



SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES  
SLOVENIAN WORLD CONGRESS

**II. SREČANJE SLOVENSKIH ZRAVNIKOV  
DOMA IN PO SVETU**

**GRADIVO**



*Ljubljana, Nova Gorica, 20.-23. oktober 1999*



---

**SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES**  
SLOVENIAN WORLD CONGRESS

**II. SREČANJE SLOVENSKIH ZRAVNIKOV  
DOMA IN PO SVETU**

**GRADIVO**

*Ljubljana, Nova Gorica,  
20.-23. oktober 1999*



# SVETOVNI SLOVENSKI KONGRES

SLOVENIAN WORLD CONGRESS

**Izdajatelj in založnik:**

Svetovni slovenski kongres  
Slovenian World Congress  
Cankarjeva 1/IV, 1000 Ljubljana, Slovenija

**Odgovorna urednica:**

Jana Podobnik

**Urednica:**

Elizabeta Bobnar Najžer

**Na naslovnici:**

Večno prepletanje zdravniških simbolov, kupe življenja in kače, starodavnega znamenja zdravilstva.  
(Vitražno okno v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije.)

**Foto naslovnice:**

Amadej Lah

**Foto Ljubljane:**

Peter Pokorn

V skladu z zakonom o davku na dodano vrednost sodi gradivo za kongres: "II. Srečanje slovenskih zdravnikov doma in po svetu", med publikacije, za katere se plačuje 8 odstotni davek.

## Srečanje so omogočili:

*Ministrstvo RS za zunanje zadeve –  
Urad RS za Slovence v zamejstvu in po svetu*

•  
*Ministrstvo RS za zdravstvo*

•  
*Ministrstvo RS za znanost in tehnologijo*

•  
*Zdravniška zbornica Slovenije*

•  
*Slovensko zdravniško društvo*

•  
*Lek, d.d.*

•  
*Ely Lilly (Suisse) S. A., podružnica v Ljubljani*

•  
*SMART-COM*

•  
*Pfizer*

## POZDRAVNI NAGOVORI

## WELCOME REMARKS



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZUNANJE ZADEVE  
URAD REPUBLIKE SLOVENIJE ZA SLOVENCE  
V ZAMEJSTVU IN PO SVETU

Ljubljana, 20.9.1999

Svetovni slovenski kongres  
Cankarjeva 1/IV  
1000 Ljubljana

**Zadeva: Uvodne misli oz. mnenje Urada RS za Slovence v zamejstvu in po svetu ob  
priliki srečanja slovenskih zdravnikov doma in po svetu**

Slovence, ki žive izven matične domovine, so po svetu popeljali različni vzroki. Nema lokdaj je "uka žeja" nameravano krajšo odsotnost iz domovine spremenila v trajno izseljenost. Vezi, stkane med posameznikom in domovino pa kljub temu ostajajo. Sorodniki, prijatelji, tudi stroka predstavljajo tiste elemente, ki le-te vezi krepijo.

Vsakič znova smo ponosni, ko tujina izpostavi dobra dela kakega Slovenca. So kot odsev Slovenije v ogledalu pred očmi tuje javnosti. In slovenski zdravniki so mnogokrat med njimi, najsi gre za tiste, ki žive doma ali tiste, ki žive v tujini. Seminar, ki letos nadaljuje lanskoletni uspešni uvod, predstavlja priložnost za boljše medsebojno poznavanje in povezovanje. Ne predstavlja zgolj pridobitve za Slovenijo temveč posredno doprinaša k napredku svetovne medicine. Izmenjava izkušenj mnenj širi obzorja védenja in znanja. Zato zaželim seminarju iskreno dobrodošlico ter pozdravljam vse prisotne gradnike mostu mednarodnega sodelovanja.

S spoštovanjem,

Mihaela Logar  
državna sekretarka



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVSTVO

Spoštovane kolegice in kolegi, spoštovani prijatelji!

Pozdravljeni in dobrodošli na II. mednarodnem srečanju slovenskih zdravnikov doma in po svetu.

