerzi Zagreb. Uvedli smo prvo ELISO v vsakodnevno diagnostiko in razvili metode za diagnostiko Hepatitisa B. Uvedli smo cepljenje proti Influenci v Švici in uvedli diagnostiko meningoencefalitisa, ki jo niso poznali.

V prvih dneh 1977 sem osnoval "Institut Virion" z dvema prijateljema, ki sta pomagala pri sofinanciranju. Uspeh je bil nesluten. V treh letih sem imel že 52 sodelavcev, razvili pa smo tudi naše podružnice v Italiji (Milano), Nemčiji (Würzburg, München) ter ZDA (Virion US) v Morristown N.J. Predsednik ameriške podružnice je bil Edwin H. Lennette svetovno znani virolog, ki je obranil J. Salka na sodišču v zvezi s smrtno okrog 200 otrok po cepljenju s prvo poliovakcino. Bili smo prvi laboratorij v Evropi, ki je imel dovoljenje Food and Drug Administration za prodajo reagensov v ZDA. 1989 je Hofmann La Roche kupil naš Inštitut, jaz pa sem do leta 1995 ostal direktor. 1991 sem bil imenovan za gostujočega profesorja na Medicinski fakulteti v Zagrebu. Od takrat se ukvarjam z dekontaminacijo prionov. V internacionalni sodelavi smo tudi razvili nujen instrumentarij, ki to omogoča. Publiciral sem 160 znanstvenih in strokovnih člankov v slovenščini, hrvaščini, nemščini, angleščini, italijanščini ter posamezne v francoščini. Ena knjiga in en članek sta bila prevedena v japonščino. V laboratoriju smo razvili novo imunofluoresenco, ki ni potrebovala UV svetlobe ter teste za HIV in EVB. S prionskimi bolezimi se ukvarjam še danes. Kako se bodo razvile, še ne vemo. 1989 so mislili, da se npr. en primer pojavlja pri 100 milijonov oseb, pred 15-20 leti pa so povisali na 0,5 primerov na milijon, leta 2008 je v Švici bilo dokazanih že 2,6 na milijon. Nejasna situacija je tudi pri BSE; v zadnjih letih so se pojavili primeri obolelih krav tudi v Sloveniji. Kako se bo to razvijalo ne vemo.

Psihična motnja kot posledica genocida v Bosni in Hercegovini

Psychological Disorder as a Consequence of the Genocide in BiH

86



Slobodan Pavlović*

Klinične raziskave traumatiziranih pregnancev iz Kambodže, Vijetnama, Laosa, perbivalcev Centralne Amerike (Weine in sod, 1995), Bosne in Hercegovine (Hasanović, 2002; Selimbašić, 2003) so opozorile na visoko stopnjo povezanosti traumičnih izkušenj s psihijatrijskimi posledicami, povezanost z razvojem post-traumične stresne motnje.

Predmet: Izprašati ali genocidno traumatizirane osebe, težje preživljajo traumične dogodke ter ali bolj trpijo zaradi uničujoče posttraumične stresne motnje, kot druge z vojnimi dejstvi traumatizirane osebe.

Vzorec: «A» skupina (N=100), sestavljajo jo izprašanci, ki so preživeli genocid in Kontrolna skupina - «B» skupino (N=50) sestavljajo izpraševanci, ki so tudi imeli več z vojno izvanzemaljskih traumičnih doživetji, toda niso živeli na področju, ki bi bilo zajeto z genocidom.

Psihološki inštrumentarij: Vprašalnik traume UT-PTSP, ki ima visoko stopnjo validnosti in reliabilnosti; Profil-indeks emocij (PIE); Cornell indeks-N4,

Za statistično obdelavo podatkov je uporabljen SPSS 10.0 za Windows

Rezultati in diskusija:

Povprečna starost izpraševancev je M=42 let, 68% je bilo ženskega ter 22% moškega spola. Največje število izprašancev je imelo končano osnovno šolo (76%).

Genocidno traumatizirane osebe so imele veliko število težkih traumatičnih dogodkov, katere so težko preživljali ($M=4,56$). Najtežja traumatična doživetja so bila: poboji, uboji, izginotje najbližjih članov družine, 65,0% traumatiziranih je ostalo brez soproga, 66,0% brez očeta, 63,0% brez enega ali dveh sinov, 34,0% brez brata-sestre, 90,0% je ostalo brez enega ali več bližjih sorodnikov, mnogi so ostali popolnoma sami. Pri kontrolni skupini je bilo število traumatičnih doživetij znatno manjše, ta pa preživljajo z manjšo stopnjo teže ($M=2,98$).

Izprašanci ki so preživeli genocid (A skupina), znatno bolj trpijo zaradi močne in uničujoče PTSM, z visokim nivojem stresa ($N=4,21$), kot izprašanci, ki niso bili direktni žrtve genocida. Z največjim indeksom pogostnosti se javljajo simptomi ponovnega preživljanja traumatske izkušnje ($M=4,89$), to pomeni, da se simptomi PTSM, pojavljajo skoraj vsak dan. Pri genocidno traumatiziranih osebah so značajno bolj izražene težave v sferi družbenega funkcioniranja ($p<0,01$).

Genocidno traumatizirane osebe, znatno bolj ($p<0,01$) izražajo neurotične motnje, bolj ($p<0,01$) so anksiozne, depresivne z znatno bolj ($p<0,05$) izraženimi psiho-funkcionalnimi somatskimi motnjami, ter so znatno bolj ($p<0,01$) nezaupljive in sumijo v druge.

Ravno tako imajo genocidno traumatizirane osebe pri emocionalnem funkcioniranju znatno nižji nivo ($p<0,01$) reproduktivno – inkorporativnih sposobnosti, bolj izkazujejo težnjo k socialni introverziji, z značilno bolj ($p<0,01$) izraženo deprivirajočimi in agresivnimi karakteristikami.

Zaključek:

Genocid, kot ekstremna situacija z vsemi svojimi efekti, ki se je zgodil na področju Bosne in Hercegovine, se pri preživelih v genocidu izraža v obliki težke psihične traume.

Preživele žrtve genocida, znatno bolj trpijo za močnimi in uničevalnimi posttraumatičnimi stresnimi motnjami, vse teže se prilagajajo v krogu družine, družbe in se teže spoprijemajo z različnimi življenjskimi problemi.

Žive slike težkih traumatičnih doživetij, pri genocidno traumatiziranih osebah, so tudi danes globoko urezane v spomin in emocionalne sklope. V sebi nosijo žive slike smrti, njihovo življenje je preplavljeno s slikami težkih traumatičnih doživetij. Kako dolgo bo to trajalo, je odvisno od vrste okoliščin, pri večini pa celo življenje in obstaja možnost, da se bo to prenašalo iz generacije v generacijo.

Ključne besede: Genocid, psihična trauma, PTSM,

Fusnota: delo je bilo predstavljeno na Prvem kongresu psihologov, Sarajevo. Januar 2009.

Literatura:

Figley R (1978) Symptoms of Delayed Combat Stress among a College Sample of Vietnam Veterans. *Military Medicine*, 143

Op den Velde W, Falger P, Hovens J, de Groen J, Lasschuit L, Ven Duijn H and Schouten E. Posttraumatic Stress Disorder in Dutch Resistance Veterans from World War II. Wilson J and Beverley R (editors): International handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press, 1993; 305-310

Samasundaram D. Psychiatric Morbidity Due to War in Northern Sri Lanka. Wilson J and Beverley R (editors): International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press, 1993; 333-347

- 88 ■ Weine S et al (1995) Psychological consequences of "Ethnic Cleansing" Clinical Assessments and Trauma Testimonies of Newly Resettled Bosnian Refugees. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 4, 536-542.

The clinic studies of the traumatized displaced persons from Cambodia, Vietnam, Laos, people of Central America (Weine et al, 1995), Bosnia and Herzegovina (Hasanović, 2002; Selimbašić, 2003) have showed strong correlation between traumatic experience and mental consequences, correlation with the development of PTSD.

Aim: to examine whether the people traumatized by genocide experience traumatic experiences more difficult and whether they suffer from the devastating posttraumatic stress disorder more than other people traumatized by war.

Sample: "A" group (N=100), consisting of respondents who survived genocide and the control group "B" (N=50) consisting of respondents who have also experienced more traumatic experiences caused by war, but have not lived in an area engulfed by genocide.

The psychological instruments: The UT-PTSD trauma questionnaire, which has a high degree of validity and reliability; EPI (Emotions Profile Index); the N4 Cornell Index.

For the statistic analysis the SPSS 10.0 software application for Windows was used.

The results and exposition:

The average respondent was 42 years of age ($M=42$), 68% of them were women, and 32% were men. Most of the respondents had only attended and finished primary school (76%).

The people traumatized by genocide had had a lot of traumatic experiences, which they had struggled to overcome ($M=4.56$). The most difficult traumatic experiences had been deaths, murders, loss of the closest members of the family (65.0% of the people who suffered a trauma had lost their spouses, 66.0% had lost their fathers, 63.0% had lost one or two sons, 34.0% had lost either a brother or a sister, 90.0% had lost one or more close cousins). Many of the people who suffered a trauma are now left alone. The number of traumatic experiences with the control group had been significantly lower, and they had experienced them with less difficulty ($M=2.98$).

The respondents who survived the genocide (A group), suffer much more from devastating PTSD, having high level of stress ($N=4.21$), than the respondents who were not direct victims of the genocide. The symptoms of the trauma reexperience is most common ($M=4.89$), which means that the symptoms of PTSP occur almost every day. With the people traumatized by the genocide the difficulties in functioning socially are significantly more expressed ($p<0.01$).

The people traumatized by the genocide display neurotic disorders much more ($p<0.01$). The disorders are anxiety and depression with significantly more ($p<0.05$) expressed psycho-functional somatic discomforts, and the people are much more distrustful and suspicious towards others.

Moreover, the people traumatized by the genocide have significantly lower level ($p<0.01$) of reproductive – incorporative capacities in emotional functioning, they display aspiration for social introversion, with much more expressed ($p<0.01$) depressive and aggressive characteristics.

Conclusion:

The genocide, as an extreme situation with all its effects, which happened in Bosnia and Herzegovina, manifested itself through a big psychological trauma to those who survived it.

The victims who survived the genocide suffer much more from a severe and devastating posttraumatic stress disorder, it is more and more difficult for them to conform to the family life, society; and they have more problems coping with different life problems.

Live images of heavy traumatic experiences with the people traumatized by the genocide are deeply carved into their memory and emotional system even today. Deep down they carry live images of death; their lives are overwhelmed by the images of heavy traumatic experiences. How long will this go on? It depends on a number of circumstances. For most of them it will last for the rest of their lives, and this might be passed from generation to generation.

Key words: Genocide, Psychological trauma; PTSD

Footnote: The work was presented at the First Congress of Psychologists in Sarajevo, in January 2009.

Bibliography:

Figley R (1978) Symptoms of Delayed Combat Stress among a College Sample of Vietnam Veterans. *Military Medicine*, 143

Op den Velde W, Falger P, Hovens J, de Groen J, Lasschuit L, Ven Duijn H and Schouten E. Posttraumatic Stress Disorder in Dutch Resistance Veterans from World War II. Wilson J and Beverley R (editors): International handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press, 1993; 305-310

90 ■ Samasundaram D. Psychiatric Morbidity Due to War in Northern Sri Lanka. Wilson J and Beverley R (editors): International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press, 1993; 333-347

Weine S et al (1995) Psychological consequences of “Ethnic Cleansing” Clinical Assessments and Trauma Testimonies of Newly Resettled Bosnian Refugees. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 4, 536-542.

■ *dr. Slobodan Pavlović

Slobodan Pavlović, rojen je dne 07.04.1937. Študij psihologije je končal na Filozofski fakulteti – oddelek za psihologijo na Univerzi v Ljubljani. Magistriral je na Medicinski fakulteti, Univerze v Tuzli, doktoriral na Filozofski fakulteti – oddelek za psihologijo, Univerzie v Sarajevu. Do začetka vojne v BiH, je bil zaposlen kot psiholog v Koksno kemijskem kombinatu v Lukavcu. Po končani vojni do upokojitve dela na Psihiatrijski kliniki UKC Tuzla, danes pa vodi zasebno ordinacijo za Klinično in industrijsko psihologijo v Tuzli.

Končal je edukacije, poseduje: Certificat za delo s traumatiziranimi otroci, adolescenti in odraslimi; Organizator in izvajalec: Universitey of Missouri - Columbia, School of Medicine; Department of Psychiatry & Neurology; Kompletten trening tečaj iz traumatske psihologije na Univerziteti v Missouri – Columbia v ZDA; Certificate completed the course in supervision methods arranged by the Psychiatric clinic, Sahlgrenska University Hospital in Gethenburg.

Tekom vojne, je začel z raziskavami na področju psihične traume (tudi danas nadlujuje delo na tem področju), kar je bila zadeva magisterskega in doktorskega dela. Do sedaj je objavil, ali se udeležil na kongresih in simpozijih, z 51 deli kot avtor ali soavtor, od tega 14 v tujini (Hrvaška, Slovenija, Italija, Francija, Turška, Pakistan, Švedska).

Dolgoletni sodelavec Inštituta za zaščito pri delu Sarajevo, Univerze v Sarajevu, pri izdelavi eleborata za delovna mesta s posebnimi pogoji dela in delovna mesta za skrajšanje delovnega časa (Rudniki Pljevlja; Koksara Lukavac); Dolgoletni sodelavec Instituta za zaščito v Tuzli (delo na elaboratih za utrjevanje delovnih mest s posebnimi pogoji dela).

V prejšnjem obdobju opravlja različne dolžnosti v Društvu psihologov BiH in Jugoslavije (Predsednik društva psihologov BiH; član Izvršnega odbora Društava psihologov Jugoslavije; danes član društva psihologov FBiH).

■ ***Slobodan Pavlović, Ph.D.**

Slobodan Pavlović was born on April 07th 1937. He has graduated in psychology from Liberal Arts College – Department of Psychology at Ljubljana University. He has received his MSc degree at the School of Medicine at the University of Tuzla. He has got a PhD at the Liberal Arts College – the Department of Psychology, at the University of Sarajevo. Until the outbreak of the War in Bosnia and Herzegovina he had worked as a psychologist at the Lukavac Coke Plant. After the war he worked at the Psychiatry Clinic (at the Tuzla University Clinic Centre) until he retired. Today he runs his own practice for Clinic and Industrial Psychology with the office in Tuzla.

He has received education and has held a Certificate for work with traumatized children, adolescents, and adults. He has been an organizer and presenter at the University of Missouri – Columbia, School of Medicine; Department of Psychiatry & Neurology. He completed a course in traumatic psychology at the University of Missouri – Columbia, the USA

During the war, he starts the researches into the psychological trauma (and he is still working on it), which was the subject of his Master's and doctoral theses. So far, he has published, or participated at congresses and symposiums with 51 works as the author or co-author, of which he presented 14 abroad (Croatia, Slovenia, Italy, France, Turkey, Pakistan, Sweden).

He has been a long-time Sarajevo and Tuzla Safety at Work Institute associate doing elaborations on the positions requiring special work conditions and positions requiring shorter working hours

He used to hold different positions with the Association of Psychologists of Bosnia and Herzegovina, as well as Yugoslavia (he was president of the Association of Psychologists of Bosnia and Herzegovina, and a member of the executive board of the Association of Psychologists of Yugoslavia. Today he is a member of the Association of the Psychologists of the Federation of Bosnia and Herzegovina.

Proste teme

Free Topics

Predsedujoča:

Silvo Lipovšek, dr. med.
dr. Milena Senica Verbič, dr.med.

Sodelujoči

Ivan Ramšak, dr. med.
dr. Ciril Godec, dr. med.

Vloga zdravilstva v avstrijskem zdravstvenem sistemu

The Role of Homeopathic Medicine in Austrian Healthcare System



Ivan Ramšak*

Avstrijski zdravniki imajo že nekaj desetletij dolgo tradicijo razvijanja komplementarnih načinov zdravljenja.

Za primer naj navedem akupunkturo, prvi priznani način zdravilstva v medicinski praksi. Leta 1943 je bilo ustanovljeno Francosko zdravniško društvo za akupunkturo. Okoli leta 1950 je prišlo do stikov med avstrijskim zdravnikom dr. Bischkom in francoskim strokovnjakom za akupunkturo de Fuyeom. Že leta 1954 je dr. Bischko ustanovil prvo avstrijsko akupunktурno društvo, ki mu je predsedoval vse do leta 1989. Leta 1958 so dr. Bischku ponudili vodstvo akupunkturne ambulante v dunajski bolnišnici, kjer je s sodelavci poslej skrbno zbiral podatke ter beležil izkušnje in rezultate, dosežene z akupunktturnim zdravljenjem. Leta 1965 so dunajski zdravniki tako uspešno predstavili rezultate na mednarodnem kongresu akupunkture, da je poslej Dunaj veljal za evropsko središče na tem področju.

Za prodor akupunktturnega zdravljenja v zavest javnosti je bilo potrebno še nekaj let. Šele leta 1972 sta namreč dr. Bischko in dr. Petriček izzvala širšo pozornost javnosti z elektrostimulacijo akupunktturnih točk, ki je nadomestila anestezijo pri javni operaciji odstranitve mandeljnov. Postopek je bil ponovljen več kot 300-krat. Profesor Bischko je leta 1980 postal predavatelj akupunkture na dunajski medicini.

V Avstriji zdravilstvo dolgo ni bilo ustrezno zakonsko regulirano. Na Koroškem je leta 1988 na pobudo dr. Stossierja prišlo do ustanovitve Referata za alternativno medicino pri Zdravniški zbornici. Leta 1996 je sledilo preimenovanje v Referat za

komplementarno medicino (KoM). S tem je bila ustreerne poimenovana funkcija zdravilstva, saj gre za dodatne možnosti zdravljenja na osnovi univerzitetne medicinske izobrazbe. Pojem "alternativna" bi bil lahko napačno razumljen kot potreba po odločitvi med uradno medicino in zdravilstvom. Pojem KoM pomeni, da zdravnik najprej uporabi vse postopke uradne medicine: anamnezo, radiološke in laboratorijske preiskave itd. in šele potlej poseže po preizkušenih in priznanih zdravilskih metodah, kar pomeni, da se konvencionalna medicina in zdravilstvo uporablja vzporedno.

Naloge tega Referata so:

- integracija KoM v sklop moderne uradne medicine
- zagotovitev in nadzor nad kakovostjo zdravniških izobraževanj
- zastopanje KoM zdravnikov v javnosti in v uradnih zdravniških gremijih
- jasna zamejitev od vseh načinov nezdravniškega zdravilstva
- kontaktni gremij ministrstva za izvedenska mnenja o KoM vprašanjih.

96 ■

Leta 1990 je tudi Avstrijska zdravniška zbornica uvedla Referat za KoM. Sestavlja ga 9 članov, po en predstavnik iz vsake od avstrijskih dežel. Predsednik tega referata je hkrati član glavnega odbora Zdravniške zbornice. Najvažnejša naloga referata je ocena ustreznosti kake komplementarne metode in načinov izobraževanja. Uradno priznanje lahko doseže samo tista metoda, ki izpolnjuje vse pogoje. Mora biti

1. moralno in etično sprejemljiva kot zdravniški pristop
2. izobrazba mora biti vsebinsko zaključena, obstajati mora enoten učbenik oz. učni načrt
3. samo zdravniki smejo izobraževati zdravnike

Avstrijska zdravniška zbornica je kot prvo leta 1991 priznala diplomo iz akupunkture. Pravne posledice tega priznanja so naslednje: mogoče jo je navesti na ordinacijski imenski tablici, na žigu in na osebni spletni strani. Na spletni strani Zdravniške zbornice so navedeni vsi absolventi akupunkture.

Pod navedenimi pogoji je od leta 1990 10 načinov zdravilstva z ustrezeno diplomo doseglo status priznanja Zdravniške zbornice:

1. akupunktura (1991) število zdravnikov z diplomo (ŠDZ) 3547
2. manualna medicina/kiropraktika (1992) ŠDZ 2046
3. homeopatija (1994) ŠDZ 654
4. terapevtska lokalna anestezija (1996) ŠDZ 293
5. F.X. Mayerjeva medicina (1998) ŠDZ 270
6. antropozofska medicina (2001) ŠDZ 51
7. uporabna kineziologija (2004) ŠDZ 47
8. kitajska diagnostika in medicina (2005) ŠDZ 157
9. komplementarna terapija rakovih obolenj (2007) ŠDZ 0
10. ortomolekularna terapija (2007) ŠDZ 68

V Avstriji je približno 20 000 zdravnikov. Kar 7133 jih ima diplome iz zgoraj navedenih področij zdravilstva. Največja prednost takšnega sistema je zaščita pacientov pred samozvanimi laičnimi zdravilci. Zdravniki so namreč odgovorni za svoje postopke, tudi pred sodiščem, laikom pa za njihovo ravnanje ni treba sodno odgovarjati. Žal na univerzah še ni uspelo uvesti KoM v redni medicinski študij.

■ *dr. Ivan Ramšak

Rojen : 7. 12. 1961 v Slovenj Gradcu

Selitev v Avstroijo leta 1967

Matura: 1980, z odličnim uspehom

Študij medicine na Medicinski fakulteti v Gradcu na Štajerskem. Študij končal leta 1988, triletni obvezni staž opravil v Deželni bolnici v Celovcu.

Poroka: leta 1982, oče dveh hčerk.

■ 97

Že leta 1988 sem obiskoval tečaj kiropraktske. Tam sem se učil diagnostike in terapije funkcionalnih motenj hrbtnice in sklepov. Leta 1993 sem opravil diplomo na področju manualne medicine, dodatno pa še istega leta športne medicine. Hkrati sem obiskoval tečaje terapevtske lokalne anestezije, ta študij sem leta 1997 končal z diplomo Avstrijske zdravniške zbornice. Potem sem se lotil učenja akupunkture, opravil vse možne tečaje in v Inštitutu Ludwiga Boltzmann celotedenski praktikum. Leta 1993 sem prvič prišel v stik z gospodom Gerzem, ki je prihajal na Koroško učit uporabno kineziologijo (UK). Ta način zdravljenja je bil med vsemi doslejšnjimi najbolj zahteven in celovit. Po šestih letih izobraževanja sem dobil diplomo Koroške zdravniške zbornice. Leta 1998 sem postal učitelj asistent za UK, dve leti kasneje pa sem kot prvi Avstrijec položil učiteljski izpit, ti. "Diplomate Exam", pri izumitelju UK Georgeu Goodheartu. Leta 2004 je Avstrijska zdravniška zbornica priznala UK kot komplementarno metodo za diagnostiko in terapijo. V osredje vsakdanjega dela se je med drugim pomaknilo zdravljenje z ortomolekularnimi snovmi in tudi na tem področju sem se izobraževal na številnih tečajih. Od leta 2009 sam poučujem ta predmet.

Leta 1996 sem odprl privatno ordinacijo v središču Celovca. Od leta 2001 sem predsednik Avstrijskega društva za uporabno kineziologijo (ICAK). Že 10 let poučujem uporabno kineziologijo v Nemčiji, Švici in Avstriji. Od leta 2006 na dunajski in salzburški univerzi poučujem predmet "Uporabna kineziologija in ostale komplementarne metode zdravljenja". Od leta 2008 sem izvoljeni tajnik svetovnega odbora za uporabno kineziologijo – International Council of Applied Kinesiology.

Je staranje mogoče preprečiti?

Is Aging Preventable?



Ciril Godec*

The life span in US in 1900 was approximately 45 years but by 2008 had increased to 78, due more to improved hygiene and public sanitation than to advances in medical science. The average lifespan was significantly influenced by infant and child mortality, which are linked to infectious diseases and problems with nutrition. Later in adult life, longevity is heavily dependent on cardiovascular problems, cancer, stroke and accidents. The two leading causes of mortality in US are cancer and heart disease, and since 2005 mortality from cancer for the first time has surpassed mortality from cardiovascular diseases.

Today the fastest growing segment of the population is those over 85, especially centenarians, whose number is growing the fastest. The maximum human life span is around 120 years (age at adolescence multiplied by 6). The oldest documented human being was Jeanne Calment who died in 1997 at the age of 122 years 164 days.

We define aging as an accumulation of damage to macromolecules, cells, tissues and organs. Any process that enhances age-related decline in health and performance is a component of the aging process that deserves our attention and possible intervention. Aging is a complex, multidimensional phenomenon. Trying to describe the aging process as "biological age" or "real age" might lead to oversimplification of the aging process. Aging is no longer considered as an immutable fundamental process for which "nothing can be done." Aging is not universal, involving every living creature. Until recently it was considered that genetic mutation can only shorten life span and not increase it. In fruit flies and mice the

genes have been identified which can prolong the life span. Some bio-organisms (jellyfish, lobsters) already now enjoy immortality. So far only in one living creature (salmon) the gene of death has been identified. Currently, the entire human genome is known and a gene for death is not identified for humans.

Can the aging process be reversed or at least slowed down? We are coming closer to an understanding of the aging process itself. The primary aim of a life extension strategy is the application of anti-aging methods in the hope that one lives long enough to benefit from advances in biogenetic sciences when the prevention and cure of aging becomes available. Research bio-gerontologists project this to happen in about 2020.

Most people who wish to achieve older age can do this with simple measures available today. Minimizing free radicals (smoking, sun exposure) and increasing the intake of antioxidants (smart nutrition, micronutrients, exercise) can be achieved with proper education of the general public. Already today with these measures we can extend life expectancy by 20-30%. Since 1980 the movement for life extension started in US introduced the concept that life span can be prolonged, and basic science researchers concentrated their research efforts on tissue regeneration with stem cells, organ replacement and molecular repairs.

Currently the only widely recognized method for maximum life extension is calorie restriction. The restriction of energy intake in an otherwise healthy diet has been documented to extend the life span in almost every species on which it has been tested: yeast, rats, fruit flies and nematodes. In rodents a 50% life extension has been achieved with a 50% reduction of caloric intake. Experiments are in progress with primates, and initial data are already available in humans from the Calorie Restriction Society and from several universities (St Louis; Wisconsin).

There are many potential strategies for life extension (SENS = Strategies for Engineered Negligible Senescence): cell loss to be repaired by a variety of growth factors to stimulate cell division; stimulation of the immune system to remove senescent cells; removal of extracellular debris (amyloid) by vaccination that get immune cells to "eat" the debris; prevention of mitochondrial mutations; the use of gene therapy to delete the genes for telomerase and eliminate telomerase-independent mechanisms for turning normal cells into "immortal" cancer cells (used for cancer, the most lethal consequence of mutations).

In the not so distant future aging will very likely be curable. This does not mean that we will become immortal, for we will die of other diseases or accidents, but dying of aging will be eliminated. At this time my suggestion is that we survive for the next 20 years with strategies available today until we achieve a quantum leap in the basic science of bio-gerontology enabling us to not only prevent but cure the aging process.

■ *dr. Ciril Godec, MD

Dr. Ciril Godec was born in Ljubljana, Slovenija, where he completed medical school in 1963, followed by residency in urology. He performed research on the neurogenic bladder in cooperation with Institute Josef Stefan and Institute for Neurophysiology in Ljubljana. In 1972 he received a Fulbright Scholarship and spent three months as a research fellow in The Department of Urology at Washington University in St. Louis, Missouri. He completed his PhD thesis in Urological Rehabilitation of Neurogenic Bladder in 1975 and became Associate Professor of Urology at University in Ljubljana. In 1975 he emigrated to the US where he completed a second urology residency and in 1979 passed the American Board of Urology. Shortly thereafter he became chief of urology at Hennepin County Hospital, Minneapolis, Minnesota.

From 1983 to the present time he has served as Chairman of the Department of Urology at Long Island College Hospital, New York City, in 1995 he was promoted to Professor of Urology.

100 ■

He has published extensively in peer reviewed journals (101 articles, many of them review articles on urological topics) and has contributed chapters in five urological textbooks. Dr. Godec is currently a reviewer for two most prestigious urological journals: The Journal of Urology and Urology. He has received four NIH grants. He has also published numerous lay articles, mostly on cancer, longevity and lifestyle. Prostate cancer has been his main interest for the last 15 years. He developed and published his new method of performing radical prostatectomy with minimal blood loss. In 2003 he co-edited the seminal textbook Prostate Cancer-Science and Clinical Practice.

For his contributions to urology he received a Lifetime Achievement Award twice, first in 1997 and again in 2008. For over 10 years he has been listed among the Best Doctors in New York and Best Doctors in America. As a teacher and educator for students and residents he was selected twice as Teacher Of The Year.

Najnovejše tehnologije v medicini

Modern Technologies in Medicine

Predsedujoča:

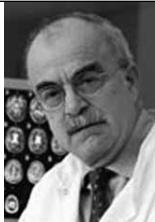
doc. dr. Bojana Žvan, dr.med., primarij
izr. prof. dr. Alojz Pleskovič, dr.med.

Sodelujoči

prof. dr. Mario Grobovshek, dr.med.
dr. David Turk, dr.med.
dr. Joseph Novak, dr.med.
prof. dr. Dušan Pavčnik, dr.med.
David Perše, dr. med.
prof. dr. Mateja de Leonni Stanonik, dr.med.
asist. mag. Zoran Miloševič, dr. med.
doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., primarij

Izkušnje z uporabo 3 T MR aparature v nevroradiologiji in na urgence

Clinical Experience with a 3 T Machine in Neuroradiology and in Emergency



Mario Max Grobovschek*

Since the start up in MR technology in our hospital in 1989 with 1.5 Tesla we worked in the field of clinical neuroradiology in addition to the other modalities (CT, AG etc.). From this time our goal was to have a real 24 hours service, so we had to examine also other patients in emergency with a clinical question to the » neuroradiologists » with MR modality possibilities.

Our daily working time is now extended from 7 30 to 18 00 (tuesday and thursday still from 7 30 to 16 00).

An overview of our work - especially with the 3 T machine - is presented with some remarks to the future of MR !

■ *prof. dr. Mario Max Grobovschek, M.D.

Dr. Mario Max Grobovschek is Head of the Institute of Radiology and of the MRI Institute at the Christian-Doppler-Klinik (CDK) Salzburg, Primarius and Univ.-Professor Doctor of Medicine.

Born in Graz, Austria, Dr. Grobovschek earned his M.D. degree at the Karl Franzens University in Graz in 1971, followed by externships in the USA, France, Slovenia and Austria.

He received his Jus practicandi in 1974. In 1975 – 76 he was an Assistant Doctor at the pathological Institute of Salzburg General Hospital, and then a Assistant Doctor at the Radiological Institute at the CDK Salzburg from 1976 to 1980.

During this period he did courses of training in France, the USA, Germany and Austria. In 1980 he qualified as a radiologist. In 1981 he received a Diploma in Oto-neuro-ophthalmological Radiology after studies at the Universities of Nancy and Strasbourg in France. In 1989 he became Head of the Institute of Radiology at the CDK Salzburg, and was named Assistant Professor of the University of Vienna.

Dr. Grobovschek's principal interests are in Neuroradiology : skull base, stroke diagnostic and intervention and in education in medicine and in postgraduate learning, practical oriented and multimedia-aided. In the interest of efficient administration he received a Diploma in Economical Management in Hospitals at the University of Economics in Vienna 1997.

With Prof. Dr.E.G.Klein , Center of Neurointervention at the University of Graz we are trying to develop more

communication concerning neuroradiology in middle european countries " Alpe Adria Area "!

Zasebna urološka praksa v ZDA

Private Practice Urology

■ 105



David Turk*

Introduction: Urology is an evolving branch of medicine with novel technologies. Although many urologists practice in a university setting, private practice urology in the United States of America is thriving. The goal of this presentation is to present an innovative urologic practice and the cutting edge medicine associated with private practice.

Methods: Southwest Urology is located in the suburbs of Cleveland. The practice consists of 8 active urologists. In addition, there is a pathologist, a nurse practitioner, and a physician assistant. The corporation also maintains a radiology center, laboratory, and outpatient surgery center located in the same building that houses the private practice. Recently, the group joined forces to create a cancer center with a full time radiation oncologist. Major surgery is performed in the hospital setting with emphasis on minimally invasive surgery, including robotic surgery, laser surgery, and endoscopic surgery.

Results: Southwest Urology is a thriving practice in the suburbs of Cleveland. Our practice allows for full service care. Robotic and laparoscopic surgery provides short hospital stays as well as prompt return to activity. Laser surgery allows patients to undergo surgery under local anesthesia and return to work immediately with minimal side effects. State of the art Image-Guided Radiation Therapy allows for more precise cancer control without harmful side effects. Outcomes and patient satisfaction are very important to maintaining a strong presence in the market. Referrals and word of mouth are an integral part of the survival of the practice.

Conclusion: The goal of private practice urology is to provide superior service, better medicine, and highest quality outcomes for all our patients. Patient satisfaction drives business. By providing the highest level of care, patients are more likely to provide "free advertising." Free-market medicine allows patients to choose their physician, and this ultimately promotes better medical care.

106 ■

■ ***dr. David Sylvester Turk, M.D., F.A.C.S.**

David Sylvester Turk, M.D. is a Slovenian-American urologist in practice in Cleveland, Ohio. Dr. Turk is a diplomate of the American Board of Urology and a Fellow of the American College of Surgeons.

Dr. Turk earned a Bachelor of Arts degree in Sociology at the University of Cincinnati. He went on to study medicine at the Medical University of Ohio at Toledo. His research background includes work at the Yale University School of Medicine in New Haven, Connecticut. He then entered General Surgery Residency followed by Urology Residency at Case Western Reserve University in Cleveland, Ohio.

Dr. Turk is an Assistant Clinical Professor of Urology at Case Western Reserve University. He is a partner in Southwest Urology, Inc. in Cleveland, Ohio.

Dr. Turk is currently the Chairman of Surgery at Medina Hospital, a Cleveland Clinic Hospital. He heads the robotics program at Southwest General Hospital and he is a national instructor of robotic surgery for Intuitive Surgical, Inc. He is also the Medical Director for Biolitec, Inc.

Dr. Turk is married to Jernejka Turk and has 4 children, Andrej, Matej, David, and Peter.

Personal history:

Date of Birth: April 10, 1968 - Place of Birth: Cleveland, Ohio

University:

University of Cincinnati Cincinnati, Ohio - 1986-1990, Bachelor of Arts, Sociology

Graduate education:

Medical College of Ohio, Toledo, Ohio 1990-1994, Doctor of Medicine

Research:

Yale University School of Medicine Department of Pediatrics 1991

Graduate training:

General Surgery Residency, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, 1994-1996

Graduate training:

Urology Residency, Case Western Reserve University, 1996-2000

Board certification:

Diplomate, American Board of Urology - Certified, February 2002

Employment:

Southwest Urology, Inc. 6900 Pearl Road

Middleburg Heights, Ohio 44130 Partner, Private Practice of Urology

Licensure:

Ohio State of Medical Examiners

Hospital affiliations:

Medina General Hospital - Parma Community General Hospital - Southwest General Hospital - Akron General Hospital

Subspecialty intertests:

Robotic Surgery – Certified - Laparoscopic Surgery - Female Incontinence Surgery - Laser Prostate Surgery

Professional societies:

American Urological Association - North Central Section American Urological Association - American Lithotripsy Society - American Medical Association - Cleveland Urological Society - Academy of Medicine – Cleveland - Northern Ohio Medical Association - Ohio State Medical Association - Fellow, American College of Surgeons - International Society for Clinical Densitometry

Awards:

October 31, 2007 Thirlby Award for Best Presentation - North Central Section - American Urological Association Annual Meeting - "Laser Vaporization of the Prostate Under Local Anesthesia in an Office Setting"

Ginekološka citologija: od (Pap)anicolau to (Pap)illoma virusa

Gynecologic Cytology: From (Pap)anicolau to (Pap)illoma Virus

108 ■



Joseph Novak*

Rak materničnega vratu je druga najpogostejša oblika raka na svetu (tako za kom na dojki), v nerazvitih državah pa je od vseh obolenj celo najpogostejši vzrok smrti. Po ameriških podatkih je rak materničnega vratu tretja najpogostejša oblika raka pri ameriških ženskah in v Sloveniji je umrljivost v primerjavi z drugimi evropskimi državami se vedno nadpovprečno visoka. Umrljivost zaradi planocellularnega karcinoma na materničnem vratu je bila visoka vse do konca druge svetovne vojne, ko se je uvedel tako imenovani »Pap test.« Do zadnjih deset let so se v citopatologiji za diagnosticiranje omenjenega raka uporabljali izključno konvencionalni razmazi. Z uvedbo nove, tankoplastne priprave citopatoloških preparatov pa se je diagnostika izboljšala, saj nova tehnologija omogoča pripravo enotnih in jasnovidnih tankoplastnih preparatov. Obenem je z novo tehnologijo možno z istem vzorcem testirati za humani papiloma virus (HPV), ki je v bistvu vzrok vsega raka na materničnem vratu. Naknadne raziskave so tudi pokazale, da se je s tankoplastno citopatološko metodologijo znatno izboljšalo odkrivanje nenormalnih celic. Medtem ko avtorji novejših člankov, predvsem iz Evrope, soglašajo, da ta dandanes standardna metodologija v ZDA omogoča boljše ugotavljanje blagih predrakavih sprememb cervikalnih celic, pa obenem nasprotujejo trditvam, da bistveno pripomore k odkrivanju hujših predrakavih sprememb celic na materničnem vratu. Približno deset let nazaj se je v več akademskih centrih v ZDA iztekel ALTS trial, to je spremeljanje negotovih in blagih predrakavih celičnih sprememb z uporabo tankoplastnih citopatoloških preparatov. Rezultati te analize so vodili k splošno sprejetim smernicam, da je za diagnosticiranje te spremembe na materničnem vratu potrebno obvezno testiranje cervikalnih citopatoloških preparatov

za HPV virus, kakor tudi redno pregledovanje in spremljanje patientk. Novost je tudi odkritje cepiva proti HPV virusu, kar bo pripomoglo k dodatnemu znižanju incidence cervikalnega raka. Glede na to, da je v sedanjem cepivu pokrito le nekaj tipov virusa HPV, je potreba po rednem pregledovanju patientk se vedno zelo pomembna. Na vseh področjih medicine, se posebno pa v laboratorijski medicini, je za točno diagnosticiranje in terapevtska priporočila izredno pomembni upoštevanje klinično potrjenih podatkov, seveda pa je najbolj pomembno, da ženske hodijo na redne preventivne ginekološke preglede.

Cervical cancer is the second most common form of cancer worldwide after breast cancer and is the most common cause of cancer death in developing countries. According to American statistics, cervical cancer is the third most frequent gynecologic malignancy in American women, and in Slovenia the mortality from cervical cancer is still relatively high. The death rate from cervical squamous cell carcinoma has fallen significantly since the 1940's when the Pap test was introduced. The conventional Pap smear was utilized exclusively for cervical cancer screening until about ten years ago when thin layer cytology was introduced. Thin layer technology creates a better quality sample with greater uniformity and more clearly visualized cells as well as the ability to perform human papilloma virus (HPV) testing from the same sample. HPV is now known to be the cause of virtually all cervical cancer. Studies have also demonstrated that thin layer methodology significantly increases the detection of abnormal precancerous cells. However, recent studies, primarily from Europe, have challenged this assertion showing that although detection of low grade squamous intraepithelial abnormalities is increased, thin layer technology is no better for detection of high grade squamous intraepithelial abnormalities than the conventional Pap smear. The ALTS trial was conducted at a number of academic centers in the USA in the 1990's utilizing thin layer methodology to determine the appropriate management strategy for women with atypical squamous cells of uncertain significance (ASCUS) and low grade squamous abnormalities. This resulted in the broadly accepted American College of Gynecologists (ACOG) guidelines for managing ASCUS with HPV testing as an adjunct to the Pap test. Since nearly all cervical cancer is associated with HPV, the development of vaccines against HPV is expected to reduce the incidence of cervical cancer. However, this will not obviate the need for regular cervical cancer screening since only certain HPV types are covered with the current vaccine. In laboratory medicine as in other specialties, it is crucial to utilize a data driven approach using clinically validated data for optimal patient care. Of course, it is of even greater importance that women participate in a regular cervical cancer screening program.

■ ***Joseph Novak, dr. med.**

Rojen v Clevelandu, ZDA. Diplomiral na Ohio State University, Columbus, Ohio na področju zoologije. Študiral in zaključil Medicinsko fakulteto v Ljubljani leta 1990. Specializacijo iz anatomske in klinične patologije je opravil v Clevelandu, Mt. Sinai Medical Center, subspecializacijo iz citopatologije pa na University of Florida College of Medicine v Jacksonville-u. Dvanajst let zaposlen v Columbia Hospital v Milwaukeeju, Wisconsin, predstojnik oddelka za patologijo in laboratorijsko medicino in strokovni direktor citopatologije, ustanovitveni partner in podpredsednik privatne skupine patologov North Shore Pathologists, S.C., ki pokriva več bolnic na severni strani mesta Milwaukee.

Nova biološka naprava za transkatetersko zaporo prehodnega foramna ovale interatrijskega septuma v srcu. Študija na živalskem modelu.

New Artificial Bioprosthetic Device for Patent Foramen Ovale Closure in an Animal Model

■ 111



Dušan Pavčnik*

Background: Patent foramen ovale (PFO) is the most common congenital heart disorder and has been successfully treated percutaneously for more than a 15 years and such treatment is becoming more common as indications for PFO closure grow. The permanent implant is expected to persist for the natural life expectancy of some 70 or 80 years in the young recipients. Current permanent implants for closure of a patent foramen ovale (PFO) have a number of possible disadvantages including erosions, thrombus formation, and allergic reactions. The incidence of adverse events may be lower using a bioabsorbable device.

Purpose: To evaluate the feasibility, effectiveness and safety of a porcine small intestinal submucosa (SIS) covered device for the closure of patent foramen ovale (PFO) in swine (Figure1).

Methods: Twelve piglets (9-30 kg) with PFO ranging in size from 6mm to 12mm were used for the in vivo testing .The H- ring device (HRD) consisted of two basic nitinol wire components, a flexible SIS covered ring and an anchor (Figure 2). The HRD was advanced through an 8 Fr sheath from the femoral vein. Nine acute animals were used to test the HRD for deployment, stability, effectiveness of immediate shunt closure), and device repositioning and retrievability prior to or after its detachment. To asses the transcatheter retrievability, four devices were deployed and embolized into the RA (n=2) and LA (n=2). The efficacy of the device was recorded by angiography. ECG was recorded before and after PFO closure. Three of the 12 animals were followed for 6 weeks (n=1), 12 weeks (n=1) and 16 weeks (n=1).

Results: Successful device implantation was achieved in all animals, and no shunting of contrast media was observed in 11 PFOs. The device was easily placed and retrieved in prior to detachment in the nine animals used for acute studies. None of the 17 mm HRDs spontaneously embolized on release or on follow up. Four HRDs that were embolized intentionally were easily retrieved from the RV (n=2) and abdominal aorta (n=2) using an Amplatz goose neck snare or biopsy forceps (Cook Medical). Macroscopic and histologic evaluation of the three long-term animals showed that devices were well incorporated in the atrial septum with complete shunt closure. The HRDs were covered on each side by neointima with endothelial cells. The SIS had already completely remodeled with host cells (endothelial cells, fibroblasts, myocytes) by 16 weeks (Figure 3). ECGs recorded at pre-treatment and post treatment time points demonstrated no arrhythmias.

112 Conclusion: PFO closure with the bioprosthetic H-ring device is feasible, safe, and effective in swine.

Figure 1. Anatomy of patent foramen ovale (PFO) in swine. (A) Right atrial view.: (B) Specimen from the left atrial side. (C) Stretched diameter of the PFO.