Prepričan sem, da ni veliko poklicev, ki bi jim bile bolj tuje narodnostne in jezikovne delitve oziroma ločitve z mejami, kot je ravno poklic zdravnika. Naše stanovsko načelo je namreč humanizen in naš skupni cilj je človekovo zdravje. Zato morajo biti vsa naša prizadevanja usmerjena v to smer. In v tej luči vidim tudi naše letošnje druženje.

Z gotovostjo trdim, da je slovensko zdravstvo zadnje desetletje preživelo brez usodnejših pretresov. Kot eden najpomembnejših segmentov družbe je zdravstvo ohranilo in še izboljšalo visok nivo, ki posamezniku in skupnosti omogoča normalno življenje. Poleg pametne in premišljene zdravstvene politike so k temu v veliki meri pripomogli tudi številni posamezni zdravstveni delavci, ki jih evforija časa ni odvrnila od osnovnega vodila zdravniške službe. Danes pa nam ravno to omogoča, da smo se pripravljene soočiti in prilagoditi vsem spremembam in novostim na področju zdravstva ter brez bojazni gledati naprej. Poleg tega pa se nam vedno bolj odpirajo možnosti, da svoje znanje lahko uporabimo tudi drugod in tako enakovredno prispevamo k razvoju medicine. Prepričan sem namreč, da imamo svetu kaj ponuditi.

Slovenski zdravniki smo iz najrazličnejših razlogov raztreseni tako rekoč povsod po svetu. V slovenski naravi je, da to sprejemamo kot rano na nacionalnem telesu, čas pa je, da domače znanje in izkušnje s področja medicine ter znanje in izkušnje slovenskih zdravnikov v tujini soočimo, primerjamo in primerno uporabimo. Majhen prostor kaj kmalu postane zatohel, zato sta zračenje in prevetritev več kot dobrodošla. Veseli me, da smo zdravniki v tem pogledu krepko pred siceršnjim slovenskim moledovanjem.

Soočenje stroke in prijateljski pogovor naj bo torej vodilo našemu srečanju.

Dr. Marjan JEREB  
Minister za zdravstvo RS



Dr. Lojze Marinček, minister

Trg OF 13, 1000 Ljubljana, Slovenija  
telefon (061) 1784 708, telefaks (061) 1784 723

Ljubljana, 14. september 1999

Svetovni slovenski kongres  
Gospa Jana Podobnik  
glavna tajnica

Cankarjeva 1

1000 LJUBLJANA

Spoštovani,

Dovolite mi, da v imenu Ministrstva za znanost in tehnologijo ter v svojem lastnem imenu, vsem udeležencem **2. srečanja slovenskih zdravnikov doma in po svetu** zaželim pristočno dobrodošlico v matični domovini Sloveniji. Veseli nas, da Svetovni slovenski kongres nadaljuje s to plemenito in koristno tradicijo. S temi srečanji se ne utrjuje le nacionalna zavest in pripadnost slovenskemu narodu, ampak tudi mobilizira širši intelektualni potencial slovenskih strokovnjakov s področja medicine, ki so zaradi različnih okoliščin morali oditi iz domovine ter se uveljaviti v svetu.

Vloga vladnih institucij ni le zagotavljanje enotnega slovenskega kulturnega prostora, temveč tudi, ali morda še bolj, ohranjanje enotnega slovenskega intelektualnega prostora, ki se ne razteza le v zamejstvo, ampak po vsej zemeljski obli.

Znanje postaja ključni dejavnik gospodarskega in siceršnjega razvoja v svetovnih razsežjih, zato je srečanje slovenskih zdravnikov z vsega sveta odlična priložnost za izmenjavo izkušenj, prenos znanja ter napredek tega znanstvenega področja v Sloveniji.

Z željo po prijetnem in učinkovitem srečanju vas lepo pozdravljam



*Lojze Marinček*  
Dr. Lojze Marinček  
minister



Dr. Jože Bernik  
Predsednik Svetovnega slovenskega kongresa

## Dobrodošlica drugemu mednarodnemu srečanju slovenskih zdravnikov

Že drugič imam čast, da morem v imenu Svetovnega slovenskega kongresa v Sloveniji pozdraviti častne goste in slovenske zdravniške specialiste od doma, zamejstva in iz sveta. Dobrodošli v slovenski metropoli!