Figure 2. Device 17 mm in diameter. (A) HRD attached to the delivery catheter in right atrial view (B) Released device (C) Left atrial view of the device.

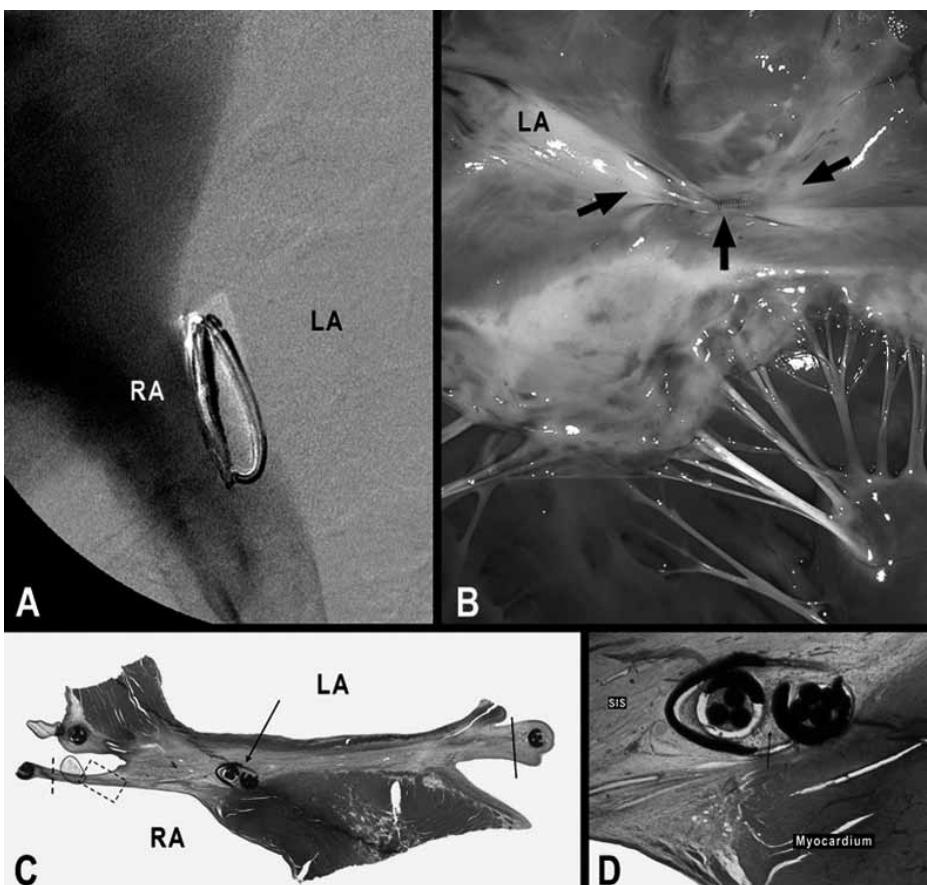
Figure 3. Radiograph, histology and gross anatomy of the heart 4 month after PFO closure. (A) Right atrial venogram with Valsalva (30 mmHg) in lateral view demonstrates good device position with no residual shunt.

(B) H-ring device is completely incorporated into the atrial septum and covered with shiny endocardium with endothelial cells (C) Cross-section of the atrial septum and the H ring closure device demonstrates complete closure of the shunt (Low magnification). Metal parts of the anchor are marked with (arrow). (LA= left atrium, RA=right atrium). (D) Anchor and ring wires and suture are surrounded by connective tissue that blends with the myocardial connective tissue and remodeled SIS. Myocardium is minimally compressed. The remodeled SIS covering (SIS) blends with myocardial connective tissue forming a firm adhesion. (H and E stain, 40x).

■ *prof. dr. Dušan Pavčnik, dr. med

Prof. dr. Dušan Pavčnik je redni profesor in direktor znanstveno raziskovalne enote Dottorejevega intervencijskega instituta na Oregon Health & Science University v Portlandu.

Glavno področje njegovega dela so kateterske preiskave ožilja in intervencijski radiološki posegi. Dr. Pavčnik je leta 1991 na živalskem modelu razvil deluječo umerljivo aortno zaklopko za perkutano transkatetersko vstavitev. S tem je dokazal, da je tak poseg možen. Danes, 18 let kasneje, poteka že kar nekaj kliničnih študij o vstavljanju perkutanih aortnih zaklopk. Trenutno razvija biološko vensko zaklopko za transkatetersko vstavitev v globoke vene spodnje končnine in razvija biološko napravo za transkatetersko zaporo defekta interatrijskega septuma.



Rodil se je leta 1948 v Ljubljani. Na MF v Ljubljani je diplomiral leta 1973. Tu je leta 1988 tudi doktoriral. Leta 1992 je postal izredni profesor. Specializacijo iz rentgenologije je opravil v Ljubljani. Po specializaciji se je zaposlil v Šempetu pri Novi Gorici. Leta 1983 ga je prof. Obrez povabil v Ljubljano na Inštitut za rentgenologijo v KC. Leta 1984-85 je bil na strokovnem izpopolnjevanju na univerzi Harvard v Bostonu in 1990-91, na univerzi Texas v Hustonu. Od leta 1995 živi in dela v ZDA.

Prof. dr. Dušan Pavčnik je avtor in soavtor preko 120 strokovnih in raziskovalnih člankov in 19 poglavij v knjigah domačih in mednarodnih izdaj. Več kot 70 raziskovalnih člankov je objavil v uglednih mednarodnih revijah z indeksom vpliva (science citation indeks). Vseh člankov in poglavij v knjigah je preko 140. Na mednarodno odmevnost njegovega raziskovalnega dela kaže velika citiranost njegovih del (več kot 400 citatov), več kot 100 vabljenih predavanj in veliko nagrad na mednarodnih kongresih. Osem njegovih znanstvenih del je prejelo prvo nagrado. Članek o venski zaklopki je bil izbran kot najpomembnejši članek leta 2004 na kongresu ameriških žilnih kirurgov. Prejel je uredniško medaljo za najboljši članek leta 2001 in 2007 v Journal of Cardiovascular and Interventional Radiology. Je član in Fellow več mednarodnih združenj ter znanstveni recenzent številnih revij s področja intervencijske radiologije. Kot aktivni član Sekcije za rentgenologijo Slovenskega zdravniškega društva je bil njen dolgoletni predsednik (1982-1995).

Zdravljenje ran/hiperbarična terapija

Wound Healing/Hyperbaric Therapy



David F. Perse*

A brief review of wound pathogenesis and current therapy regimens with a special emphasis on Hyperbaric Oxygen Therapy as an advanced wound treatment option. This presentation will provide comprehensive patient and wound assessment information including: medical history, measurements, etiologies and test results. Treatment is determined based on the etiology, history of the wound and wound treatment pathway. Treatments vary such as wound debridement, negative pressure therapy, bio-engineered skin substitutes, and topical dressing applications.

This presentation will also provide sufficient evidence to support the use of hyperbaric oxygen in the adequately perfused chronic non-healing wounds in combination with standard wound care. Hyperbaric oxygen therapy is a medical treatment that increases the amount of oxygen in the patient's blood, allowing oxygen to pass more easily through the plasma into the wounds to heal them. Research shows that patients who have received standard wound care plus hyperbaric oxygen have shown better wound healing rates and fewer amputations in comparison to similar patients treated with standard wound care.

Non-healing wounds can also be managed by optimizing the metabolic requirements of healing, eg protein, trace elements and oxygen. The most frequent common denominator in non-healing wounds is inadequate tissue oxygenation, which impairs healing and host defenses. Correction of such hypoxia by means of hyperbaric oxygen therapy or revascularization results in healing for most patients. Conventional wisdom suggests that oxygen is just a metabolite and therefore

healing, in these circumstances, is simply a reflection of having sufficient oxygen to meet the energy demands of wound repair. However, new evidence indicates that oxygen serves a dual role as both a metabolite and a growth factor. The conceptualization of oxygen as a growth factor has considerable relevance to the field of hyperbaric oxygen therapy. Upon completion of this presentation, the audience should be able to:

- Understand the physiology of wound healing
- Recognize the importance of oxygen gradients
- State the rationale for HBO therapy

■ ***David F. Perse, MD**

■ 115

David F. Perse, M.D., has served as President of Lutheran Hospital a Cleveland Clinic Regional Hospital since 2006. Dr. Perse, a general surgeon who has served on Lutheran's medical staff since 1986, was Vice President of Medical Affairs and Chief of Staff at the 204-bed acute care hospital prior to being appointed President.

A native Clevelander, Dr. Perse graduated from St. Joseph High School, and earned his Bachelor of Science degree in biomedical engineering from Northwestern University and his medical degree from the Ohio State University School of Medicine. He trained at Mt. Sinai Medical Center before joining Lutheran Hospital's medical staff and is a Fellow of the American College of Surgeons with expertise in Surgical Endoscopy, Laparoscopy and Spinal Exposure Surgery. In addition to his role as President, Dr. Perse also serves as the Medical Director of Lutheran Hospital's Wound Healing Center and Cleveland Clinic Regional Director of Wound Care Services.

Dr. Perse serves on the Gordon Square Arts District Campaign Cabinet and has supported initiatives for the Detroit Shoreway neighborhood, Near West Theatre, Transitional Housing and several other community groups. Dr. Perse was also a member of the Cleveland Clinic Board of Trustees and the Cleveland Clinic Western Region Board of Trustees, and had served on the Community West Foundation Board from 1997-2006.

Tehnika dvojne zaščite možganov pri karotidni angioplastiki

Technique of Dual Protection in Carotid Angioplasty with Stenting

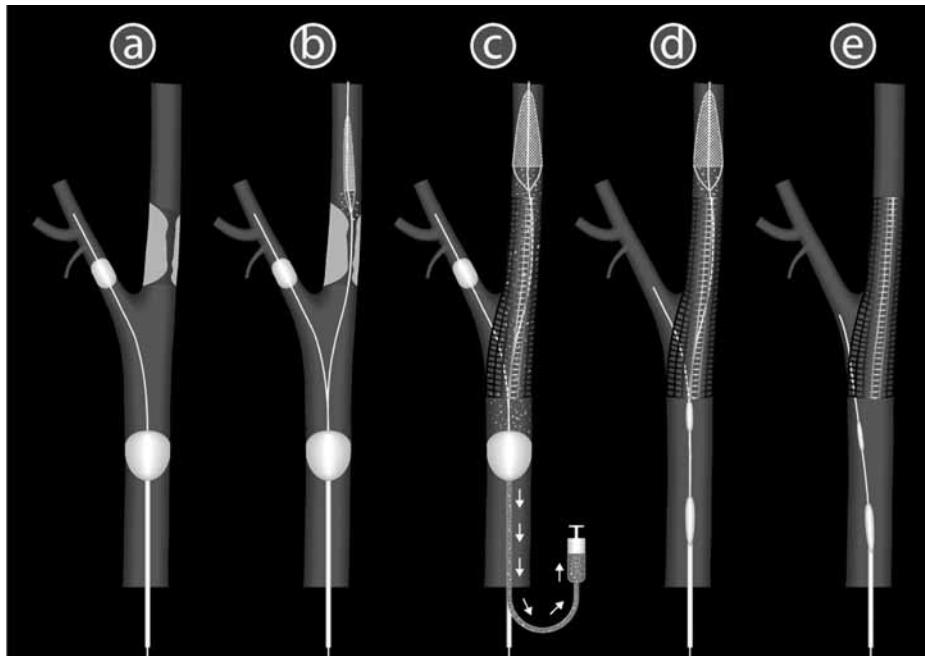
116



Zoran Milošević*

Karotidna angioplastika (KAS) je vse pogosteje uporabljena metoda preprečevanja možganske kapi pri bolnikih s hemodinamsko pomembno zožitvijo notranje karotidne arterije (NKA). Pomembna omejitev metode je možnost distalne embolije med posegom, ki lahko povzroči možgansko kap. Potovanje embolusov v možganske arterije lahko preprečimo z uporabo inštrumentov za zaščito možganov. Inštrumente za zaščito možganov lahko razdelimo v distalne (filter, balon) in proksimalne. Načini delovanja inštrumentov za zaščito možganov so različni. Pri vsakem bolniku izberemo optimalen način zaščite možganov, glede bolnikovo klinično stanje in anatomske razmere obolele NKA. Izključna uporaba enega distalnega ali pa proksimalnega inštrumenta za zaščito možganov je lahko učinkovita pri večini KAS. V primerih, ko imajo bolniki velik, maščoben, aterosklerotski plak, ki povzroča zožitev NKA visoke stopnje, pa obstaja možnost, da uporaba posamičnih zaščitnih inštrumentov ni učinkovita. Zato smo pri teh bolnikih uporabili dvojno zaščito možganom med KAS (Slika1).

Dosedaj smo naredili KAS z dvojno zaščito možganov pri dvanajstih bolnikih. Najprej smo postavili inštrument za proksimalno zaščito možganov MO.MA v skupno in zunanjo karotidno arterijo. Napihnili smo okluzijska balona in preprečili pretok krvi skozi notranjo karotidno arterijo v možgane. Nato smo postavili distalni zaščitni filter v področje distalnega dela NKA nad zožitvijo. KAS s postavitvijo žilne opornice smo naredili v razmerah istočasne uporabe proksimalnega in distalnega zaščitnega inštrumenta. V vseh primerih smo dosegli dober rezultat KAS brez zapletov.



Z uporabo tako distalnih, kakor tudi proksimalnih zaščitnih inštrumentov istočasno lahko povečamo učinkovitost zaščite možganov med KAS pri bolnikih z velikimi aterosklerotskimi plaki, ki imajo velik potencial za distalno embolijo.

■ *asist.mag. Zoran Miloševič, dr.med.

Rojen: Julij 18, 1964 v Murski Soboti, Slovenija

Izobrazba:

- Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani 1991
- Končana specializacija iz radiologije 1997
- Neuroradiolog od 2001
- Magisterij znanosti z nalogo Vloga računalniško tomografske angiografije pri bolnikih z možganskimi anevrizmami 2003
- Asistent za področje radiologije od 2003

Znanstveno delovanje: Področje intervencijske in žilne nevroradiologije

Članstva:

- European Association of Radiology
- European Society of Neuroradiology
- Slovenian Society of Radiology
- Slovenian Society of Neurosurgery
- Honorary member of Russian Scientific
- Society of Interventional Radiology and Endovascular Surgery

Sodobna obravnavava bolnika z možgansko anevrizmo

Modern Approach to Patient with Brain Aneurism

118



Bojana Žvan*

Uvod

Nepoškodbena subarahnoidna krvavitev (SAK) velja za urgentno nevrološko bolezni, vzrok za kar 80 odstotkov pa je razpok znotrajlobanske anevrizme, ki povzroča visoko stopnjo umrljivosti in zapletov (1). Neanevrizmatska subarahnoidna krvavitev, vključno z izolirano perimezencefalno SAK, se pojavlja pri približno v 20 odstotkih bolnikov in ima običajno dober izid. Pojavnost v zadnjih 30 letih se ne spreminja in znaša 10,5 zbolelih na 100.000 prebivalcev letno (1, 2). V Sloveniji je leta 1997 utrpeло subarahnoidno krvavitev zaradi razpoka anevrizme 283 bolnikov (2). Pojavnost narašča s starostjo, srednja starost je 55 let. Tveganje pri ženskah je 1,6-krat večje kot pri moških. Povprečna stopnja umrljivosti je 51-odstotna, ena tretjina preživelih potrebuje oskrbo vse življenje. Večina bolnikov umre v prvih dveh tednih (10-odstotna umrljivost), 25 odstotkov pa jih umre v 24 urah po dogodu (3).

Dejavniki tveganja

Glavni dejavniki tveganja so kajenje, arterijska hipertenzija, alkoholizem in uživanje kokaina. Veliko tveganje zanjo imajo osebe s pozitivno družinsko anamnezijo v najbližji sorodstveni zvezi. Tveganje za razpok anevrizme je odvisno od njene lokacije in velikosti (4).

Diagnoza

Na subarahnoidno krvavitev vedno pomislimo pri bolniku z nenadnim hudim glavobolom, ki ga opiše kot najhujšega v življenju. Spremljajo ga slabost, bruhanje, bolečine v vratu, fotofobija in včasih izguba zavesti. Klinični pregled pokaže meningizem, lahko retinalno krvavitev, kvantitativno motnjo zavesti in žariščne nevrološke znake (4). Odkrijemo lahko tudi okvaro III. možganskega živca (anevrizma zadnje komunikantne arterije), okvaro VI. možganskega živca (povečan znotrajlobanjski tlak), obojestransko ohromelost spodnjih udov ali abulijo (anevrizma sprednje komunikantne arterije) in kombinacijo hemipareze in afazije ali vidnega prostorskega zanemarjanja (anevrizma srednje možganske arterije). Pri 40 % bolnikov je glavobol edini simptom subarahnoidne krvavitve. Nekateri bolniki so zmedeni in imajo epileptični napadi. Računalniška tomografija možganov (CT) je pri bolniku s sumom na subarahnoidno krvavitev izbirna preiskava, saj jo odkrije pri vseh bolnikih v 12 urah in pri 93 odstotkih v 24 urah od začetka simptomov. S CT preiskavo odkrijemo tudi morebitno znotrajmožgansko krvavitev, hidrocefalus, možganski edem in predvidimo lokalizacijo razpočene anevrizme. Predvidimo lahko žilni spazem, ki je napovednik za slab izid bolezni. Občutljivost te preiskave se zmanjša v 7 dneh za 50 odstotkov. Bolnika, pri katerem sumimo na subarahnoidno krvavitev in čigar CT možganov je negativna, moramo lumbalno punktirati. Krvavitev potrdimo, kadar izteka cerebrospinalni likvor pod zvečanim tlakom, se v štirih epruvetah ne zbistri, so v likvorju sveži eritrociti in kadar je test na ksantohromijo pozitiven.

Naslednja stopnja diagnoze je CT angiografija (CTA) ali digitalna subtraktijska angiografija (DSA) (3).

Zdravljenje

Pri vseh bolnikih s subarahnoidno krvavitijo je nujna takojšnja diagnostika in zdravljenje. Priporočamo sprejem v enoto intenzivne medicine (EIM). V tej enoti preprečujemo ponovno subarahnoidno krvavitev, vazospazem ter zdravljenje drugih nevroloških in internističnih zapletov.

Trenutno imamo na izbiro dva načina zdravljenja možganskih anevrizem: starejši in ustaljen nevrokirurški in novejši endovaskularni način z zankami. Endovaskularno zdravljenje je zadnjih 15 let uspešna alternativna metoda (5). Med zdravljenjem specialist interventne radiologije izpolni notranjost anevrizme s platinastimi zankami, ki jih lahko loči od vodila z elektrolizo ali mehansko. Zanke anevrizmo embolizirajo in tako izključijo iz krvnega obtoka. V uporabi so tudi zanke iz drugih materialov, na primer iz poliglikolne kisline ali prevlečene s hidrogelom. Po endovaskularnem zdravljenju so pri bolnikih leto dni po posegu ugotovili manj onesposobljenosti v primerjavi z operiranimi. Tveganje za epilepsijo je manjše, tveganje ponovne subarahnoidne krvavitve pa je pri endovaskularno zdravljenih bolnikih večje. Vse anevrizme niso enako primerne za obe metodi zdravljenja, zato se je treba odločati posamezno in upoštevati različne dejavnike: bolnikovo starost in

klinično stanje, mesto anevrizme, njene morfološke značilnosti in topografsko razmerje z drugimi arterijami. Endovaskularni način zdravljenja je postal izbirna metoda za zdravljenje bolnikov z naključno odkritimi, nerupturiranimi anevrizmami.

Sklep

Endovaskularni način zdravljenja možganskih anevrizem, tako rupturiranih kot nerupturiranih, postaja vse bolj uveljavljen način zdravljenja. Ta način ni preprosta zamenjava za nevrokirurško zdravljenje, temveč sta obe komplementarni. O načinu zdravljenja odloča na Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani nevrološko-nevroradiološko-nevrokirurški konzilij, ki pri odločitvi upošteva smernice (3) in organizacijo dela na posameznih kliničnih oddelkih, ki sodelujejo v obravnavi bolnikov z možgansko anevrizmo.

120 ■

Literatura

1. van Gijn J, Rinkel GJ. Subarachnoid haemorrhage: diagnosis, causes and management. *Brain*, 2001; 124: 249-78.
2. Žvan B, Zaletel M, Meglič B. Smernice antitrombotičnega zdravljenja možganskožilnih bolezni. V: Tetičkovič E, Žvan B, ur. Sodobni pogledi na možganskožilne bolezni. Obzorja: Maribor, 2003: pp 105-8.
3. Žvan B. Priporočila za endovaskularno in kirurško zdravljenje možganskih anevrizem. V: Švigelj V, Žvan B. Akutna možganska kap II: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce. Ljubljana: Boehringer Ingelheim Pharma, 2007;117-86.
4. Suarez JI, Tarr RW, Selman WR. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *NEJM*, 2006; 354: 387- 96.
5. Molyneux AJ, Kerr RS, Yu L-M in sod. International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised comparison of effects on survival, dependency, seizures, rebleeding, subgroups, and aneurysm occlusion. *Lancet*, 2005; 366: 809-17.

■ *doc.dr. Bojana Žvan, dr. med., primarij

Znanstveno-raziskovalno delo

Znanstveno delam na področju možganskožilnih bolezni, avtonomnem živčnem sistemu, barvni dopplerski angiosonografiji vratnih in znotrajlobanjskih arterij, monitoringu znotrajlobanskih krvnih žil s transkranialnim Dopplerjem, detekcije embolov, primarne in sekundarne preventive možganske kapi in migrene. Svoje znanstveno delo objavljam v revijah, ki jih indeksira SCI in v revijah z eks-temno recenzijo. Bila sem sourednica več domačim in tujim publikacijam (Zborniki

predavanj), ki so izšle na mednarodnih in domačih kongresih, poleg tega pa redno aktivno sodelujem na domačih in tujih simpozijih. Sodelovala sem pri publiciraju več učbenikov, poljudnih knjig in člankov. S strokovnimi temami redno sodelujem v medijih, tako v časopisih, radiju in televiziji.

Bila sem sodelavka v znanstveno-raziskovalnem projektu MZT-RS: Nevrobiologija - Funkcija avtonomnega živčevja pri človeku v normalnih in patoloških razmerah, Regionalni možganski pretok krvi in funkcija avtonomnega živčevja pri bolnikih s postkomocijskim sindromom, v znanstveno-raziskovalnem projektu MZT-RS: Nevrobiologija - Funkcija avtonomnega živčevja pri človeku v normalnih in patoloških razmerah; Intracerebralna vazomotorna reaktivnost pri bolnikih z avtonomnimi motnjami, v znanstveno-raziskovalnem projektu MZT-RS: Prognostični dejavniki infertilnosti II in pri raziskovalnem projektu MNZ-RS: Nevrobiologija - Delovanje avtonomnega živčevja pri človeku v normalnih in patoloških razmerah: Možgansko-žilna reaktivnost in delovanje avtonomnega živčevja pri človeku v normalnih in patoloških razmerah. Bila sem nosilka raziskovalnega projekta na MNZ-RS Srce in žilje "Vpliv statinov na karotidno in koronarno srčno bolezni" in Raziskava evociranih možganskih pretokov v fizioloških in patoloških razmerah. Bila sem tudi glavna raziskovalka pri različnih kliničnih raziskavah.

Pedagoško delo

Predavala sem na podiplomske izobraževanjih iz Nuklearne medicine - MF v Ljubljani, iz angiologije, splošne medicine in iz psihopatologije. Še vedno pa predavam na podiplomskem študiju Nevrološke vede na MF univerze v Ljubljani ter sodelujem v dodiplomskem pouku na isti fakulteti. Organiziram šolo nevrosoneziologije v RS in različne učne delavnice s področja migrene, nevropsatske bolečine ter preventive in zdravljenja možganskožilnih bolezni. Sem docentka za predmet Nevrologija MF Univerze v Ljubljani, 10 let pa sem bila višji predavatelj na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani.

Strokovno delo

V Republiki Sloveniji in Kliničnem centru sem uvedla in izobražujem diagnostične metode s področja ultrazvoka arterij: barvno Dopplerjevo angiosonologijo, barvno transkranialno duplex sonografijo, power dopplersko sonografijo, transkranialno spremljanje krvnega obtoka v arterijah na bazi lobanje, zaznavanje embolov s TCD, testiranje možganskožilne reaktivnosti in možganskožilne rezerve s TCD »monitoriranjem« arterij na bazi lobanje, sodelovala pri implementaciji endovaskularnih posegov v nevrologiji in zdravljenja možganske kapi s trombolizo. Sodelujem pri številnih smernicah tako s področja možganskožilnih bolezni kot migrene. Na KO VNINT sem ustanovila enoto za možgansko kap. Vodstvene funkcije, članstva in delegatske funkcije:

Bila sem vodja Nevrosonološke dejavnosti na Nevrološki kliniki – KC, vodja oddelka za intenzivno nego na Nevrološki kliniki – KC, vodja specialistične ambulantne dejavnost na KO za Nevrologijo – KC, sem predstojnica Kliničnega oddelka za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, UKC Ljubljana. Bila sem tajnica Nevrološke sekcije SZD in predsednica Združenja Nevrologov SZD. Sem tudi tajnica Sekcije za glavobole Združenja nevrologov SZD, članica delovne skupine za možganskožilne bolezni pri RSKN, članica delovne skupine za ultrasonografijo pri RSKN, članica upravnega odbora Društva za srce, Skupine za implementacijo priporočil za preventivo srčnožilnih bolezni pri Združenju kardiologov Slovenije, članica nadzornega odbora Združenja kardiologov, Strokovnega sveta Združenja za žilne bolezni SZD, predsednica Sekcije za možganskožilne bolezni SZD in predsednica Društva za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni. V tujih združenjih sem članica International Society of Neuroimaging in Psychiatry and Realated Fields, World Federation of Neurology (WFN), European Headache Federation (EHF), American

Institute of Ultrasound in medicine (AIUM) ter delegat RS v European Association of Ultrasound in Stroke Council – American Heart Association. Sem namestnica delegata EFNS za Slovenijo (European Federation of Neurological Society) in Slovenski delegat v Scientific Pannel of Stroke pri EFNS, v Scientific Pannel of Neurosonolgy pri EFNS in delegat RS v International Headache Federation (IHF).

Izobraževanje v medicini

Education in Medicine

■ 123

Predsedujoči

prof. dr. Zmago Turk, dr.med., prim.

Sodelujoči

prof.dr. Ivan Krajnc, dr.med.

doc.dr. Zlatko Fras, dr.med.

akad.prof.dr. Matija Horvat, dr.med.

Kristijan Jejčič

Ronald Chufo

prof.dr. Dušanka Mičetič Turk, dr.med.

Silvo Lipovšek, dr. med.

Izobraževanje medicincev v bolonjskem procesu

Education of Medical Workers in Bologna Process



Ivan Krajnc*

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru je univerzitetna ustanova z mednarodno primerljivim in uveljavljenim dodiplomskim študijskim programom, z najsoobnejšimi oblikami posredovanja znanj in izkušenj ter s kakovostnim znanstvenoraziskovalnim in publicističnim delom. MF UM je bila ustanovljena z Odlokom o preoblikovanju Univerze v Mariboru, ki ga je soglasno sprejel Državni zbor Republike Slovenije 2. oktobra 2003. Svet za visoko šolstvo Republike Slovenije je 3. decembra 2003 potrdil univerzitetni študijski program »Splošna medicina« in razpisal prvi 80 študijskih mest. Prva generacija študentov se je tako vpisala v študijskem letu 2004/2005.

Medicina je v zadnjih letih doživelu izjemno hiter napredek, ki se kaže na številnih področjih, s katerimi je medicina tesno povezana. Neizogibna prepletost medicine z naravoslovnimi, humanističnimi, tehničnimi in drugimi dejavnimi znanosti je privedla do tehnološkega napredka, ki ga na ožjih specializiranih področjih lahko obvladujejo le strokovnjaki z ustreznim večdisciplinarnim znanjem. Tudi to je narekovalo ustanovitev podiplomskega študija Biomedicinska tehnologija, ki ga doslej v Sloveniji nismo imeli. Podiplomski študijski program Biomedicinska tehnologija je bil potrjen na Svetu za visoko šolstvo RS 15. 4. 2005 in 27. 10. 2006 nekoliko spremenjen ter obogaten z novimi vsebinami.

Pred vrati je vpis šeste generacije študentov, ki bo študij začela po prenovljenem enovitem magistrskem študijskem programu »Splošna medicina«, ki sledi zahtevam bolonjske deklaracije. Študijski program je mednarodno primerljiv in omogoča mednarodno izmenjavo študentov in profesorjev (npr. po programih Erasmus,

Tempus in drugih) z medicinskimi fakultetami znotraj Evropske unije. Doslej smo na MF UM podpisali ustrezne dogovore o sodelovanju s fakultetami in univerzami; med njimi so Aachen, Tuebingen, Leipzig, Wuerzburg iz Nemčije, Oulo in Helsinki iz Finske, Debrecen in Pecz iz Madžarske, Praga iz Češke, Trst iz Italije, Gradec in Innsbruck iz Avstrije, Porto iz Portugalske, Tel Aviv in Jeruzalem iz Izraela itd. Uspešno sodelovanje je vzpostavljeno tudi s fakultetami v Veliki Britaniji, Švedski, Španiji, saj smo v sklepni fazi podpisovanja dogоворов. Dvostranske dogovore imamo podpisane z Medicinsko fakulteto iz Toronto v Kanadi in Medicinsko fakulteto Arizona iz ZDA.

Ponosni smo na to, da v študijskem letu 2008/2009 devet študentov opravlja del študija na tujih fakultetah v okviru programa Erasmus, nadaljnjih 14 študentov je bilo na izmenjavi v tujini v okviru mednarodne organizacije IMFSA. V prihodnjem študijskem letu načrtuje študij na tujih fakultetah 16 študentov, še več pa se jih bo udeležilo študijskih izmenjav v času poletnih počitnic.

126

Na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru zagotavljamo ustreznata bazična in klinična znanja, veščine ter vzugajamo študente v smislu visoke etičnosti in za bodočega zdravnika primernega vedenja. Diplomanti MF UM bodo imeli tudi ustrezeno znanje s področja javnega zdravja, medicinske etike in kliničnih spremnosti ter komunikacije, imeli bodo veliko informacij o promociji in rehabilitaciji zdravja. Naši diplomanti – prve pričakujemo že prihodnje leto – bodo po zaključenem študiju sposobni prevzeti samostojno delo zdravnika, saj bodo pridobili znanje, spremnosti in vedenje, potrebno za doseganje visokih standardov medicinske prakse in etike. Z znanstveno raziskovalnim in publicističnim delom pomembno prispevamo k razvoju medicinske in biomedicinske znanosti ter se aktivno vključujemo v procese vseživljenskega učenja in postajamo pomemben generator nadaljnega razvoja ne le Medicinske fakultete in Univerze v Mariboru, temveč tudi Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, ki je naša pomembna učna baza.

Študij poteka v veliki meri po načelih problemsko naravnega učenja (PBL-moduli), na fakulteti teče tudi tutorski sistem. Na fakulteti smo sredi intenzivnih priprav za gradnjo nove fakultete v neposredni bližini Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, kar bo našim študentom pomembno olajšalo študij.

Enovit magistrski študijski program Splošna medicina je sestavljen iz 50 temeljnih predmetov - kamor je vključenih tudi osem modulov PBL (učenje na osnovi obravnavne problema - Problem Based learning) – in dvanajstih izbirnih predmetov. Program obsega 5775 kontaktnih ur. Traja 6 let (12 semestrov), ovrednoten je s 360 kreditnimi točkami ECTS (European Credit Transfer System) in omogoča mednarodno izmenjavo študentov. Študij poteka v obliki predavanj, vaj, seminarjev in v individualni obliki. Študij je pripravljen po načelih ECTS in poteka izključno kot redni študij. Študent bo zaključil študij z vsemi opravljenimi izpiti in opravljenim praktičnim delom. Po uspešno zaključenem študiju bo pridobil študent naslov doktor/doktorica medicine.

Ob peti obletnici obstoja Medicinske fakultete Univerze v Mariboru smo s ponosom pospremili na pot tudi prvo številko strokovne medicinske revije Acta Medico – Biotechnica, ki si bo prizadevala za mednarodno uveljavitev.

Pred nami so številni izzivi, predvsem kakovostna izvedba dodiplomskega in po-diplomskega študijskega programa. Še posebno veliko energije bomo vložili v nadaljnjo izgradnjo naše nove fakultete, ki bo zrasla v neposredni bližini UKC Maribor na Taborskem nabrežju. Lepotica ob Dravi bo za veliko let in generacij študentov dom učenosti, pridobivanja novih znanj in veščin ter bo v ponos nam, ki smo desetletja sanjali novo fakulteto, in študentom ter učiteljem, pa tudi Mariboru in Mariborčanom.

■ *prof. dr. Ivan Krajnc, dekan

Medicinska fakulteta UM
Slomškov trg 15
SI-2000 Maribor, Slovenija
Tel.: 02 23 45 601
Faks: 02 23 45 600
E-mail: mf@uni-mb.si
<http://www.uni-mb.si>



UNIVERZA V MARIBORU
MEDICINSKA FAKULTETA



Financiranje podiplomskega izobraževanja zdravnikov v Evropi v odnosu do farmacije

Financing Undergraduate Education of Medical Workers in Europe in Relationship to Pharmacy

128



Zlatko Fras*

V zvezi z izvajanjem in financiranjem temeljnega (specialističnega), predvsem pa stalnega podiplomskega izobraževanja (SPI) zdravnikov, se pogosto omenja prisotnost najrazličnejših potencialnih navzkrižij (konfliktov) interesov (NI). NI je mogoče v splošnem opredeliti kot pogoje in okoliščine, ki omogočajo, da na profesionalno presojo v zvezi s prvenstvenim vpliva nek pomemben drugotni interes, kot na primer finančna korist ali osebni prestiž. Poudariti velja, da obstoj NI sam po sebi sploh ne pomeni nujno napačnega ravnanja ali povzročanja škode, pa tudi, da na uspešnost preprečevanja potencialne zavedenosti vpletenih v odnose vpliva tudi splošen, konceptualni okvir zaznavanja tveganj in upravljanja z njimi.

V poročilih in razpravah o NI zdravnikov prednjačijo v javnosti zlasti "odnosi" s farmacevtsko oz. industrijami medicinske opreme. Po nekaterih ocenah naj bi bilo v Evropi in ZDA do preko 60% dogodkov, ki jih uvrščamo v okvir SPI, komercialno podprtih s strani industrije. To pomeni, da je takšna podpora v bistvu zelo pomembna za zagotavljanje ustrezne dostopnosti SPI. Pri tem velja nujno in jasno razmejevati med finančno podporo strokovno kakovostnih, na medicini podprtih z dokazi temelječih programov SPI (katerih cilj je učenje zdravnikov o varnih in učinovitih strategijah za zdravljenje) in marketinško naravnanih izobraževalnih aktivnostih. Slednje obsegajo predvsem strategije, ki jih različne industrije ponujajo z namenom informiranja zdravnikov za uporabo novih proizvodov.

Zdravnikovo osnovno poslanstvo je skrb za celovito dobro bolnika. Morebitno sodelovanje in povezanost s farmacevtsko in industrijo medicinske opreme sta sprejemljiva, v kolikor spodbujata izobraževanje in znanstveno-raziskovalno delo,

ne vplivata pa na integriteto in avtonomijo odnosa med zdravnikom in bolnikom. Vsako potencialno NI je potrebno vedno (raz)reševati v prid bolnika, še zlasti pa je nujno, da se zdravnik zavestno in odločno izogne kakršnimkoli koristim, ki bi lahko sledile iz "usmerjenega" predpisovanja zdravil oziroma napotovanja na in izvajanja pod vplivom NI indiciranih diagnostičnih in terapevtskih postopkov. V okviru kakršnegakoli sodelovanja z industrijo mora zdravnik nenehno skrbeti za ohranjanje poklicne avtonomije in dosledno pripadnost znanstveni metodi.

Trije najpomembnejši in trenutno precej široko sprejeti principi za ustrezno razreševanje in preprečevanje NI so: izogibanje, razkrivanje, in razreševanje. Izogibanje NI je najbolj radikalni pristop, in dejansko pomeni pobeg "skušnjavi" (po načelu: izločitev konflikta = izločitev skušnjave), kar pa je pogosto nerealistično in lahko povzroča tudi težko sprejemljive omejitve. Razkrivanje NI je trenutno največkrat uporabljana strategija, s katero sicer odkrito sprejemamo možnost komercialno obarvanega "zavajanja", vendar pa po drugi strani udeležence izobraževanja opozorimo, naj bodo na to možnost pripravljeni. V zvezi z izobraževalnimi dogodki in raziskovanjem je potrebno – ne le bolnikom, tudi organizatorjem dogodkov, in seveda občinstvu - razkritje celotne narave povezanosti z industrijo. Razreševanje NI pomeni upoštevanje s tem v zvezi splošno priznanih in ustreznih pravil, še zlasti vključitev oziroma uporabo neodvisnih recenzentov.

V različnih evropskih državah so glede financiranja podiplomskega izobraževanja zdravnikov uveljavljeni različni sistemi, pravila za preprečevanje vpliva komercialnih interesov pa so prvenstveno namenjena zagotavljanju neodvisnosti programov SPI. Standardi, ki jih je glede komercialne podpore SPI sprejel in nazadnje leta 2007 prenovil UEMS EACCME (EACCME, European Accreditation Council for CME - Evropski svet za akreditacijo SPI), pomenijo trenutno najbolj verodostojen dokument s tega področja na evropski ravni. Obsega tri področja: razkritje komercialne podpore, izjavo vodje izobraževanja in izjavo o razkritju. Ti standardi lahko pomenijo tudi v prihodnje ključen element v omogočanju in zagotavljanju udejanjanja harmonizacije različnih nacionalnih sistemov za urejanje tega področja v Evropi.

Viri

Thompson DF. Understanding financial conflict of interest. *N Engl J Med* 1993;329:573-6.

Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ* 1998;159:960-5.

Baily MA. Harming through protection? *NEJM* 2008;358:768-9.

Anon. EACCME standards for commercial support (2007). Dostopno na URL: <http://www.uems.eu>.

Pardell H. Conflict of interests in CME/CPD. In: Fras Z, Destrebecq F, eds. Building on solid foundations to improve specialist healthcare for European citizens. Part 4. Continuing Professional Development for medical specialists. UEMS Anniversary Conference Book, april 2008. Brussels: European Union of Medical Specialists (UEMS), 2008:35-7.

130 ■

■ *doc.dr. Zlatko Fras, dr.med., FESC

Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana; Komisija za podiplomsko usposabljanje, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, Slovenija; UEMS - Evropska zveza zdravnikov specialistov, Bruselj, Belgija

Rojen 18.8.1963 v Mariboru. Medicino študiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani, diplomiral 1990; v času študija glavni urednik revije Medicinski razgledi (1986-1990). Prejel študentsko Prešernovo nagrado za raziskovalno delo (1988). V začetku poklicne poti se je raziskovalno posvečal področju fiziologije fibrinolize in povezav s telesno dejavnostjo. Leta 1994 od "International Society for Fibrinolysis and Thrombolysis" prejel mednarodno nagrado mlademu raziskovalcu. Leta 1998 opravil specialistični izpit iz interne medicine. Kasneje zaposlen na Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, KO za žilne bolezni, vodja ambulantne dejavnosti od 1999; od 2008 strokovni direktor Interne klinike.

Od 1998 se aktivno posveča preprečevanju srčno-žilnih bolezni. Je nacionalni vodja Programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (od 2001) in predsednik Delovne skupine za preventivo in rehabilitacijo srčno-žilnih bolezni pri Združenju kardiologov Slovenije (od 1999). Od leta 2000 organizira in vodi nacionalni Forum za preventivo srčno-žilnih bolezni ter aktivno sodeluje in vodi raziskave s tega področja.

Od 2001-2004 je vodil skupino za pripravo slovenske metodologije za oblikovanje smernic klinične prakse, ki temeljijo na medicini, podprtji z dokazi. Na področju podiplomskega izobraževanja in usposabljanja zdravnikov pri Zdravniški zbornici Slovenije (ZZS) aktivno sodeluje od 1993. Strokovno in organizacijsko je prispeval k reformnim posodobitvam specializacij zdravnikov - od 1998 je pri ZZS predsednik Komisije za specializacije. Pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov (UEMS) je od 2002 vodil delovno skupino za podiplomsko usposabljanje, aktivno je sodeloval tudi pri vzpostavljivosti evropskega sveta za akreditacijo stalnega podiplomskega izobraževanja (EACCME), od 2006 je predsednik UEMS.

Njegova registrirana bibliografija obsega več kot 240 enot (zabeleženo v podatkovni zbirki COBISS). Član številnih domačih in mednarodnih strokovnih združenj. Je podpredsednik Združenja kardiologov in odgovorni urednik revije Slovenska kardiologija (od 2004). Leta 2001 sprejet kot Fellow of European Society of Cardiology (FESC). Aktivno sodeloval pri oblikovanju vsebine in organizaciji številnih domačih in mednarodnih znanstveno-strokovnih sestankov in kongresov.

Sodoben študij medicine in študenti

Comtemporary Medical Study and Students



Kristijan Jejčič*

Izobraževanje bodočih zdravnikov je izredno odgovorno in zahtevno delo. Naloga je zahtevna zaradi iskanja prave mere med učenjem akademske medicinske znanosti in učenjem medicinske obrti. Na tem mestu velja opozoriti na zavezo evropskih ministrov, da bodo vzpostavili enovit visokošolski prostor. Slednje namreč dodatno poudarja pomen iskanja novih in učinkovitejših načinov visokošolskega izobraževanja na področju medicine, ki bodo temeljila na neki širši, novi, paradigm. Bolonjsko zavezo o partnerskem sodelovanju s študenti je potrebno v tem duhu jemati skrajno resno. Nikakor ne v smislu, da bi študentje prevzemali pobudo na področju določanja potrebnih vsebin izobraževanja, saj za to nimajo ustreznih kompetenc, vendar je smiselnoprisluhniti študentom pri načrtovanju samega poteka izobraževanja. Nedopustna je fakulteta, ki se ne prilagaja željam svojih študentov, ki se ne ozira na potrebe družbe in ki ne da nič na mednarodne tokove razvoja.

Znotraj izobraževalnega sistema moramo izpostaviti vlogo študenta kot nosilca verifikacijske legitimnosti. On je namreč tisti, ki bo moral svoje znanje dokazati zunaj zidov univerze. Osrednja vloga učečega se v postopku samokritike in samocenjevanja univerze ne more in ne sme biti spregledana. Prav zaradi tega ni jasno, kako je možno, da nekatere ustanove vztrajajo na podajanju »podatkov« pred »znanjem«. Nerazumljivo je, da se favorizira golo znanje, pred spremnostmi. Nikakor ne gre oporekati pomenu poznavanja temeljnih medicinskih konceptov, ki morajo biti znani, vendar ni možno črpati kakovostne izobrazbe bodočih zdravnikov samo iz knjig. Neprimerno je izvajati študij medicine, ki študentu ne daje generičnih znanj, saj so prav generična znanja tista, ki odlikujejo sposobnega zdravnika.

Ob hitrem napredku medicinske znanosti ima samo poznavanje nekaterih podatkov mnogo manjšo vrednost kot sposobnost iskanja novih podatkov, kar odlikuje zdravnika z generičnimi znanji.