Po lanskem srečanju se je na skupno pobudo udeležencev ustanovil iniciativni odbor za pripravo naslednjih tovrstnih srečanj. Pri pripravi srečanj Svetovni slovenski kongres z veseljem sodeluje in bo sodeloval z Zdravniško zbornico Slovenije in s Slovenskim zdravniškim društvom. Ker ima Svetovni slovenski kongres nalogo povezave vseh Slovencev in Slovenk po svetu in le-teh z matično domovino, moremo tako pomagati obema poklicnima zdravniškima združenjema pri povezovanju s slovenskimi zdravniškimi strokovnjaki po svetu. Veseli smo skupnega uspeha.

Tako doma kot po svetu je obilo slovenskih talentov. Tudi na zdravniškem področju. Če razmisljamo sinergistično, moremo razumeti, koliko bolje moremo predstavljati slovenske dosežke, tu in po svetu, z osebno in strokovno povezavo. Takšna povezava je koristna na strokovnem področju, hkrati pa Slovenijo predstavlja navzven. To je pač naravna dolžnost nas vseh, ne glede na stroko ali prostor v svetu.

Vsem udeležencem želim lepo strokovno srečanje in prijetno bivanje v Sloveniji!



*Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.*  
Predsednik iniciativnega odbora za pripravo  
mednarodnih srečanj slovenskih zdravnikov  
doma in po svetu

## Slovenskim zdravnikom v pozdrav

Pozdravljam vse udeležence drugega mednarodnega srečanja slovenskih zdravnikov doma in po svetu, ki ga organiziramo v okviru Svetovnega slovenskega kongresa. Po uspešnem lanskoletnem srečanju je bil izvoljen iniciativni odbor za naslednja srečanja, ki je sklenil, da bo naslednji sestanek že leta 1999, nato pa se bomo srečevali vsaki dve leti. Dogovorjeno je bilo tudi, da bomo eno od prihodnjih srečanj organizirali v državi, kjer dela več slovenskih zdravnikov, enkrat pa bo organizacija dodeljena zamejskim Slovincem. Ko smo na iniciativnem odboru ocenjevali lansko srečanje, smo lahko ugotovili izjemen uspeh, ki so ga omogočili številni slovenski zdravniki iz tujine in tudi iz Slovenije. Letos sta pri organizaciji posebej pripomogla Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zdravniško društvo, ki sta nosilca zdravniškega delovanja v Sloveniji. Tudi letos smo dobili pomoč pri različnih posameznikih in organizacijah, ki so nam tako po finančni kot tudi po moralni strani pomagali organizirati srečanje.

Letošnji program je razdeljen na različna poglavja, ki obravnavajo področja, na katerih smo Slovenci v medicini dosegli zavidljive rezultate, po drugi strani pa zajemajo tudi problematiko, ki je v Sloveniji sedaj zelo aktualna. Tu mislim predvsem področje kardiologije in kardiovaskularne kirurgije, ki je kljub številnim težavam v zadnjih dveh letih dosegla dobre rezultate tudi na področju urgentne kardiologije. Pomembno je, da organiziramo tudi sklop predavanj v zvezi s samomori, ki v Sloveniji zahtevajo vse preveč življenj. Posebno poglavje je namenjeno prikazu raziskovalnega dela naših zdravnikov doma in po svetu.

V pripravi programa smo lahko ugotovili, da veliko slovenskih zdravnikov, ki delajo po svetu, niti nismo poznali oziroma jih še vedno ne poznamo. Zato so taka srečanja pomembna tudi za spoznavanje in registracijo vseh slovenskih zdravnikov, ki delajo v tujini, in ki so mogočen potencial za

nadaljnji razvoj slovenske medicine tudi doma. Hkrati lahko ugotovimo, da tudi slovenska medicina na marsikaterem področju lahko nudi oporo tem našim zdravnikom po svetu. Naša pomembna naloga je, da slovenskim zdravnikom po svetu omogočimo enako obravnavo tako pri študiju kot pri delu v Sloveniji, kot ga imajo slovenski zdravniki doma. To vključevanje je bilo v preteklem obdobju močno ovirano in žal tudi danes še ne poteka v normalnih okvirih.

Še posebej smo organizatorji zadovoljni zaradi organizacije letošnjega skupnega srečanja obeh zdravniških stanovskih organizacij skupaj z nami v Novi Gorici, k sodelovanju pa smo pritegnili tudi sindikat slovenskih zdravnikov. Naše zadovoljstvo bo še večje, če bo rezultat tega skupnega razgovora o nadaljnjem sodelovanju različnih zdravniških organizacij pozitiven, o čemer ne dvomimo.

V program smo uvrstili tudi zanimiv družabni del, ki se bo zaključil z izletom v dolino Soče. Tudi ta del srečanja je pomemben za spoznavanje slovenskih zdravnikov z različnih delov sveta.

Za pomoč pri organizaciji tega srečanja se želim zahvaliti številnim sponzorjem in posameznikom. V posebno zadovoljstvo mi je, da sta nam s svojimi bogatimi izkušnjami pri organizaciji pomagala tudi predsednik Svetovnega slovenskega kongresa dr. Jože Bernik in njegova soproga dr. Marija Bernik. Brez njunih nasvetov bi marsikatero področje tega srečanja ne doseglo tako zavidljive ravni. Zahvala velja tudi gospe Jani Podobnik in gospodu Franciju Feltrinu za pomoč pri organizaciji.



Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.  
Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

## Za napredek stroke in stanu

Zdravniška zbornica Slovenije je lani z veseljem sprejela pobudo Slovenskega svetovnega kongresa in pomagala pri organizaciji prvega kongresa, ki je združil slovenske zdravnike doma in po svetu, saj je želela in želi s tem pripomoči k čim širšemu stanovskemu povezovanju med zdravništvom. Kot član iniciativnega odbora za prihodnja srečanja sem se zato letos čutil osebno zavezanega, da srečanje zaživi na višji ravni, da ga kot svojega sprejme čimveč zdravniških strokovnjakov, ki jim je skupna slovenska narodnostna identiteta. Vesel sem, da lahko letos ponovno pozdravim vse številne sodelujoče, tokrat v Ljubljani.

Če se ozremo po preteklih stoletjih vidimo, da je bilo današnje ozemlje Republike Slovenije zibelka številnih pomembnih intelektualcev, znanstvenikov in predvsem zdravnikov, ki so vtisnili pečat širšemu evropskemu prostoru. Čeprav znameniti, večina ni nikoli pozabila soje domovine in so ji na nek način želeli in tudi aktivno pomagali. Menim, da je stoletna tradicija svetovljanstva tudi danes v krvi prenekaterega Slovenca, vsekakor pa v krvi vseh udeležencev tokratnega srečanja.

Čeprav izhajamo iz ekonomsko in narodnostno manj pomembne države, slovenski intelektualci zasedajo pomembna mesta v svetovnih organizacijah. Med njimi je zlasti veliko zdravnikov. Danes so državne meje vedno bolj odprte nenehnemu pretoku idej in znanja, tudi pretok strokovnjakov je zaradi širokega, lahko bi rekli svetovnega trga vedno večji. Zato postaja vedno pomembnejše ponovno združevanje, lahko bi celo rekel lobiranje, na narodnostni osnovi, da bomo z medsebojnim sodelovanjem, izmenjavo znanja in izkušenj lahko preživeli v novonastajajoči veliki državi Evropi. Vse udeležence vabim h konstruktivnim razpravam v kakovostnem strokovnem delu srečanja ter še posebej k tvornemu sodelovanju na skupni okrogli mizi udeležencev kongresa, članov Slovenskega zdravniškega društva, sindikata Fides in Zdravniške zbornice Slovenije.

Vse priznanje predsedniku Svetovnega slovenskega kongresa ter vsem, ki so sodelovali pri pripravi in organizaciji srečanja.



Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.  
Predsednik Slovenskega zdravniškega društva

## Da bi nas razdalje zbliževale

V Slovenskem zdravniškem društvu smo z navdušenjem sprejeli pobudo Svetovnega slovenskega kongresa, da skupaj organiziramo srečanje slovenskih zdravnikov doma in po svetu, ki je bilo prvič lansko leto. Ob tem me je spremljal občutek slabe vesti. Pobude za takšno srečanje namreč ni dala nobena slovenska zdravniška organizacija, temveč Svetovni slovenski kongres. Menim, da se tako slovenska država kot njeni državljani, ki živimo doma, vse premalo zavzemamo za to, da bi Slovenci, ki živijo širom po svetu, postali aktivni, enakopravni in prepoznavni del slovenske države. Vse preveč je še vzorcev razmišljanja iz preteklosti, ko je bilo izseljeništvu v pretežni meri zaznamovano z negativnim predznakom. Izseljevanje Slovencev pred II. svetovno vojno (predvsem iz ekonomskih razlogov) in po vojni (predvsem iz političnih razlogov) je eden najbolj usodnih populacijskih procesov, ki je dolgoročno zaznamoval slovenski narod, in to ne zaradi želje posameznikov po avanturizmu, temveč zaradi neprijaznih razmer v domovini. Med izseljenci je veliko intelektualcev, zlasti zdravnikov. Praviloma so se izseljevali najspodobnejši, ker je bil tudi pogoj za uspeh v tujini in številni naši kolegi - zdravniki ste uspeli in to večkrat v zelo krutih razmerah. Številni naši zdravniki in v zadnjem času tudi njihovi potomci zasedajo vodilne položaje na prominentnih ustanovah zahodne Evrope in ZDA. Številni, ki delujete po svetu, ste se z vrhunskimi dosežki na področju stroke in medicinske znanosti vpisali v anale svetovne medicinske zgodovine. Vi ste naš ponos, kajti prepričan sem, da kot Slovenci ohranjate pripadnost slovenskemu narodu in tako s svojim delovanjem promovirate tudi našo malo državo. Po drugi strani pa nas razdvojenost in razdalje, ki nas ločijo, onesrečujejo, kajti še vedno ni dovolj tesnega sodelovanja z vami, ki živite po svetu in slovenskim zdravstvom.

Redna srečanja z vami, ki delujete po svetu, in zdravnikov, ki živimo v matični domovini, so izredno pomembna in prinašajo obojestransko korist. Prepričan sem, da vsi vi, ki delujete širom po svetu,

lahko kot ambasadorji pomembno prispevate k promociji slovenske medicine v svetu in to ne le z vašim vsakdanjim rutinskim delom, temveč z omogočanjem pretoka znanja, s pomočjo pri navezovanju stikov naših domačih strokovnjakov s pomembnimi zdravstvenimi institucijami v tujini ter s seznanjanjem z najnovejšimi dosežki na področju medicinske znanosti. Prepričan pa sem, da vam lahko naša skupna domovina, poleg užitkov ob spoznavanju kulturnih in zgodovinskih znamenitosti, ponudi tudi možnost dodatnega izpopolnjevanja vas samih ali vaših potomcev, kajti nekatere medicinske stroke se tudi pri nas ponašajo z dosežki svetovnega slovesa.

Ena od pomembnih slabosti našega zdravstva je dejstvo, da se velikega znanstvenega in strokovnega potenciala, ki deluje v tujini, do nedavnega iz nerazumljivih razlogov nismo v zadostni meri posluževali. Menim, da ne bi smelo miniti nobeno pomembno strokovno srečanje medicinskih strokovnjakov, ki ga organiziramo v Sloveniji, ne da bi nanj povabili ugledne in prominentne strokovnjake, ki delujete v tujini. Zaradi tesnejše povezanosti in lažje izmenjave informacij smo v Slovenskem zdravniškem društvu že pred leti predlagali, da se ustanovi posebna Sekcija slovenskih zdravnikov po svetu in, kot mi je znano, je bila ta zamisel podprta s strani nekaterih udeležencev lanskega srečanja. Ustanovitev takšne sekcije bi omogočila polnopravno članstvo v Slovenskem zdravniškem društvu, ki kot civilna organizacija že več kot 135 let zastopa interese slovenskih zdravnikov.