Razumevanje izobraževalne ustanove kot nakupovalnega središča, ki ponuja samo trenutno aktualne izdelke, je škodljivo in nesmiselno. Potrebno je najti razumno mejo med mladostno revolucionarnostjo in zrelo pragmatičnostjo. Spomnimo naj na dvojnost fakultete kot učiteljice in kot raziskovalke. Tukaj je jasno vidna možnost študentskega raziskovalnega dela. Na velik pomen raziskovanja s strani študentov nakazujejo strokovne razprave, ki poudarjajo pomen »transferja« znanj kot osrednje kvalitete raziskovalnega dela študentov. Velja torej razmisli o uvedbi izbirnih predmetov tudi v obliki raziskovalnih del.

- 132 ■ Problem poučevanja na univerzi je problem okostenelosti. Nekoč aktualna predavanja so preživela. Svojo legitimnost črpajo zgolj iz pedagoške nepismenosti in zgodovinskih tradicij evropskih univerz. Potrebne so spremembe k individualnemu študiju. Trg zahteva zelo specifična znanja, ki jih lahko ima le študent s prosto izbiro o vsebini študija in poudarkih pri obveznih vsebinah. Eno rešujemo z izbirnostjo skladno z Bolonjsko deklaracijo, druge rešitve pa ni oz. je prepuščena posameznim fakultetam. Ne moremo mimo tutorskega sistema študija, ki omogoča največjo individualnost, hkrati pa omogoča največjo fleksibilnost. Tutorski sistem, kot ga poznajo ameriške, finske, angleške ter nekatere druge univerze, temelji na predpostavki o odgovornem študentu. Ta sodoben študent ne potrebuje predavatelja kot vsevednega učitelja, ampak gradi na odnosu s predavateljem kot enakovrednim sопotnikom. Dober primer postopne implementacije tutorstva je Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru. Tutorstvo mora temeljiti na nadzorni funkciji predavatelja nad posameznimi tutorji, ki naj bodo študentje višjih letnikov ali absolventi. Nadalje se je v anglo-ameriškem sistemu razvil nov koncept pridobivanja znanja, ki je primeren predvsem za problemske študije. Govorimo o problemsko osnovanem učenju (ang. PBL), katerega zaslove so se začele na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Osrednja prednost tega načina učenja je, da so študentje svoji lastni predavatelji, saj ob nadzoru asistenta sami predelajo problem. Osnova za to učenje ni želja, da znamo priti do rešitve, torej ne gre za še eno obliko preverjanja znanja. V svojem bistvu lahko PBL nadomesti skoraj vsako drugo obliko poučevanja, v kolikor je nadzorna oseba dovolj kompetentna za odločanje o minimalnih kriterij znanja.

Hkrati s spremembijo podajanja znanja mora priti do sprememb na področju preverjanja znanja. Po vzoru sodobnih univerz se naj uredi sodoben način preverjanja znanja. Način, ki ne bo temeljil na ogromnem izpitu, za katerega se na pamet naučimo gole podatke, katere čez 3 dni že pozabimo. Razmisli velja o načinu preverjanja znanja, ki bodo študente naučili timskega dela in kritičnega razmišljanja. Preverjanja naj ne bodo nujno samo pisna ali še huje v obliki izbirnih vprašanj. Seveda velja ob teh predlog razmisli o obliku takšnega izpita. Nedvomno je nujno

v takšno preverjanje vložiti več časa, vendar čas ne sme biti izgovor v 6-letnem študiju.

Education of future doctors is an extremely responsible and demanding job. The task is difficult to find the right degree of learning academic medicine and of teaching medical crafts. At this point, we should remember the commitment of European Ministers to establish a uniform area of higher education. The latter has further emphasized the importance of finding new and effective means of higher education in the field of medicine, which will be based on a broad, new paradigm. Bologna commitment to form a partnership with the students is to be taken extremely seriously. Certainly not in the sense that the students take the lead in determining the content of education because of their lack of relevant knowledge, but it makes sense to listen to students in planning the course of education. Inadmissible is a faculty, which is not adjusted to the wishes of its students, pays little regard for the needs of society and does not do anything in the flows of international development.

■ 133

Absolutely, we must not contest the importance of knowledge of basic medical concepts, which must be known, but it is not possible to draw high-quality education of future doctors only from books. It is inappropriate to undertake a study of medicine, which does not give the generic skills to the student, as they are generic skills that are needed for a competent physician. At the rapid progress of medical science only knowledge of the data has much less value than the ability to search new information, which is distinguished by a physician with generic skills.

Understanding the educational institutions as shopping centers, which offer the only current fashionable products, is harmful and absurd. It is necessary to find a reasonable consensus between youthful straight-forwardness and mature pragmatism. We must also note the duality of the faculty as a company of teachers and as researchers. The possibility of student research is here clearly visible. The great importance of research by the students indicate several expert discussions, which emphasize the importance of "transfer" of knowledge as a central quality of the research work of students. Therefore we should consider introducing elective subjects in the form of research.

The problem of teaching at the University is the problem of ossification. Previously modern lectures are almost outdated. Their legitimacy is drawn only from the teaching of literacy and historical traditions of European universities. Amendments to the individual studies are needed. The market requires very specific skills that can be acquired only by a student with a free choice of emphasis on compulsory subjects. The question of electives is in accordance with the Bologna declaration, but also it gives opportunity to individual schools. So, we can no longer ignore the textbook study system that allows maximum individuality while allowing maximum flexibility. Additionally, a tutorial system based on the assumption of good

student must be considered. The modern student does not need a lecturer as an omniscient teacher, but builds more on the relationship with their lecturers as wiser persons. In Slovenia, we find a good example of the progressive implementation tutorial system at the Faculty of Medicine, University of Maribor. A tutorial system should be based on the supervisory function of the individual teacher, who cooperates with tutors who are senior year's student. Furthermore, in the Anglo-American system a new concept of knowledge acquisition has developed, which is especially suitable for the study of problems. We talk about problem-based learning whose design began at the Medical Faculty of the University of Maribor. Main advantage of this mode of learning is that students are their own teachers, so having control over the course of education. The basis for this teaching is the desire to know how to get to a solution, more than to know the solution from beginning. In its essence, PBL can replace almost every other form of teaching, as far as the supervising person is competent enough to decide on the minimum criteria of knowledge.

134 ■

At the same time change of the process of gathering medical knowledge must be adjusted to changes in the examination. Exams, which will be based on a huge test, which is full of bare details, most of which are already outdated, shall be avoided. Following the example of modern universities, the modern way to arrange the examination should consider ways to apply examination, which will test students' ability to teamwork and critical thinking. Checks should not be necessarily in written form only, or even worse, in the form of selection issues. Clearly, we have to reconsider the form and evaluation of such a test. Clearly, it is necessary in such verification to invest more time, but time may not be an excuse in the 6-year degree.

■ *Kristijan Jejčič

Kristijan Jejčič se je rodil 10. aprila 1986 v Mariboru. Že v času srednješolskega izobraževanja je sodeloval v evropskem programu Comenius, kjer je imel kot aktivni član uredništva mladinskega časopisa *Uniting Future* priložnost spoznavati različne oblike evropskih šolskih sistemov. Po zaključeni gimnaziji se je leta 2004 vpisal na Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru, kjer je kmalu prevzel nekaj ključnih funkcij v študentskem organiziraju. Pridobival si je številne izkušnje v mednarodnem prostoru v okviru konferenc AMEE, z vabljenimi predavanji v okviru evropskega programa »Student for Higher Education«, v programu Tempus, kjer je sodeloval pri implementaciji študentskega organiziranja v Srbiji. Posebno je na njegovo delovanje vplivalo plenarno zasedanje Podonavsko rektorske konference v Mariboru, kjer je bil leta 2006 edini študentski poročevalec. Že več let je stalni sodelavec časopisa Katedra in občasno sodeluje z več kot 5 drugimi študentskimi časopisi. Aktivno sodelujejo tudi pri pripravi visokošolske in univerzitetne zakonodaje v Sloveniji. V svojem prostem času pa rad bere in preživlja trenutke na prostem.

Kristijan Jejcic was born on 10 April 1986 in Maribor. At the time of secondary education he took part in a European Comenius program, where he had the

opportunity to become acquainted with various forms of European school systems as a member of the editorial youth magazine Uniting Future. After grammar school in 2004 he enrolled at the Medical Faculty of University of Maribor, where he soon took over some key functions of the student organization. He acquired international experience at the AMEE conferences, with invited lectures in the framework of the »Students for Higher Education« programme, in the Tempus programme, where he was involved in the implementation of the student organization of Serbia. His work was majorly affected by plenary session Danube Rectors' Conference in Maribor, where in 2006 he was the only student rapporteur. He has been the permanent journalist for the magazine Katedra for many years and he occasionally works with more than 5 other student newspapers. He also actively participate in the preparation of higher education and university laws in Slovenia.

Zdravstvene storitve – letalski prevozi

Air Medical Services

136



Ronald Chufo*

What would you do if traveling on business or holiday and you were injured or had a medical emergency? How would you return home or seek quality medical treatment?

AirMed International is the leading air medical transport company in the United States averaging over 2,000 flights annually with more than 12,000 missions so far. AirMed offers unparalleled medical care and bedside-to-bedside transportation on a worldwide basis and boasts the most experienced air medical crews in the industry. Chosen as fixed-wing operator for two of the top three hospitals in the world, as well as a preferred carrier for the U.S. Department of Defense, Embassies, foreign governments and Industry. Each mission we fly includes a board certified Physician, a Registered Nurse and if necessary a Respiratory therapist. Medical crews are matched to the type of patient in need of transport.

■ *Ronald Chufo

Mr. Chufo was recruited by the Cleveland Clinic to direct special projects and was assigned the responsibility of developing the first Hospital International Medical Center. He coordinated all patient arrived in Cleveland, coordinated all medical activity's during their stay. During his tenure thirteen Heads of State had medical care at the Clinic. While at the Clinic he developed the first Air Ambulance program to fly critically ill patients to Cleveland from all over the world. Today that program is the model for Aviation Medical Transportation.

Mr. Chufo also developed International Medical programs at Duke University Medical Center, Case-University Hospital's and McGill Universitiy Medical Center in Montreal.

Before joining the Cleveland Clinic, he was a Director with the American National Red Cross specializing in the field of Emergency Medical Services which he taught at Universities, Police and Fire Academies, West Point Military Academy and to other organizations. He is credited with teaching the first Cardio-Pulmonary-Resuscitation program to Physician's and passed medical Services be taught to school nurses, police officers and ambulance personnel. He was on of the first instructors of the Heimlich maneuver.

Mr. Chufo is a graduate of Aeronautical Program at the Pittsburgh Institute of Aeronautics and has an extensice background and education in Physiology, Pharmacology and Emergency Trauma. He served in the U.S. Space Program where he was assigned to the High Altitude Research and Development Department developing systems for the Apollo Moon mission including Medical Systems for the Astronauts.

He currently is in charge of Major Accounts for AirMed International, the company he developed establish while at the Cleveland Clinic. AirMed provides air ambulance services to both Mayo Clinic and the Cleveland Clinic and has Jet Aircraft at both facilities ready to fly patients in immediate need of medical services.....

Nove možnosti in načini izobraževanja

New Possibilities and Ways of Learning



Dušanka Mičetić-Turk; Zmago Turk

Razvoj znanosti in velik napredek na področju telekomunikacij, biomedicine in računalniških izumov ponuja nove priložnosti za pridobivanje sodobnih znanj. Danes, na začetku 21. stoletja, lahko študenti s pridom izkoristijo številne novosti, ki jih prinaša sodoben način izobraževanja. Študenti medicine in zdravstvene nege imajo iz leta v leto vse manj priložnosti za razvoj in pridobivanje praktičnih znanj in veščin. Vzrok je zmanjševanje velikosti bolnišnic, zmanjševanje števila oskrbnih dni v bolnišnicah in skrajševanje ležalne dobe. Vse bolj se tudi zavedamo dejstva, da ima bolnik pravico odkloniti sodelovanje v učnem procesu. Zato vse več visokošolskih izobraževalnih ustanov za izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester v svoje študijske programe vključuje virtualne tehnologije, simulacijske centre in e-učenje. Velik napredek na področju izobraževalnih tehnologij v zadnjih letih je spodbudil razvoj inovativnih oblik in načinov izobraževanja tako pri izobraževanju na daljavo kot tradicionalnem izobraževanju, ki poteka v predavalnici ali kabinetu. Izobraževanje na daljavo ali e-učenje opredeljujemo kot poučevanje in učenje, pri katerem so študenti in učitelji na različnih lokacijah.

Pri e-učenju gre za učenje s pomočjo informacijskih in komunikacijskih tehnoloških orodij. Tehnologije, ki se danes uporabljajo v izobraževanju na daljavo, vključujejo najrazličnejše načine in metode posredovanja znanj vključno z avdiokonferenčami preko telefona, poučevanjem s pomočjo avdio- in video posnetkov, elektronske pošte, telefakov, računalniških medijev (CD, disketa, DVD), videokonferenc z uporabo interaktivne televizije, interneta ali intraneta. E-učenje je razmeroma nova oblika izobraževanja pri nas. Lahko se prilagaja potrebam posameznika. Študentu omogoča, da študira tam in takrat, ko mu najbolj ustreza in na takšen

način e-učenje omogoča najširši dostop do visokokakovostnega in relevantnega izobraževanja in usposabljanja. Uveljavljanje e-učenja pomeni, da morajo izvajalci izobraževalnih storitev razmišljati o spremembni načina poučevanja, spremeljanju študentov in, kar je najbolj pomembno, pri zagotavljanju pomoči študentom.

Tam, kjer se kultura e-učenja še ni razvila, jo bo treba ustvariti. Študenti imajo dostop do učenja 'kjerkoli in kadarkoli'. Učenje poteka postopoma, skladno s potrebami – znanja in spretnosti se gradijo »po delih« (nekateri temu pravijo »just-in-time teaching/learning« - poučevanje in učenje takrat, ko je za to potreba). Pri t. i. sprotinem učenju je zato zelo pomembno, da učenje izhaja iz študentovih potreb in ne tega, kar je na razpolago. Ob spreminjanju iz družbe, ki »mora znati«, v družbo, ki »se hoče učiti«, pa ne smemo pozabiti, da današnjega izobraževanja ni mogoče uravnavati zgolj s tehnologijo. Na e-učenje je treba gledati kot na zgolj še eno orodje, ki ga visokošolski učitelj uporablja zato, da bi bilo učenje uspešno. Z multimedijijskimi simulacijami študenti vadijo in preizkušajo različne pristope, ne da bi pri tem škodovali bolnikom. S tem, da sprejemajo tveganja in odločitve, študenti razvijajo sposobnost kritičnega mišljenja, ki ga bodo potrebovali pozneje pri opravljanju poklica . Poleg tega pa bodo študenti, ki prakticirajo postopke na računalniku, najbrž bolj samozavestni, ko se bodo znašli pred resničnim bolnikom.

Izobraževanje s pomočjo simulacij je po vsem svetu v polnem razmahu. Simulacijska tehnologija je napredovala in se hkrati pocenila. S povečevanjem zahtev po kakovostnem izobraževanju in vse večjim vpisom študentov, postajajo stroke in specialnosti v medicini in zdravstveni negi vse bolj dovezne za simulacijo kot koristno in uporabno orodje. Na področju zdravstvenega varstva je simulacija v uporabi že več kot poldrugo desetletje. V zadnjih dveh do treh letih njena priljubljenost skokovito narašča, predvsem na področju anestezije, urgentne medicine in intenzivnega zdravljenja. Klinična praksa na teh področjih zahteva dobro poznавanje tehnologije, varnostnih sistemov in uravnavanja. Večina aparatov je uporabniku prijaznih in zelo varnih za bolnika. Zdravnik in medicinska sestra pa morata znati aparate pravilno sestaviti, umeriti in nastaviti varnostna pokazala. Tega se ne moreta učiti »v živo« na bolniku, ampak le na modelu ob simulaciji bolnikovega težkega stanja. Enako velja za uporabo potentnih zdravil in za prepoznavo urgentnih stanj srčnega in/ali dihalnega popuščanja oziroma odpovedi. Tako se hudih motenj ritma in defibrilacije ne moreta učiti na bolniku (teh primerov je k sreči malo, ko pa so, pomenijo nepravilni ukrepi gotovo smrt). Enako velja za uporabo anestesijskega aparata in ventilatorja. Aparate morata znati razstaviti in sestaviti, umeriti in na »primerih« pravilno nastaviti, prav tako pri različnih vrstah črpalk in perfuzorjev ter monitorjev.

Razlogi za povečano uporabo simulacij v zdravstvu so predvsem:

- pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester in potreba po povečanju vpisa v programe medicine in zdravstvene nege,
- potreba po dopolnitvi omejenega števila kliničnih mest,
- pocenitev simulacijske opreme,

- poudarek »na dokazih utemeljeni praksi v medicini in zdravstveni negi« in zmožnostih,
- sprejem simulacije kot koristnega orodja,
- povečanje zavesti o pomembnosti bolnikove varnosti,
- prispevek simulacije k izboljšanju klinične prakse.

Virtualna resničnost (VR): imerzivna VR in neimerzivna VR.

Pri neimerzivni VR so uporabniki v interakciji s tridimenzionalno računalniško sliko, vendar se pri tem niso v celoti »potopili« v simulirano okolje. Neimerzivna VR, ki jo dosegamo z uporabo običajnih namiznih računalnikov, se je v izobraževanju zdravnikov in medicinskih sester močneje uveljavila predvsem zato, ker je bolj praktična in cenovno dostopnejša. Za razliko od nje velja imerzivna VR za teh-

140 ■ nično najbolj napredno in najdražjo ter utegne imeti dolgoročnejši vpliv na izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester, to pa zato, ker lahko bolje posnema delovno okolje. Pri imerzivni VR se uporabnik popolnoma »potopi« v okolje, ki ga je ustvaril računalnik. Uporabniki imajo na glavi čelade s popolnoma integriranimi multimedijskimi sestavnimi deli, kot so enote za vidni zaslon in zvočniki. Z uporabo senzorjev za spremicanje položaja in moči, nameščenih na čeladi in ročnem upravljalniku, podatkovne rokavice in obleke, sistem spremišča odzive uporabnika na dražljaje in glede na to prilagaja simulacijo.

Na dokazih utemeljeno medicino in zdravstveno nego (evidence based medicine and nursing) lahko opredelimo kot proces, v katerem so klinične odločitve, ki jih sprejemajo zdravniki in medicinske sestre, podprte z najboljšimi razpoložljivimi znanstvenimi dokazi, njihovo klinično strokovnostjo in željami bolnikov. V literaturi najdemo številna poročila o uspešni uporabi na dokazih utemeljene medicine in zdravstvene nege. Pri tako razumljeni odgovornosti je bistvena sposobnost kritičnega vrednotenja obstoječe prakse, razlikovanje med alternativnimi in pogosto nasprotujočimi si situacijami ter sposobnost sprejemanja pravilnih odločitev na način, ki ga je mogoče empirično podpreti. Kljub dejству, da na dokazih utemeljena medicina in zdravstvena nega daje okvir za podporo omenjenim aktivnostim, pa so ustaljeni vzorci ovira za bolj znanstven pristop k bolniku. K tej oviri še prispevajo velik obseg informacij in nasprotujoči si pogledi, ki so značilnost postmodernega obdobja. Prav zato sta informacijska tehnologija in ustreznou izobraževanje na področju raziskovanja in informatike še bolj potrebna za zdravnike in medicinske sestre.

Zaključek

Danes, ko postaja znanstvena fantastika na področju medicine in zdravstva znanstveno dejstvo kot na primer robotska kirurgija, umetna inteligenco v diagnostiki, sistemi dokumentiranja, ki jih lahko upravljamo z glasom, inteligentna obleka in mnogi drugi dosežki znanosti, se bo moralno izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester odzvati na ta iziv. Študentom in že zaposlenim zdravnikom in medicinskim sestrarom bo treba omogočiti pridobivanje sodobnih znanj, ki jih potrebujejo

v sodobnem delovnem procesu. Nobenega dvoma ni, da se bodo študenti v izobraževalnem procesu, podprtih z najsodobnejšo tehnologijo bolje usposobili za prakso in delo v okolju sodobnega zdravstvenega varstva.

Vloga strokovnega društva pri izobraževanju na področju otroške kirurgije

The Role of Medical Associations in Programs of Education in Pediatric Surgery

142



S. Lipovšek; J. Robida; M. Senica Verbič; T. Balog*

V Sloveniji še ni pravno niti strokovno priznan naziv specialista otroške kirurgije. Posledično ni ustreznega programa izobraževanja na tem področju, niti društva, ki bi vseboval kirurge ki se ukvarjajo z to kritično populacijo, čeprav imajo vse tri glavne bolnišnice (Lj., Ce., Mb.) otroške oddelke kirurških strok in v skoraj vseh bolnišnicah se izvajajo operacije otroške kirurgije.

To kritično stanje se je spremenilo na pobudo dveh kirurgov Splošne Učne bolnišnice Celje, ki delata na oddelku otroške kirurgije. S podporo vseh treh glavnih ustanov in Medicinske Fakultete se je decembra 2007 ustanovila Sekcija kirurgov otroške kirurgije (SKOK).

Društvo, je odprtega delovanja (ne samo za kirurge, ampak tudi za vse zdravnike, ki se redno ali občasno srečujejo s kirurško otroško patologijo).

Po izvolitvi odborov in sprejem statuta, je bilo društvo sprejeto v Slovenskem Zdravniškem Društvu. Zahtevna naloga je bilo včlaniti društvo v svetovnem krouzu, ker Slovenija običajno ni bila prisotna na vodilnih svetovnih krogih otroške kirurgije.

Po vztrajnem osebnem prizadevanju enega od pobudnikov, je bilo društvo sprejeti v World Federation of Associations of Paediatric Surgery (WOFAPS), največje združenje otroške kirurgije na svetu, ki ima več kot 100 držav članic.

Društvo deluje na področju visceralne in travmatološke otroške kirurgije in ima sedaj 30 članov.