## II. SREČANJE

# SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV DOMA IN PO SVETU

Ljubljana, Nova Gorica, od 20. do 23. oktobra 1999

### 1. DAN:

**Sreda, 20. oktober 1999, LJUBLJANA, dvorana Lek**

13:30 Odhod avtobusa izpred hotela Union

14:00 Registracija

15:00 **Problematika zdravstvene politike,**  
predseminarska okrogla miza

*Koordinator:* prim. **dr. Janez Zajec, dr. med.**, državni sekretar Ministrstva Republike Slovenije za zdravstvo

### Sodelujoči:

- **prim. dr. Janez Zajec, dr. med.**, državni sekretar Ministrstva Republike Slovenije za zdravstvo: *Vizija razvoja zdravstva v Sloveniji*

- **prim. Majda Ana Kregelj Zbačnik, dr. med.**, poslanka v Državnem zboru Republike Slovenije, predsednica parlamentarnega odbora za zdravstvo, delo, družino in socialno politiko: *Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji v 21. stoletju*

- **asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.**, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije: *Slovensko zdravstvo – možnosti za trženje navzven*

- **Franc Košir, univ. dipl. iur.**, generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS: *Dolgotrajna nega za vse, ki so je potrebni – Vzpostavitev enotnega obveznega zavarovanja za dolgotrajno nego – razvojna nujnost v Sloveniji*

- **dr. Silvester Lango**, ortoped v zasebni praksi, New York, ZDA: *Zasebno bolnišnično zdravljenje v ZDA*

Zvečer prosto

Prenočevanje v hotelu Union, Ljubljana

### 2. DAN:

**Četrtek, 21. oktober 1999, LJUBLJANA, dvorana Lek**

### URADNI ZAČETEK SREČANJA

8:30 Odhod avtobusa izpred hotela Union

9:00 Registracija

9:30 *Pozdravni nagovori:*

- **dr. Jože Bernik**, predsednik Svetovnega slovenskega kongresa

- **spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.**, predsednik iniciativnega odbora srečanj slovenskih zdravnikov doma in po svetu

- **Janez Podobnik, dr. med.**, predsednik Državnega zbora Republike Slovenije

- **dr. Marjan Jereb, dr. med.**, minister za zdravstvo Republike Slovenije

- **prof. Mihaela Logar**, državna sekretarka za Slovence po svetu

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

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

10:00 *Uvodno predavanje:* **dr. Frank Naeymi-Rad, Ph.D., M.B.A.**, predsednik, Intelligent Medical Objects, Inc., ZDA: *Uporaba računalnika v medicini - Ovrednotenje uporabe elektronskih zdravniških kartotek v naslednjem tisočletju*

Odmor

11:30 **Etika v zdravstvu, odnos zdravnika do bolnika**, okrogla miza



Koordinatorja: akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., Klinični center Ljubljana, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, dr. Božidar Voljč, dr. med., v.d. direktorja, Zavod R Slovenije za transfuzijo krvi

**Sodelujoči:**

- **dr. Dušan Gojkovič**, Associated Psychiatrists of Kankakee, ZDA: *Vpliv gospodarstva, okolja in kulture na odnos med bolnikom in zdravnikom / etika v zdravstvenem varstvu*
- **dr. Silvester Lango**, ortoped v zasebni praksi, New York, ZDA: *Etične dileme kirurga ortopeda v New Yorku*
- **dr. Cvijeta Pahljina**, psihiatrinja v zasebni praksi, Ambulanta za pomoč v duševni stiski, Celje: *Etična vprašanja v odnosu zdravnika do bolnika*
- **Vesna Gorup**, predstavnica Združenja slovenskih študentov medicine: *Interdisciplinarna zdravstvena ekipa*

Razprava

13:00 Kosilo

15:00 **Predstavitev dela slovenskih zdravstvenih raziskovalcev doma in po svetu**

Pozdrav ministra za znanost in tehnologijo

Koordinatorja: akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med., Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, in asist. Branko Zorn, dr. med., Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Center za andrologijo

**Sodelujoči:**

- **dr. Matevž Kržan**, Institute for Neurology and Neurosurgery, Beth Israel Medical Center New York, NY, ZDA: *Intervencijska nevrofiziologija*
- **doc. dr. Mojca Kržan, dr. med.**, Medicin-

ska fakulteta Ljubljana, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo: *Reaktivni odgovor astrocitov po eksperimentalni možganski poškodbi*