V prvem letu delovanja je organiziralo I. strokovni sestanek s temo : »Zdravljenje otroških dimeljskih kik«. Preko ankete smo se seznanili z stanjem zdravljenja te patologije pri otrocih v Sloveniji.

Kot zaključek so bile oblikovane in sprejete Smernice za zdravljenje otroške dimeljske kile.

Društvo je bilo aktivno prisotno na Kongresih in simpozij otroške kirurgije doma in v tujini.

Ker ni uradnega programa izobraževanja na področju otroške kirurgije, je SKOK prevzel to nalogu.

Zaradi tega, je za drugo leto delovanja pripravil obsežni koledar strokovnih dejavnosti, ki vsebuje organizacijo dveh rednih strokovnih sestankov na leto, spomladanskega za visceralno kirurgijo in jesenskega za otroško travmo. Aktivno udeležbo svojih članov na dveh strokovnih srečanj v Sloveniji in na treh podiplomskih tečajih otroške kirurgije v tujini. Glede kongresov je predvidena aktivna udeležba na Evropskem in na Madžarskem Kongresu otroške kirurgije.

Zaprosilo se je za izobraževanje 3 mladih kirurgov in specializantov v tujini in vsi so bili sprejeti.

Vse to pokaže, da je društvo zelo aktivno in dejavno.

Kot zaključek. Pomanjkljivosti na določenih področjih, bodisi uradnega priznanja naziva specialista, ali ustreznih uradnih programov izobraževanja niso ovira za razvoj specializacije.

Potrebne so pobuda, podpora, prizadevanje in veliko dela. Ključno je gledati na prihodnost in se ne vdati čeprav se pojavijo ovire in težave.

Ljubezen do otroške kirurgije, verovati v svoje delo in vztrajnost, so najboljše sredstvo za doseg našega cilja, ki je razvoj in uveljavitev otroške kirurgije kot specializacija v Sloveniji.

In Slovenia isn't still legally recognized the title of specialist in pediatric surgery.

In consequence, there is not program of education and doesn't exist an association of pediatric surgery.

Although, there are Departments of Pediatric Surgery in the 3 main hospitals and children are operated in the majority of hospitals in Slovenia.

This critical stage, becomes change from the initiative of two surgeons from the Department of Pediatric Surgery in the General Teaching Hospital Celje, who with the support of the main hospitals and the Medicine Faculty of Ljubljana,

in December 2007 established the Slovenian Association of Pediatric Surgery (SAOPS).

This association is an open society, not just for surgeons, but also for all physicians which daily work includes pediatric surgical patients.

The association was admitted in the Slovenian Medical Association.

Hard work represented to be accepted in international domains of Pediatric Surgery, because Slovenia was not present in this area.

Long personal and perseverant efforts of one of the founders, achieves the admission in the WOFAPS (World Federation of Associations of Pediatric Surgery), the most important institution in pediatric surgery with more than 100 countries membership.

144 ■

In the first year of life was organized the first medical meeting theme "Treatment of inguinal hernia in children". It concludes with the redaction of guidelines for treatment of inguinal hernia in children.

Now we have 30 members and actively participated in many medical meetings, courses and also in the European Congress of Pediatric Surgery in Istanbul.

Because doesn't exist official or non official programs of education in pediatric surgery, the association takes the leading role in this sphere.

In this way, in the second year of life the association prepared an intensive and demanding program of education which includes the organization of two meetings in spring and in autumn, the active participation in five postgraduate Courses in country and abroad, also the active participation in the European Congress of Pediatric Surgery and, by invitation, in the Hungarian Congress of Pediatric Surgery.

Three young surgeons were accepted in special postgraduate Courses in the USA.

In conclusion, deficiencies in critical areas like pediatric surgery, not recognition of titles of specialization or absence of programs of education are not obstacle to develop pediatric surgery in Slovenia.

Only needs are initiative, support, perseverance and much work.

Love pediatric surgery and believe in our work and mission are the best way to reach the mean goal, the development and recognition of Pediatric Surgery in Slovenia.

■ ***Silvo Lipovšek, dr. med.**

Rojen 29/08/1948 v Buenos Aires. Argentina.

Leto 1974 diplomiral na Medicinski Fakulteti Državne Univerze Buenos Aires. (UNBA) Argentina.

- Profesor otroške kirurgije na Fakulteti Zdravstvenih Znanosti. Argentina.
- Visiting Associate Profesor of Surgery na Medicinski Fakulteti, Univerze Colorado (UCHSC). ZDA.
- Univerzitetni docent: Anatomije, Patologije in Pediatrije na Medicinski Fakulteti Državne Univerze Buenos Aires. Arg.
- Resident otroške kirurgije na Otroški bolnišnici »Pedro de Elizalde«. Buenos Aires. Argentina.
- Štipendiran otroški kirurg. (za usposabljanje kirurgije Anorektalnih Malformacij) Schneider's Children Hospital. New York. ZDA.
- Visiting pediatric surgeon. (za usposabljanje kirurgije novorojenčkov) Childrens Hospital. Denver. Colorado. ZDA. *Specialist otroške kirurgije. (4 nazivov ki so podelili: Ministrstvo socialnega skrbstva in javno zdravje; Argentinska zbornica kirurgov; Zbornica zdravnikov Province Buenos Aires in Argentinska Zbornica Otroških Kirurgov).
- Šest (6) državnih recertifikacij Naziva Specialist-a.
- Specialist administracije in upravljanja bolnišnic. (Naziv Zbornice Zdravnikov Province Buenos Aires).
- Podšef oddelka otroške kirurgije na Oddelku otroške kirurgije bolnišnice Federalne Policije. Buenos Aires. Arg.
- Predstojnik oddelka otroške kirurgije na Občinski bolnišnici »Dr. Diego E. Thompson«. San Martin. Provinca Buenos Aires. Arg.
- Aktivni član: Združenja Anatomistov Rio de la Plata; Združenja Argentinskih Pediatrov (SAP); Argentinskega Združenja za Anatomske Znanosti; Argentinske Zbornice Kirurgov (AAC); Argentinske Zbornice Otroških Kirurgov (ACACI); Panameriškega Združenja otroških kirurgov; Društva travmatologov Slovenije in Evropskega združenja otroških kirurgov (EUPSA).
- Častni član: Perujske Zbornice Otroške Kirurgije; Združenja otroških kirurgov Ekvatorja.
- Delegat za Slovenijo: Svetovne Federacije Društev Otroške Kirurgije (WOFAPS).
- Ustanovni član: Sekcije kirurgov otroške kirurgije (SKOK SZD) v Sloveniji.
- Sekretar SKOK-a SZD.
- Prejemnik sedmih (7) znanstvenih zdravniških nagrad.
- 28 podiplomskih izobraževalnih tečajev v Argentini.
- 7 podiplomskih mednarodnih izobraževalnih tečajev.
- Pet (5) podiplomskih izobraževalnih tečajev v Sloveniji.
- 44 aktivnih udeležb na zdravniških kongresih v Argenitini.
- 15 aktivnih udeležb na mednarodnih zdravniških kongresih v tujini.
- 7 aktivnih udeležb na zdravniških kongresih v Sloveniji.
- Soavtor knjige »Učbenik pediatrije« profesorja Dr. Jose Maria Albores.
- Avtor in soavtor 86 raziskovalnih delov, medicinskih prispevkov in člankov.
- Marca 2003 stalno preseljen v Slovenijo.
- Trenutni položaj: »Specialist kirurg« na Otroškem oddelku kirurških strok. Splošna učna bolnišnica Celje.
- Oblakova 5. SI-3000. Celje. Slovenija.
- Domači naslov: Ulica Marjana Nemca 1. SI-1433. Radeče. SLOVENIJA. Mob.telef.: +386 40 236129 e-naslov: sflipovsek@siol.net

■ *Silvo Lipovšek, MD

Born august 29,1948 in Buenos Aires. Graduate MD in 1974 from the Medical School, University of Buenos Aires. Argentina.

- Profesor of pediatric surgery. (School of Health Sciences. Argentina.)
- Visiting associate profesor of surgery. (School of Medicine. University of Colorado. UCHSC. USA.)
- University docent of Anatomy, Pathology and Paediatrics. School of Medicine. University of Buenos Aires. Argentina.
- Resident of pediatric surgery (Childrens Hospital "Pedro de Elizalde. Buenos Aires. Argentina.)
- Fellowship pediatric surgeon. (surgical training in Anorectal Malformations. Schneider's Children Hospital. New York. USA.)
- Visiting pediatric surgeon. (surgical training in neonatal surgery. Children's Hospital Denver. Colorado. USA.)
- Specialist in pediatric surgery.
- Specialist in hospitalary manageMENT and administration.
- Six (6) recertifications of Specialist Titles.
- Vicechief of pediatric surgery. (Department of Paediatric Surgery. Argentine Federal Police Hospital. Buenos Aires. Argentina).
- Chief of pediatric surgery. (Department of Paediatric Surgery. General Hospital "Dr. Diego Thompson". San Martin. Province of Buenos Aires. Argentina).
- Active membership: Association of Anatomist of the River Plate; Argentine Association of Paediatricians (SAP); Argentine Association of Morphologic Sciences; Argentine Association of Surgeons (AAC); Argentine Association of Pediatric Surgeons (ACACI); Pan-American Association of Pediatric Surgeons; Slovenian Association of Traumatology; European Association of Paediatric Surgeons (EUPSA).
- Honoraray member: Peruvian Association of Paediatric Surgeons; Ecuadorian Association of Paediatric Surgeons.
- Wofaps delegate for Slovenia (World Federation of Associations of Paediatric Surgery).
- Founder member of the Slovenian Association of Pediatric Surgery (SAOPS).
- Secretary of the Slovenian association of pediatric surgery (SAOPS).
- Receiver of seven (7) medical awards.
- 28 postgraduate courses of medical education in Argentina.
- 7 postgraduate international courses of medical education.
- 5 postgraduate courses of medical education in Slovenia.
- 44 active participations in congresses and medical meetings in Argentina.
- 15 active participations in international congresses and medical meetings.
- 7 active participations in congresses and medical meetings in Slovenia.
- Coautor of the book "PEDIATRIC HANBOOK". Prof. Dr. Jose Maria Albores.
- Autor and coautor of 86 Scientific Medical Researches, Medical Articles and Contributions..
- Definitively moved to Slovenia in march 2003.
- Currently position: surgeon in the Department of Paediatric Surgery. Teaching general hospitač Celje. Oblakova 5. SI-3000. Celje. Slovenia.

Address: Ulica Marjana Nemca 1. SI-1433. Radeče. Slovenia. Cell Phone: +386 40 236129 e-mail: sflipovsek@siol.net.

Problemi pri dodiplomskem izobraževanju zdravnikov

Problems with Postgraduate Education of Medical Workers



Matija Horvat*

Izobraževanje mladega zdravnika; dodiplomsko in poddiplomsko; mora upoštevati spremembe v patologiji prebivalstva, odnos prebivalstva do narave in do osnovnih pojavov v življenju posameznika: rojstvo, bolezen, invalidnost, smrt; odnos okolja do zdravniškega dela; razvoj številnih diagnostičnih in terapevtskih tehnologij; razvoj računalništva, interneta; poplavo zdravstvenih prispevkov v medijih; vsakodnevno pojavljvanje in propagiranje različnih šarlatanskih metod v diagnostiki in zdravljenju.

V šestdesetih letih prejšnjega stoletja so bili že prisotni znaki preobremenitve zdravnikov, saj tudi takrat ni bilo mogoče normalno obravnavati kar 60 – 70 bolnikov v rednem ordinacijskem delovnem času, poleg tega pa še obiskovati bolnike na domu, dežurati neprekinjeno 48 ur ter nadaljevati z rednim delavnikom. Pričakovati bi bilo, da se bo stanje izboljšalo s povečanjem števila zdravnikov, vendar se to ni zgodilo. Zaradi podaljšane življenjske dobe obravnavamo vse starejše bolnike. Na osnovi osebnih izkušenj sem prepričan, da primerna obravnavava povprečnega starostnika nad 70 let traja vsaj dva do trikrat dalj časa kot povprečnega bolnika v petdesetih. Zaradi polimorbidnosti, daljše in bolj zapletene anamneze, obsežne dokumentacije, zaradi tehničnih težav pri slačenju/oblacenju in počasnejšemu dojemanju navodil. Vse več je številnih in natančnejših preiskav. Te so za pravilno diagnozo, prognozo in zdravljenje mnogokrat nujno potrebne, velikokrat pa tudi povsem odveč. Zaradi pomanjkanja časa zdravniki opuščajo najpomembnejši preiskavi, ki obenem zagotavlja tudi pristen stik z bolnikom, anamnezo in klinični pregled. Mnogo hitreje se napiše napotnica za ultrazvok ali za specialista kot pa vzame natančna anamneza. Drug vzrok za počasnost in preobremenjenost

je »defenzivna medicina«. Neprestani napadi javnosti in medijev, ki so mnogokrat krivični ali vsaj hudo pretirani, vzbujajo v številnih zdravnikih negotovost in strah. Zaradi strahu se oddaljijo od stroke in naročajo preiskave, ki naj bi jih zavarovalne za primere sodnih pregonov. Preiskava »za vsak primer« je večkrat bolj škodljiva kot koristna, že zaradi izgube dragocenega časa, obremenjevanja bolnika in zdravstvenega sistema ter nepotrebnih stroškov.

Navedenih je samo nekaj problemov, ki lahko spravijo mladega zdravnika v navidez brezihoden položaj. Znanje, ki si ga je pridobil na fakulteti, prične čutiti kot hudo breme, saj številne čakajoče bolnike ne more niti približno natančno pregledati in analizirati, kot to zahteva sodobna medicinska znanost.

148 ■ Pred tako stisko specializanta lahko obvarujemo samo s poudarjenim pomenom dobrega osnovnega kliničnega pregleda in na obilici časa in izkušenj, ki jih mora specializant pridobiti pri delu z bolniki pod vodstvom izkušenih mentorjev.

Zbornica neprestano nadzoruje strokovnost aktivnih slovenskih zdravnikov in jo potrjuje z izdajanjem in podaljševanjem zdravniških licenc. Licenco iz področja svoje specializacije zdravnik dobi za obdobje sedmih let, potem jo mora podaljšati. To je mogoče, če je zdravnik redno delal na področju, ki ga pokriva njegova licenca v vsaj 20% delovnega časa in če je zbral dovolj predpisanih kreditnih točk izobraževanj na tem področju. Ob koncu leta 2008 smo podaljšali licenco 1131 zdravnikom; 27 zdravnikov pa kljub številnim predhodnim opozorilom ni zbralo dovolj točk za podaljšanje licence. Tem smo ponudili preizkus usposobljenosti pred komisijo, opravil ga je eden. Posledično je tako 26 zdravnikov letos izgubilo licenco in pravico do opravljanja zdravniškega dela.

V sodelovanju s SZD je zbornica sprejela 48 programov specializacij Že več let razpisuje specializantska mesta, izvaja natančne spremembe postopke za vstop v specializacije, skozi katere vstopa letno nad 200 specializantov, imenuje glavne mentorje, razporeja specializante, kontrolira izvajanje specializacij in njihovo kvaliteto, imenuje izpitne komisije. Izdelala je elektronski list specializanta, s katerim lahko neprekinjeno nadziramo potek in obseg dela, ki ga je opravil specializant. Kakovost naših zdravnikov ob zaključku specializacij je po našem mnenju dobra. Samo primer: šest zdravnikov oftalmologov je ob koncu specializacije opravilo tudi evropski specialistični izpit. Po strokovnem znanju so se vsi uvrstili med prvih pet najst med 250 kandidati iz raznih evropskih držav! Pri nekaterih specializantih smo ugotovili, da niso sposobni varno opravljati dela s poverjenimi bolniki. Nadaljevanje njihove specializacije bi pomenilo preveliko tveganje za bolnike, za specializanta samega, za mentorja in zavod, v katerem delajo v obdobju specializacije. Zato smo bili včasih prisiljeni specializacije tudi prekiniti. Vzroki nesposobnosti so različni, ta je včasih prehodna in vezana le na del specializacij. Te probleme rešujemo na zbornici z vso možno obzirnostjo in strokovnostjo, zato je delo z njimi časovno zahtevno, kljub razmeroma majhnemu številu »rizičnih specializantov« (trenutno 10-15).

■ ***akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med.**

Rojen v Škofji Loki 23.09.1935. Diplomiral 1959 na Med.fakulteti v Ljubljani. 1967 specialistični izpit iz interne medicine. Od 1969 delo na intenzivnem oddelku Interne klinike v Ljubljani. 1970-71 clinical and research fellow Cedars Sinai Medical Center Los Angeles, ZDA. 1973-2001 predstojnik Centra za intenzivno interno medicino, Klinični Center Ljubljana. 1974 doktorat znanosti. 1974 docent iz interne medicine, MF Ljubljana. 1981 izredni profesor. 1985 redni profesor MF Ljubljana. 1996 Fellow of American College of Cardiology. 1997 izredni član SAZU. 2003 redni član SAZU. 2002 zaslužni profesor Univerze v Ljubljani. 2006 zaslužni gostujuči profesor univerze v Mariboru. 1996 - danes predsednik Sveta za izobraževanje pri Zdravniški zbornici.

Okrogle miza: Povezave med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom v Sloveniji – vizije za izboljšavo

Round-table: Relations Between Public and Private Health Care System in Slovenia – Visions for Improvement

■ 151

Predsedujoča:

prof. dr. Metka Zorc, dr. med.

Sodelujoči:

Raymond J. Marvar, Esq.

Dorijan Marušič, dr. med.

dr. Robert Medved, dr. med.

mag. Marko Bitenc, dr. med.

Bojan Popovič, dr.med.

mag. Andrej Bručan, dr. med.

prim. dr. Peter Brinar, dr. med.

Slovenski zdravstveni sistem: povezava med javno in zasebno prakso – MC Medicor, tretji slovenski center za zdravljenje bolezni srca in ožilja

Slovenian Health Care System – Relationship between Public and Private Practice – Mc Medicor, third slovenian Center for Cardiovascular Diaseses

■ 153



Metka Zorc*

Zaradi nenormalno dolgih čakalnih dob na srčne operacije in invazivne diagnostične posege se je v Sloveniji oblikovala ideja o razvoju tretjega centra za zdravljenje bolezni srca in ožilja. Ideja, ki jo je pomagalo uresničiti Ministrstvo za zdravje Slovenije, na čelu s takratnim ministrom, prof.dr. Dušanom Kebrom, je temeljila na natančno izdelani strategiji povezave med javnim in zasebnim zdravstvenim sistemom, saj je center začel delovati v najetih prostorih Bolnišnice Izola na osnovi javnega mednarodnega razpisa in izbora najboljšega ponudnika. Center MC MEDICOR se je že na začetku oblikoval v mreži slovenskega javnega zdravstvenega sistema. S svojim delovanjem je omogočil dodatni razvoj Bolnišnice Izola in tudi delovanje javnega sistema izboljšal s prenosom znanja in novih dejavnosti ter organizacijskih oblik.

Zahvaljujoč civilni družbi – Društvu na srcu operiranih Slovenije, Slovencem v zamejstvu, ki so skupno zagotovili finančna sredstva za razvoj ustanove ter povezavam z uglednimi centri v tujini, predvsem s Favaloro Foundation v Buenos Airesu in prof. Robertom Favalorom, je ideja tretjega slovenskega centra za zdravljenje bolezni srca in ožilja pred petimi leti postala resničnost.

Sodelovanje z Univerzitetno klinikijo v Sremski Kamenici in predstojnikom prof.dr. Ninoslavom Radovanovičem ter njegovo ekipo, je ustanovi omogočila razvoj srčne kirurgije, sodelovanje najuglednejših strokovnjakov s področja slovenske kardiologije pa razvoj invazivnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov, katerih rezultati se uvrščajo v vrh Evropske medicine. Uvajanje novih operativnih in diagnostič-

nih postopkov v slovensko medicino je pomemben doprinos k razvoju slovenske kardiologije.

Ustanova je poleg visoko strokovnega dela usmerila napore, da v center dela postavi bolnika in njegovo usodo. Poseben princip zdravljenja z usmerjeno izdelanim psihološkim pristopom omogoča bolniku hitrejše okrevanje. Potrditev pravilnih razvojnih smernic dela je tudi dejstvo, da se ustanova v vseh anketah bolnikov, ki jih organizira Ministrstvo za zdravje Slovenije, od začetka svojega delovanja uvršča na prvo mesto.

Vizija razvoja tretjega centra za zdravljenje bolezni srca in ožilja je usmerjena k še trdnejšemu povezovanju partnerstva med centri s podobno dejavnostjo v slovenskem prostoru, usmerjena v nudenje učinkovitega in uspešnega zdravljenja. Naše vodilo in vizija je zadovoljstvo bolnikov.

154 ■

■ *prof. dr. Metka Zorc, dr.med.

Je predstojnica Inštituta za histologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in strokovna ter idejna voditeljica novega Centra za kardiologijo in srčno kirurgijo MC Medicor v Izoli. Študij medicine je končala v Ljubljani. Istočasno je na Biotehniški fakulteti v Ljubljani končala študij biologije. Svoje bogate izkušnje s področja bazične teorije in klinične prakse je takoj po končanem študiju medicine dobila med izpopolnjevanjem na Favaloro Foundation v Buenos Airesu. Specializacijo iz interne medicine je končala v Ljubljani, prav tako pa tudi zagovarjala doktorsko disertacijo z naslovom: Aterosklerotične spremembe koronarnih arterij v primerjavi z motnjo v metabolizmu lipidov in ogljikovih hidratov. Po končani specializaciji se je posvetila kardiologiji. Dolgoletne izkušnje na področju bazičnih histoloških raziskav aterosklerotičnega procesa in na področju bolezni srčne mišičnine je združila z uspešno klinično praksjo. Posvetila se je zdravljenju bolnikov po srčnih operacijah in sekundarni preventivi. Izpopolnjevala se je na Clevelandski kliniki, na Univerzitetni kliniki v Ženevi, Lozani in na Kliniki za srčno kirurgijo v Genolieru, Švica.

Svoje znanje in bogate izkušnje na teoretičnem, praktičnem in pedagoškem področju je prenesla v Slovenijo. Povezave s tremi pomembnimi centri za kardiologijo in srčno kirurgijo (Cleveland Clinic Foundation, Favaloro Foundation v Buenos Airesu, Kantonalna bolnišnica v Ženevi) so omogočile tudi razvoj in strokovno vodenje novega Centra za kardiologijo in srčno kirurgijo, ki eno leto uspešno deluje v bolnišnici v Izoli in strokovno vodenje novega Mednarodnega centra za kardiologijo in srčno kirurgijo - Medicor, ki že tretje leto uspešno deluje v bolnišnici v Izoli. Center je bil na osnovi ankete Ministrstva za zdravje izbran za najboljšo bolnišnico v Sloveniji 2006.

Globalne zdravstvene storitve

Global Health Services



Raymond J. Marvar*

For more than 80 years, Cleveland Clinic has provided world class medical care for people throughout the nation and around the world. Each year thousands of patients travel to Cleveland Clinic in Cleveland, Ohio from all 50 states and more than 80 different countries for specialized medical care not readily available close to home. Living outside the United States, Cleveland Clinic's International Center is the link to one of the largest and most respected academic medical centers in the world.

Formally established in 1976, the International Center's staff includes more than 60 Patient Service Specialists, Patient Service Coordinators, Financial Counselors and medical education experts striving to make sure all special needs are met. Comprised of the National Center and International Center, Global Patient Services is a full-service department with more than 70 patient service specialists, patient service coordinators, financial counselors, and support staff all dedicated to meeting the needs and requirements of global patients and their families.

The Diplomatic Patient Relations staff provides confidential and comprehensive coordination of services for diplomatic and high-profile international patients. In order to ensure an appropriate and organized facilitation of these patients' visits (including logistics, finance, appointments and coordination of medical care), this office works closely with management from the InterContinental hotels, Cleveland Clinic security, executive management and physicians.

Cleveland Clinic was ranked among the top four hospitals in America according to U.S.News & World Report's 2008 annual survey of "America's Best Hospitals." For the 14th consecutive year, Cleveland Clinic's heart program was ranked No. 1 in the United States.

156 ■

■ *Raymond J. Marvar

Raymond J. Marvar, Esq. [54] is Senior Vice President for Government Relations and Community Outreach for the Cleveland Clinic Regional Hospitals. Prior to this role since 2006, he served as the Senior Legal Counsel, Secretary and Corporate Compliance Officer of the Cleveland Clinic Regional Hospitals (Euclid, Fairview, Hillcrest, Huron, Lakewood, Lutheran, Marymount, and South Pointe Hospitals). Mr. Marvar held the same positions with the Fairview Health System (Fairview and Lutheran Hospitals) from 1993 through 1999, and the Cleveland Clinic Western Region (Fairview, Lakewood and Lutheran Hospitals) from 1999 through 2006. Prior to that time he was a partner with the law firm of Arter & Hadden where his practice included the defense of doctors and hospitals against medical malpractice claims and counseling on a variety of claims and risk management issues.

Mr. Marvar started his career as law clerk to Judge Nahum Litt, Chief Judge of the United States Department of Labor, Office of Administrative Law Judges in Washington, D.C. Mr. Marvar graduated with honors from Bowling Green State University in 1976 where he received a Bachelor of Science degree in Business Administration. He earned his Juris Doctor degree from the University of Notre Dame Law School in 1979.

Mr. Marvar has served as an officer of and legal counsel to the Cleveland Health Network (a managed care organization). He is served as an officer of the board of CHIPS (Community Hospital Indemnity Company, Ltd. – a captive insurance company with Loyd's of London excess coverage).

He also serves on the board of trustees of a variety of not-for-profit community organizations including Community Challenge (board president), Richman Brothers Foundation (board secretary), Slovene Home Foundation (board secretary), Slovenian Museum and Archives (board member), Slovenia/Cleveland Businessman's Networking Association (board member), Notre Dame Club of Cleveland (past president and 2004 alumni of the year), Ohio Boys Town (board member and immediate past chairman), St. Martin DePorres High School (development board) and Recovery Resources (board member).

Mr. Marvar's professional affiliations include membership in the American Health Lawyers Association, and the American, Ohio, and Cleveland Bar Associations. Mr. Marvar has been appointed to various Ohio Hospital Association task forces including the OHA Government Relations Committee and the Medical Malpractice Task Force.

Potrebe po zdravstvenih storitvah – povezave med javnimi in zasebnimi – vizije za izboljšavo

Needs for Medical Assistance – Relationship between Public and Private Sectors – Visions for Improvement



Dorjan Marušič*

Zasebno delo v slovenskem zdravstvu je uvedel leta 1992 sprejet Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki je opredelil, da lahko zdravstveno dejavnost opravljajo domače in tuje, pravne in fizične osebe ob izpolnjevanju z zakonom predpisanih pogojev. Zakon je opredelil, da javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi in druge pravne ter fizične osebe na podlagi koncesije v okviru mreže javne zdravstvene službe. Slednjo predstavljajo materialni, organizacijski in kadrovski pogoji, ki vsem prebivalcem pod enakimi pogoji zagotavljajo ustavno pravico do zdravstvenega varstva. Izvajalci javnih zdravstvenih storitev strukturno in organizacijsko torej izvajajo zdravstvene programe v zdravstvenih zavodih ali kot koncesionarji. Uveljavljen je bil mešani sistem. Zato je ključnega pomena, da država smiselno regulira celovitost sistema zdravstvenega varstva, izvaja nadzor in zagotavlja enakost vseh izvajalcev. To povečuje preglednost, izboljšuje regulacijo ter organiziranost za večjo učinkovitost sistema zdravstvenega varstva. Glavna vloga države v zdravstvu mora zato biti zaščita javnega interesa.

Tudi v Sloveniji namreč večina ljudi postavlja na prednostni seznamov vrednot zdravje. Žal so dokaj neuspešni poskusi postavitev zdravja na vrh družbenega prioritetnega seznama. Sedaj ko so nas svetovni ekonomisti vizonarsko potisnili v recesijo, prodorni zdravstveniki hitijo pripraviti rešilne ukrepe in aktivnosti za zdravstveni sistem. Žal pomirjujočih besed o prioritetni skrbi za zdravje ni slišati. Ali še ni nuje ali ni zavedanja o takšni potrebi? Zaključili smo leto 2008, ko velika večina zdravstvenih izvajalcev posluje s presežki ali vsaj brez izgube, plačnik nima dolgov, dostopnost se je po merljivih kazalnikih izboljšala. Zakaj ustvarjanje teorije krize ali šoka? Odgovorov je več! Zanesljivo pa se v takem okolju ni možno spopasti

s pravimi izvivi prihodnjih desetletji. Ponujene, in pogosto sprejete, so lahko samo rešitve popravkov preteklosti. Torej pogled nazaj in ne naprej, v prihodnost.

Ne, poenostavljanja je dovolj! Nastopil je čas, ko morajo v ospredje stopiti tisti, ki so sposobni s prepletom imaginacije in intuicije poroditi inovacijo. Izdelati moramo orodja, ki bodo pomagala pretopiti zahteve in pričakovanja zdravstvenega sistema v potrebe po nacionalnih prioritetah, torej realne potrebe. Pri tem mislim na zdravstveni sistem v najširšem smislu: od državljanov in izvajalcev do plačnikov in regulatorjev!

Ob zaostrenih razmerah pospešene rasti izdatkov zdravstvenega varstva zaradi hitrega širjenja in razvoja medicine, spremenjene patologije, staranja prebivalstva, večje zahtevnosti in povpraševanja po zdravstvenih storitvah predstavlja najučinkovitejši način večje dostopnosti širitev programov na podlagi potreb državljanov in uvajanje novih metod zdravljenja v skladu z razvojem medicinske znanosti v ravnovesju z razpoložljivimi finančnimi sredstvi. Odpravljanje vseh slabosti za hitrejši nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva v državi pa so potrebni postopni, evropsko primerljivi procesi ob zagotovitvi najširšega družbenega soglasja med prebivalstvom, strokovnimi in civilnimi združenji.

158 ■

Pristopiti bo potrebno k proučitvi demografskih in epidemioloških trendov, razvoja kapacitet kadrov, tehnologij in infrastruktur. Spremeniti vizijo, prilagoditi izrazoslovje in opraviti preobrat: državljan namesto bolnika, zdravje namesto bolezni, procesi namesto strukture, mreženje bolnišnic namesto mreže, znanje v ospredje. Skratka s procesi pretopiti zahteve v potrebe!

Dilemo povezave med javnim in zasebnim zdravstvom pa je potrebno preobrniti v skupne napore vzpostavite enotnih elementov nadzora ter orodji za večjo učinkovitost in izboljševanje kakovosti. Prenos dobrih praks različnih sektorjev, učinkovito državno krmarjenje, prodorno upravljanje in odgovornejši management javnih zdravstvenih zavodov bo omogočil uspenejše vpeljevanje podjetnosti, koordinacije in nadzora za boljše zdravstveno varstvo ljudi ter dobre pogoje za strokovno delo motiviranega in prijaznega zdravstvenega osebja. Pri tem je potrebno izpostaviti in promovirati podjetizacija kot priložnost in ne nujo. Ob poznanih možnostih zasebnega vlaganja je izjemnega pomena uspešne podjetizacije usposabljanje in uvajanje konkurenčnosti. Za slednje potrebujemo opolnomočen managament, odgovornost in nagrajevanje odvisno od rezultatov, ter fleksibilnost zaposlovanja z obliko svobodnega specialista.

Predpogoj pa seveda predstavlja ločitev sistema financiranja in sistema izvajanja. Po opredelitvi osnovne košarice pravic mora financiranje odsevati solidarno ravnovesje javno finančnih možnosti in zdravstvenih pravic. Šele nato lahko na področju izvajanja stremimo za večjo učinkovitost, produktivnost, konkurenčnost, varnost in kakovost preko ne diskriminatornega razmerja med javno in zasebno pravnimi izvajalci.

■ ***Dorjan Marušič, dr. med.**

Dorjan Marušič se je rodil 13. junija 1957 v Kopru. Po maturi na Slovenski gimnaziji v Kopru leta 1976 je študiral na Fakulteti za naravoslovje in tehnologijo, Univerze v Ljubljani, kjer je leta 1981 diplomiral iz teoretične matematike. Nato je vpisal še študij medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, ki ga je uspešno končal leta 1989. Leta 1989 se je kot zdravnik pripravnik zaposlil v Zdravstvenem centru Koper. Kot specializant interne medicine je delal v Splošni bolnišnici Izola, Univerzitetni bolnišnici Groningen in na Univerzitetnih internih klinikah v Ljubljani. Leta 1995 je uspešno opravil specializacijo iz interne medicine, v času od leta 1991 do leta 1998 je opravil še več podiplomske izobraževanj in izpopolnjevanj s področja interne medicine. Od leta 1998 je bil vodja enote za intenzivno interno terapijo, maja 2000 pa je postal strokovni direktor Splošne bolnišnice Izola. Za državnega sekretarja na Ministrstvu za zdravstvo je bil imenovan decembra 2000 in ponovno decembra 2004. Leta 2004 je absoluiral na podiplomskem študiju Managementa neprofitnih organizacij na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Trenutno je zaposlen na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v funkciji svetovalca generalnega direktorja. Kot specialist dela v specialistični kardiološki ambulanti.

■ 159

Je avtor ali soavtor več kot 150 bibliografskih enot v angleškem in slovenskem jeziku v strokovnih revijah in zbornikih ter več kot 250 poljudnih člankov in javnih nastopov v elektronskih medijih. Predaval je na številnih kongresih in strokovnih srečanjih. Je strokovni vodja koronarnega društva Slovenske Istre in podpredsednik strokovnega sveta Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije. Je tudi član Slovenskega združenja za urgentno medicino Slovenije, Slovenskega združenja za intenzivno medicino ter Združenja kardiologov Slovenije.

Dorjan Marušič was born on June 13, 1957 in Koper, Slovenia, where he completed his primary and secondary education. Upon graduation from the Koper High School in 1976 he enrolled at the University of Ljubljana, Faculty of Natural Sciences and Technology. He graduated in 1981 majoring in Pure Mathematics. Shortly after that he became a medical student at the Faculty of Medicine at the University of Ljubljana and graduated in 1989. He specialized in internal medicine and served his internship at the Izola General Hospital, University Hospital Groningen and at the University Clinic for Internal Medicine in Ljubljana. In 1995 he earned his specialist degree in internal medicine. During the 1991 and 1998 period he took a number of graduate and advanced courses in the field of Internal Medicine. Between 1998 and 2000 he was the Head of the Unit of Intensive Care in the Izola General Hospital. In May 2000 he was appointed Medical Manager of the Izola General Hospital. In December 2000 he was appointed State Secretary at the Ministry of Health of the Republic of Slovenia and in December 2004 reappointed State Secretary at the Ministry of Health of the Republic of Slovenia. In 2003 he became a Master Candidate in the field of Management of Non-profit Organizations at the Graduate School of Social Sciences at the University of Ljubljana. Currently he is a consultant to the General director of Health Insurance Institute Slovenia and cardiologist in the out-pateint clinic.

Dorjan Marušič is the author or co-author of more than 150 titles of scientific works published in scientific journals and collections of scientific papers. In addition, he has published more than 250 other articles of miscellaneous topics and presentations. He gave several presentations and lectures at a number of conferences and experts meetings. He is the Head Expert of the Association of Coronary Diseases of Istra in Slovenia, Deputy president of the Experts Council of the Associations and Clubs of Coronary Diseases. He is also a member of the Slovenian Association of Urgent Medicine, Slovenian Association of Intensive Care and Association of Cardiologists of Slovenia.

Izzivi sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti

Changes of Health Care Law - The Challenges



Bojan Popovič*

Sedaj veljavni Zakon o zdravstveni dejavnosti velja v bolj ali manj nespremenjeni obliki od leta 1992. Sprejet je bil v času takoj po osamosvojitvi Slovenije in ob spremembi družbenega sistema. Zakon je zlasti znova uvedel zasebno zdravstveno dejavnost in omogočil opravljanje javne zdravstvene službe tudi zasebnim izvajalcem v obliki koncesij. Pri tem pa je kot primarno organizacijsko obliko vendarle ohranil javne zavode, med drugimi tudi zdravstvene domove kot sorazmerno posebno obliko lokalnih centrov zdravstvenega varstva na primarni (osnovni) ravni.

Vrsto let je zakon deležen kritik, da posamezne rešitve niso dovolj izdelane in da je zakon po eni strani preveč ohranil socialistični tip organizacije javnega zdravstvenega varstva, po drugi pa da je nove oblike, zlasti vključevanje zasebnih izvajalcev v javni zdravstveni sistem, reguliral pomanjkljivo. Praksa je pokazala, da je bila zlasti odločitev o tem, kdaj in v kolikšni meri se izvajanje zdravstvene dejavnosti zaupa zasebnim izvajalcem, vselej prej politično kot strokovno vprašanje, tako da smo v zgodovini zakona videli več kampanj tako v smeri poudarjenega podeljevanja koncesij kot v smeri nasprotovanja temu. Nacionalni plani zdravstvenega varstva so predvidevali postopno prehajanje zlasti zdravnikov med koncesionarje, ob znamenitem načelu „neširjenja javne zdravstvene mreže“. Pri tem pa je ironično, da mreže javne zdravstvene službe še do danes nobena vlada ni oblikovala.

Zdravstvena dejavnost izven sistema javne zdravstvene mreže je še po 17 letih v Sloveniji slabo razvita, saj jo izvajajo razdrobljeni izvajalci večinoma s honorarnimi zdravstvenimi delavci, ki so sicer praviloma zaposleni za polni delovni čas v enem izmed javnih zdravstvenih zavodov. Takšna kombinacija redne in honorarne

zaposlitve zdravnikov sicer sproža večne polemike, vendar je treba priznati, da se takšne kombinacije pojavljajo tudi v drugih evropskih državah, celo tam, kjer so plače zdravnikov boljše. Osnovni razlog za slabo razvitost zasebnega zdravstvenega sistema je najbrž v sistemu financiranja, po katerem se le ozek nabor zdravstvenih storitev financira v celoti samo iz javnih ali zasebnih virov, medtem ko se večina storitev izvajalcev javne službe financira kombinirano iz javnih in zasebnih sredstev.

Čeprav praktično vsak novi minister za zdravje ob svojem nastopu napoveduje temeljito spremembo Zakona o zdravstveni dejavnosti, se je doslej vsakič znova izkazalo, da sicer zastareli zakon še danes predstavlja tisti kompromis, ki ga je med vsemi dejavniki v zdravstvenem sistemu še mogoče doseči. Vsaj v prvem delu mandata vlade 2004-2008 je prevladovala ideja povečanega vključevanja zasebnih izvajalcev v javni zdravstveni sistem. V resni razpravi je bil osnutek zakona, ki bi temeljito in sistematično uredil podeljevanje koncesij in ga prilagodil usmeritvam EU. Kljub temu, da je bil osnutek strokovno dokaj konsistenten, z njim ni bil zadovoljen skoraj nihče. Tudi sedanja vlada se loteva korenite prenove Zakona o zdravstveni dejavnosti, vendar v povsem drugi smeri, ki v glavnem temelji na ideji doslednega ločevanja javne in zasebne zdravstvene dejavnosti ob ambiciji po poudarjenem nadzoru, v ozadju pa verjetno tudi po omejevanju koncesijske dejavnosti.

Sam menim, da bi se v Sloveniji morali primarno lotiti prenove sistema financiranja javnega zdravstva, tako da bi ločili javne in zasebne vire ter ob tem bolje definirali nabor storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev. Šele nato se je mogoče resno lotiti ločevanja javne in zasebne zdravstvene dejavnosti, saj se mešanje javnega in zasebnega dogaja že na ravni financiranja in ne šele na ravni izvajanja zdravstvene dejavnosti. Glede koncesijske dejavnosti pa bi bilo treba najprej definirati, ali želimo koncesionarje kot atomizirane posameznike, ki se komplementarno vključujejo v javni zdravstveni sistem, ali pa želimo koncesionarje, ki bodo sposobni organizirati tudi večje enote zdravstvene službe, vključno z bolnišnicami in drugimi večjimi zdravstvenimi centri. V prvem primeru ne potrebujemo kompleksnega sistema podeljevanja koncesij in široke diskrecije politikov, temveč moramo vzpostaviti le pravila za sklepanje pogodb zasebnikov z javno zavarovalnico (podobno kot v Avstriji ali Nemčiji). V drugem primeru pa moramo vzpostaviti transparentne pogoje za delovanje večjih zasebnih sistemov.

Kar zadeva kombinirane zaposlitve zdravnikov, pa bomo morali tudi v Sloveniji omogočiti regulirane, a dovolj fleksibilne kombinacije – bodisi v smislu delitev delovnega časa med več delodajalcji, bodisi v smislu omogočanja delne avtonomije dejavnosti zdravnikov znotraj bolnišnic. Ideja, da bi zdravniki smeli in morali delati samo v javnih bolnišnicah in samo za javni zdravstveni program, je nerealna in tudi nepotrebna, saj vzporedno generira slabo kontrolirane in improvizirane delovno-pravne vzorce, ki jih še tako rigorozna zakonodaja ne bo preprečila.

■ ***Bojan Popovič, dr.med., uni.dipl.prav.**

Sedanja zaposlitev: Dermadent, d.o.o, Ulica bratov Babnik 10, SI-1000 Ljubljana, Slovenija.

Položaj: direktor, dermatovenerolog, pravnik.

Zaposlitev: od februarja 2000

Ostale funkcije:

- pravni svetovalec FIDESa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, od 2002
- generalni sekretar Evropske federacije zdravnikov v delovnem razmerju (FEMS) s sedežem v Parizu - od 2006

Izobrazba:

- doktor medicine, diplomiral decembra 1998, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Slovenija
- specializacija iz dermatovenerologije (oktober 2002), licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- univerzitetni diplomirani pravnik, diplomiral januarja 2001, Pravna fakulteta v Ljubljani, Slovenija
- državni pravniški izpit: marec 2003

Izkrušnje:

- urgrentna medicina: 6 mesecev (Univerzitetni klinični center Ljubljana)
- dermatovenerologija: specializant 3 leta (Univerzitetni klinični center Ljubljana), specialist: 7 let (Dermadent)
- pripravništvo na sodišču: 1 leto (Višje sodišče v Ljubljani)
- sodelovanje v pogajanjih za kolektivne pogodbe na ravni države: 7 let (FIDES)
- medicinsko pravo: 8 let (Dermadent, FIDES, FEMS)
- zdravstveni menedžment: 14 let (Dermadent)
- pravno svetovanje in zastopanje: 7 let (FIDES)
- vodenje interne pravne službe: 8 let (Dermadent, FIDES, FEMS)
- sodelovanje v zakonodajnih delovnih skupinah: 5 let (FIDES, FEMS).

Problematika delovanja zasebnikov v javni zdravstveni službi Slovenije

Problems of Private Practice within Public Health Systems of Slovenia

■ 163



Andrej Bručan*

Zasebna praksa v zdravstvu je v Sloveniji uzakonjena z Zakonom o zdravstveni dejavnosti v letu 1993. V okviru te zakonodaje je uvajanje koncesionarstva v zdravstveno prakso potekalo ves čas kontinuirano, pri čemer je treba poudariti, da je večina koncesionarjev začela svoje delo na področju zobozdravstva in na primarni ravni v okviru družinske medicine. Glede na statistične podatke oodelitvi novih koncesij je bilo vstopanje koncesionarjev v javno zdravstveno službo precej enakomerno razporejeno po posameznih obdobjih. Nekatere ovire za uvajanje tega sistema so se začele pojavljati po letu 2001 do leta 2004, ko je tedanji minister s priporočili in navodili podeljevanje koncesij skušal čim bolj omejiti. Podeljevanje koncesij se je nato v povprečnih okvirih nadaljevalo z nastopom nove vlade leta 2004, v drugi polovici leta 2007 pa je bilo ponovno prekinjeno in ta prekinitev še vedno traja. Ti različni pogledi na delovanje in pomen zasebnikov v javni službi so se dogajali ob ves čas nespremenjeni zakonodaji. Leta 2004 se je začel napad t. i. civilne družbe skupaj z opozicijskimi strankami na zasebništvo v Sloveniji. Pri tem je bilo uporabljeno neresnično in zavajujoče mnenje, da koncesionarji ne sodijo v okvir javne zdravstvene službe. Kljub temu sem takrat na ministrstvu uspel razvijati koncesionarstvo v že prej predvideni obliki na zakonit način, s čimer je bilo mogoče bistveno izboljšati dostopnost in na področju specialistične dejavnosti tudi pomembno skrajšati čakalne dobe za večino ocenjevanih področij.

Koncesionarstvo je pomemben dejavnik v delovanju primarne in nekaterih drugih specialističnih dejavnosti. Tak način dela v okviru javne službe je prisoten v večini držav Evropske unije, po letu 90 pa so ga uvedle v 100 % obliki na primarni ravni vse bivše komunistične države, ki so sedaj članice EU. Izven EU je tak sistem uvedla

tudi Hrvaška. Slovenija je edina država iz tega dela Evrope, ki ji ta sprememba v bolj konkurenčno in za bolnike ter izvajalce primernejšo obliko dejavnosti, ni uspeло realizirati. Vzrok za to je stara socialistična miselnost, ki je zasebno dejavnost v zdravstvu ves čas prepovedovala, pri tem pa se je ta politična skupina posluževala zavajajočih in neresničnih trditev, da z nastanjem zasebne dejavnosti razpada zdravstveni sistem. V tej akciji proti podeljevanju koncesij so bila najbolj aktivna vodstva zdravstvenih domov, kar je tudi razumljivo, saj je zaslugek nekaterih vodilnih v zdravstvenih domovih enormno višji od možnega zasluga koncesionarjev. Ta ideološki problem t. i. socialistov je povzročil na primarni ravni nemalo težav. Nastal je edinstveni sistem organizacije zdravstva na primarni ravni v Evropi, kjer se mešata koncesionarski in zdravstvenodomski način dela, pri čemer je zelo težko razmejiti dolžnosti in odgovornosti. Prihaja do nesporazumov, kdo je za kaj odgovoren, kdo mora kaj organizirati in kje so vzroki za posamezne slabosti.

V prihodnosti je potrebno predvideti temeljite spremembe na tem področju in preiti na evropski način organizacije zdravstvene službe. Sedaj pripravljeni zakon o zdravstveni javnosti, ki naj bi ga parlament v kratkem sprejel pa predvideva napacno pot za izboljšanje zdravstvenega sistema. Kljub temu, da povzema celo vrsto idej iz obdobja prejšnje vlade, jih v izvedbeni obliki onemogoča, tako da na prvi pogled izgleda, da obstaja velika odprtost za uvajanje zasebništva v javnem zdravstvu, v tehničnem delu pa tak nastanek in razvoj zasebništva onemogoča. Potrebno je tudi vsaj poskusiti z uvedbo delovanja svobodnega zdravnika specialista, ki bi lahko povečal konkurenco predvsem pri izvajanju specialistične dejavnosti na sekundarni ravni.

Rešitev problema delovanja zasebnikov je po mojem mnenju popoln prehod na koncesionarski sistem dela na primarni ravni. V tem primeru koncesionarji postanejo popolnoma in v celoti soodgovorni za delovanje zdravstvene službe na svojem področju, v celoti pokrivajo dežurno službo. Pri tem sistemu je potrebna posebna organizacija urgentne službe, ki ostane izven koncesionarske dejavnosti in jo za posamezno področje organizira regionalna skupnost. Tak sistem je uveden v 95 % vseh držav Evropske unije in pomeni bistveno boljšo preskrbljenost prebivalstva z zdravstvenimi uslugami, večjo dostopnost in večje zadovoljstvo uporabnikov in izvajalcev.

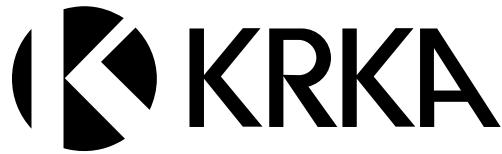
Poleg javne službe pa mora biti organizirana tudi zasebna zdravstvena javnost, ki ni predmet koncesij. Ta mora delovati na podlagi samoplačništva ali zdravstvenih zavarovanj, ki ne sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje (nadstandardna zavarovanja, dodatna zavarovanja). Tega sistema pri nas praktično ni, je pa za skrajševanje nekaterih čakalnih dob nujno potreben. Mora biti organizacijsko in finančno popolnoma ločen od sistema, ki je plačan s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja.

■ *mag. Andrej Bručan

leto/obdobje	Študij / delovno mesto / funkcija
1961	Maturiral na klasični gimnaziji v Ljubljani.
1967	Diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani.
1976	Podiplomski študij iz kardiologije v Varšavi.
1977	Podiplomski študij iz kardiologije na Medicinski fakulteti v Ljubljani.
1976 Montreal	V Montrealu študiral zdravljenje bradikardij, v Mainzu se je izpopolnjeval iz urgentne medicine in opravil izpit v Leuvnu.
1991 Mainz	
1994 Leuven	
1998	Izpopolnjevanje v kardiološkem centru ST. Luke Hospital v Houstonu.
1969	Zaposlitev na Infekcijski kliniki v Kliničnem centru v Ljubljani.
1974	Zaposlitev na Internih klinikah Zaloška.
1979-2004	Vodja Internistične prve pomoči v Kliničnem centru.
1992-1996	Direktor Internih klinik Zaloška.
1994-2004	Predsednik Slovenskega združenja za urgentno medicino.
1998-2004	Podpredsednik Evropskega združenja za urgentno medicino.
1996 naprej	Predsednik Stalne strokovne skupine za urgentno medicino RS.
1992-1996	Član strokovnega sveta generalnega direktorja Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani.
1999	Glavni koordinator za urgentno medicino v RS.
1998 naprej	Je recenzent pri reviji »Resuscitation«.
1996 – 2004	Je bil recenzent in član izdajateljskega sveta revije European Journal of Emergency Medicine Evropskega združenja za urgentno medicino.
1979-2004	Vodil pripravnštvo zdravnikov na področju urgentne medicine v Kliničnem centru Ljubljana.
1994 - 2004	Je bil predsednik združenja za urgentno medicino v RS in organizator letnega simpozija iz urgentne medicine.
1994	Se je včlanil v SDS.
1995-2004	Predsednik odbora za zdravstvo v strokovnem svetu stranke.
2000	Minister za zdravstvo v Bajukovi vladi.
2004-2007	Minister za zdravje v vladi Janeza Janše.
2007 -	Poslanec v poslanski skupini SDS v DZ RS.
2001-2007	Predsednik mestnega odbora SDS Ljubljana.
2001-2005	Podpredsednik SDS.

Krka, d.d., Novo mesto

■ 167



Krka v vrhu evropskih generičnih farmacevtov

■ 169

Delniška družba Krka, tovarna zdravil, d. d., Novo mesto se uvršča v vrh generičnih farmacevtskih podjetij v vzhodni, srednji in zahodni Evropi. Je eden največjih slovenskih izvoznikov, saj v več kot 70 državah od Vladivostoka do Lizbone proda kar 89 % vseh izdelkov.



Svojo mednarodno marketinško-prodajno mrežo je ob številnih podjetjih in predstavništvih v tujini okreplila z lastnimi proizvodno-distribucijskimi centri v Nemčiji, Ruski federaciji, na Poljskem in Hrvaškem.

Zgodovina

Začetki segajo v leto 1954, ko je bil v Novem mestu ustanovljen farmacevtski laboratorij Krka z osmimi zaposlenimi. Leta 1962 je bil zgrajen prvi proizvodni obrat z laboratoriji. Prva zdravila je registrirala na domačem trgu, že v šestdesetih letih pa se je usmerila na tuje trge. Na začetku je veliko sodelovala z licenčnimi partnerji, v začetku osemdesetih pa se je strateško usmerila v razvoj lastnih generičnih izdelkov z dodano vrednostjo. Konec sedemdesetih je pridobila prve registracije FDA za proizvodnjo antibiotikov.

- 170 ■** Ves ta čas je intenzivno povečevala proizvodne zmogljivosti in vlagala v razvojno-raziskovalno dejavnost. V devetdesetih je razširila svojo mednarodno marketinško mrežo in okreplila svoj položaj na evropskih trgih. Leta 1997 je z uvrstitvijo delnic na Ljubljansko borzo postala delniška družba. Z rezultati, ki jih dosega, se Krka danes uvršča med vodilna farmacevtska podjetja v Evropi.

Dejavnost in izdelki

Krkina dolgoročna strategija temelji na razvoju in prodaji visokokakovostnih generičnih farmacevtskih izdelkov, ki jih trži pod lastnimi blagovnimi znamkami, izdelanimi iz sicer znanih učinkovin, vendar po izpopolnjenih metodah in najsodobnejših tehnologijah. Uporabnikom zagotavlja kakovostna, varna in učinkovita zdravila z dodano vrednostjo.

Največji delež celotne prodaje, 82 %, predstavljajo zdravila na recept. Pri oblikovanju palete izdelkov pozorno sledi tistim obolenjem, ki najpogosteje pestijo sodobnega človeka. Tako razvija nove izdelke predvsem na štirih ključnih področjih: za zdravljenje bolezni srca in žilja, prebavil in presnove, osrednjega živčevja ter za zdravljenje okužb.

Zdravilom na recept z 11 % sledijo izdelki za samozdravljenje, veterinarski izdelki (3 %), kozmetični izdelki (1 %), ki so plod lastnega farmacevtskega znanja, in zdraviliško-turistične storitve (3 %) v odvisnem podjetju Terme Krka, ki je v 100-odstotni lasti Krke.

Tržišča

Krka je vodilni farmacevtski proizvajalec v Sloveniji, kjer proda 11 % svojih izdelkov in storitev od celotne prodaje. Njeni največji trgi so trgi regije Srednja Evropa, ki predstavlja 27 % od celotne prodaje, kjer je ključni trg Poljska, sledijo pa ji Češka, Slovaška, Madžarska, Litva in drugi. Trgom regije Srednja Evropa sledijo s 24 % od celotne prodaje trgi regije Vzhodna Evropa, kjer je Krkin ključni trg

Ruska federacija. Pomembni trgi v tem delu sveta pa so tudi Ukrajina, Kazahstan, Uzbekistan, Gruzija, Azerbajdžan, Belorusija in drugi. Regiji Vzhodna Evropa stopa ob bok regija Zahodna Evropa in čezmorska tržišča, ki prav tako predstavlja 24 % od celotne prodaje. Najpomembnejši trgi v tej regiji so Nemčija, Velika Britanija in skandinavske države ter Francija in Italija. Krka trži svoje izdelke tudi v Afriki, na Arabskem polotoku in Dalnjem Vzhodu. V regiji Jugovzhodna Evropa, kjer so med največjimi trgi Hrvaška, Romunija in Bolgarija, pa Krka ustvari 14 % od celotne prodaje.

Prodaja in načrti

Skupina Krka, v kateri je danes zaposlenih 7763 ljudi, je v letu 2008 povečala prodajo za 22 % in dosegla 950 milijonov EUR, ustvarila pa je 156 milijonov EUR dobička.

Za leto 2008 skupina Krka načrtuje prihodke od prodaje v višini 1.062 milijonov EUR, čisti poslovni izid v višini 161 milijonov EUR in izdatke za investicije v višini 160 milijonov EUR. Skupina Krka bo imela konec leta 2008 predvidoma 8055 zaposlenih.

Krka namerava svojo mednarodno marketinško mrežo v prihodnje še razširjati, obenem pa na trge vstopati s sodobnimi generičnimi izdelki, proizvedenimi v lastnih proizvodnih obratih doma in na tujem. Z intenzivnim vlaganjem v znanje in ustvarjalnost skoraj osem tisoč zaposlenih uresničuje strateške cilje in gradi dolgoročne odnose s svojimi partnerji.





za dobrobit zdravnika in bolnika



**NAJNIŽJA
PREMIJA**
dopolnilnega
zdravstvenega
zavarovanja

VzajemnaZdravje - dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Zakaj **Vzajemna** zdravstvena zavarovalnica:

- ker imamo dolgoletne **izkušnje** pri izvajanju zdravstvenih zavarovanj,
- ker smo **največja** specializirana zdravstvena zavarovalnica v Sloveniji,
- ker imamo dostopno široko razvejano **mrežo po vsej Sloveniji**,
- ker vedno **skrbimo za vas** in vedno ponujamo **dodatne ugodnosti**.

Skleni dopolnilno zdravstveno zavarovanje VzajemnaZdravje in si zagotovi finančno in zdravstveno varnost v primeru bolezni ali nezgode.

www.vzajemna.si

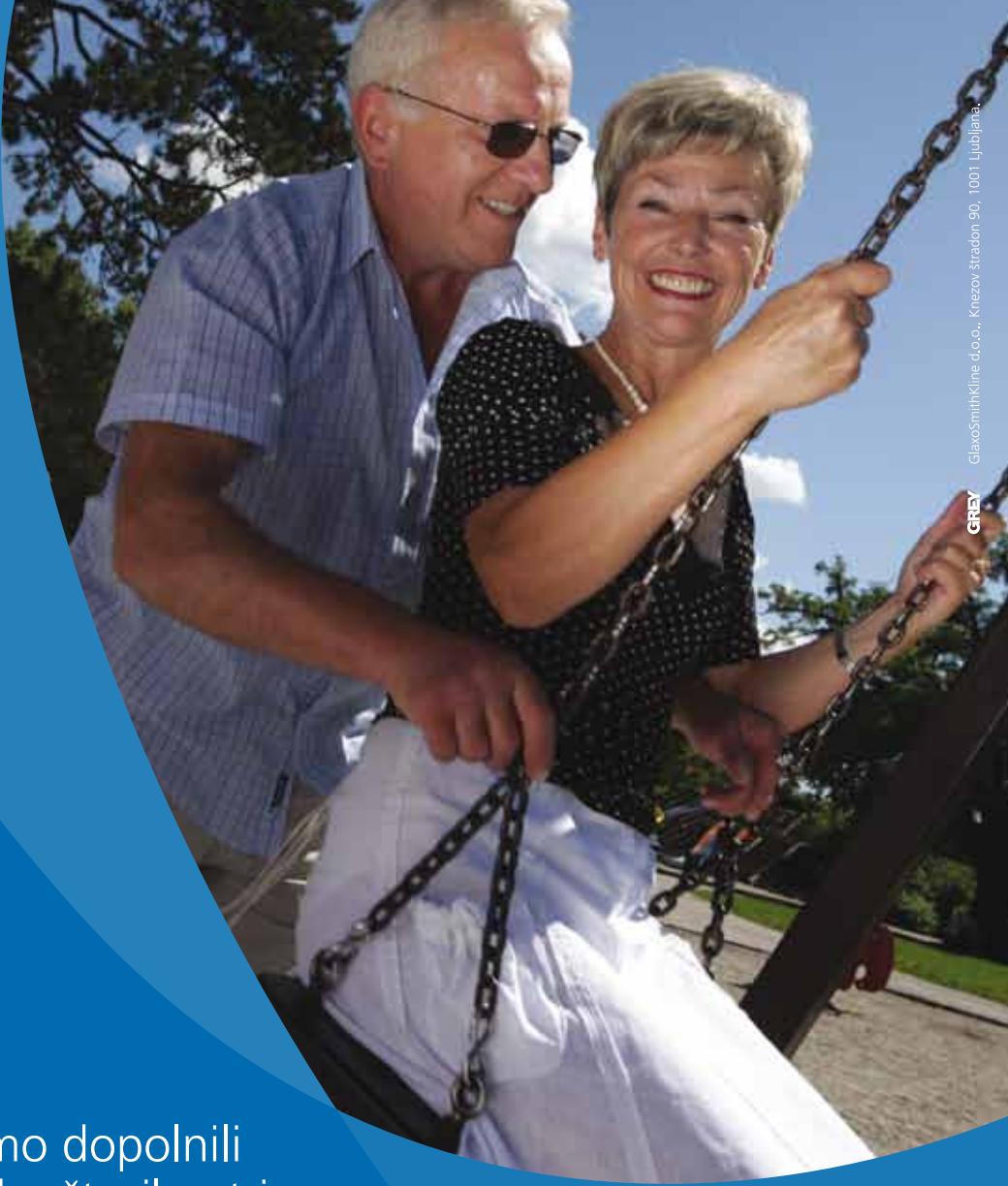


VZAJEMNA
Jaz zate, ti zame.

((C) MODRSTEVIKA
080 20 60)



W W W . M O B I T E L . S I



Ko bomo dopolnili 70 let, bo število utripov našega srca znašalo v povprečju 2 milijardi in pol.

Naše glavno poslanstvo je izboljševanje kakovosti življenja. Na temeljih te vrednote smo postali eno vodilnih svetovnih v raziskave in razvoj usmerjenih farmacevtskih družb. Raziskujemo, razvijamo, proizvajamo in tržimo zdravila in cepiva, ki preprečujejo in zdravijo številne bolezni. Proizvajamo tudi izdelke za nego zob in ustne votline. S prisotnostjo na vseh svetovnih trgih, tudi v Sloveniji, želimo aktivno prispevati k zdravju vseh ljudi.

Naredite več, počutite se bolje, živite dlje.

gsk
GlaxoSmithKline

Ugled je povezan z zaupanjem

*Sledimo poslanstvu Creda in
ustvarjamo inovativno prihodnost.*

Iz Creda Johnson & Johnson, 1943:

*"Menimo, da smo najprej odgovorni zdravnikom, sestram in bolnikom, materam in očetom
ter vsem drugim, ki uporabljajo naše izdelke in storitve.*

Ko poskušamo zadostiti njihovim potrebam, mora biti zelo kakovostno vse, kar naredimo ..."



JANSSEN-CILAG

Farmacevtski del *Johnson & Johnson* d.o.o.

ZDRAVILIŠČE LAŠKO



Prijazno in varno okolje za vse,
ki si želite zdravja in dobrega počutja.

ZDRAVILIŠČE LAŠKO
TERME | CENTER MEDICINE | WELLNESS | HOTEL

Nadaljujemo 155 let zdravljenja in rehabilitacije gibal s pomočjo zdravilnega termalnega vrelca in sodobnih postopkov fizikalne terapije.

ZDRAVIMO:

- Stanja po poškodbah in operacijah gibalnega sistema s funkcionalnimi izpadi.
- Degenerativni sklepni in izvensklepni revmatizem, še posebej obolenja hrbtnice.
- Mišična in nevrološka obolenje ter stanja po možganski kapi.
- Motnje prekrvavitve perifernega ožilja.
- Ginekološke bolezni – stanja po operativnih posegih na dojkah in v mali medenici.
- Dermatološka obolenja.

PROGRAMI:

- Zdraviliško zdravljenje
- Obnovitvena rehabilitacija
- Program zdravja
- Program proti bolečini v križu
- Program sprostitve

Hotel je prilagojen gibalno oviranim gostom, del hotela je namenjen tistim, ki potrebujejo zdravstveno nego in pomoč pri dnevnih aktivnostih.



SPECIALISTIČNE AMBULANTE IN POSVETOVALNICE:

- fiziatrična
- nevrokirurška
- ortopedска
- kardiološka
- nevrološka
- revmatološka
- za žilno kirurgijo
- dermatološka
- alergološka
- osteopatska

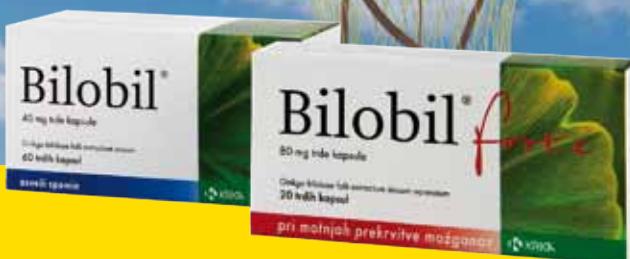


THERMANA
Družba dobrega počutja
www.thermana.si

Thermana d.d.
Zdraviliška c. 4
3270 Laško
t: 03 734 5700
info@thermana.si



Bilobil. In nič vam ne uide iz glave!



Za boljši spomin in večjo moč koncentracije.

Redno jemanje Bilobil izboljuje prekrvitev. Vaši možgani bodo bolje oskrbljeni s kisikom in energijo. Za trajnejši učinek priporočamo vsaj trimesečno zdravljenje.

www.krka.si



Pred uporabo natančno preberite navodilo!

O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.

FITOVAL®
FORMULA

Hair
Expert.



Vaša formula za goste in močne lase.

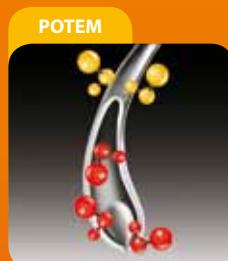
FITOVAL PROTI IZPADANJU LAS

Zmanjšano izpadanje las, povečan volumen in bolj vitalni lasje so dokazani z dermatološko raziskavo.*

Aktivne sestavine v izdelkih lasem takoj vračajo polnost in poskrbijo za dolgorajno rešitev težav z izpadanjem las.



Glikogen in pšenični peptidi globinsko obnavljajo las.



Glikogen spodbuja rast lasnih mesečkov. Pšenični peptidi krepijo lasna vlakna.**

Izdelki proti izpadanju las:
dermatološki šampon,
dermatološki losjon in
kapsule.

**CELOSTNI
PRISTOP**



www.krka.si

 KRKA

*Naša inovativnost in znanje
za učinkovite in varne
izdelke vrhunske kakovosti.*