- **asist. Branko Zorn, dr. med.** Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Center za andrologijo: *Kriptorhizem: zakaj njegova pojavnost narašča?*
- **dr. Stanka Ovcak Deržič**, Research Assoc., Children Hospital of Orange County, Oncology Research, ZDA: *Protitumorsko delovanje krvnih celic človeške popkovnice*
- **doc. dr. Tadej Battelino, dr. med.**, Klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika: *Molekularna in klinična genetika v pediatrični endokrinologiji*
- **Paula Misija, dr. med.**, mag. Slobodan Pavlovič, dipl. psih., Psihatrijska klinika, Univerzitetni klinički center Tuzla, Bosna in Hercegovina: *Vpliv depresivnih motenj na invalidnost delavcev*
- **dr. Theresa I. Kepic, dr. med.**, Univ. of Health Sciences, Chicago Med. School, ZDA, dr. Frank Naeymi-Rad, Ph.D., M.B.A., Intelligent Medical Objects, Inc., ZDA: *Ukrepanje pri potvarjanju medicinskih informacij na medmrežju (internetu)*

19:00 SPOZNAVNI VEČER, restavracija Hotela Austrotel, Miklošičeva 9, Ljubljana

**3. DAN:  
petek, 22. oktober 1999, LJUBLJANA**

9:00 Oglad Kliničnega centra v Ljubljani

10:30 **Predstavitev novejših dosežkov pri odkrivanju in zdravljenju bolezni srca in ožilja v Sloveniji**, Klinični center, predavalnica II

**Sodelujoči:**

- **doc. dr. Tone Gabrijelčič, dr. med.**, Klinični center Ljubljana

- **prof. dr. Peter Rakovec, dr. med.**, Klinični center Ljubljana
- **doc. dr. Borut Geršak, dr. med.**, Klinični center Ljubljana
- **prof. dr. Andrej Cijan, dr. med.**, Klinični center Ljubljana

12:15 Kosilo, restavracija Kliničnega centra

Po kosilu odhod proti Novi Gorici

15:00 **Depresija in samomori**, okrogla miza, dvorana Primorskega dramskega gledališča, Nova Gorica

Koordinator: **doc. dr. Slavko Ziherl, dr. med.**, direktor, Psihatrična klinika Ljubljana Polje

**Sodelujoči:**

- **doc. dr. Onja Tekavčič Grad, klin. psih. spec.**, Psihatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Slovenija: *Zdravnik in samomor*
- **dr. Dušan Gojkovič**, Associated Psychiatrists of Kankakee, ZDA: *Samomor: klinično zdravljenje in ukrepanje z dejavniki tveganja v ZDA*
- **dr. Tomislav Žargaj**, North Shore Psychiatric Assoc, Salem, ZDA: *Miti in dejstva o samomoru*
- **dr. Bernard Špacapan**, SERT, Servizio per le Dipendenze, Gorizia, Italija: *Samomor in pretirano uživanje mamil*
- **dr. Marco A. Križ**, Nevropsihiatrična bolnišnica "Jose T. Borda", Medicinska fakulteta Univerze v Buenos Airesu, Argentina: *Samomor in depresija v Argentini*

Razprava

17:00 Udeleženci srečanja so vabljeni na 136. skupščino Slovenskega zdravniškega društva

18:00 **Sodelovanje med zdravniškimi organizacijami v Sloveniji**, skupna okrogla miza

**Sodelujejo:**

- **asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.**, predsednik Zdravniške zbornice Slovenije
- **prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.**, predsednik Slovenskega zdravniškega društva
- **Konrad Kuštrin, dr. med.**, predsednik sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije FIDES

20:00 Skupna slavnostna večerja

Prenočevanje v Novi Gorici

**4. DAN:  
sobota, 23. oktober 1999**

Celodnevni izlet po Goriški  
Oblikovanje zaključkov srečanja

**Zaključek srečanja**

Vrnitev avtobusa v Ljubljano

# THE SECOND MEETING OF SLOVENIAN PHYSICIANS AT HOME AND ABROAD

Ljubljana, Nova Gorica, October 20 - 23, 1999

## DAY 1:

Wednesday, October 20, 1999, LJUBLJANA, Lek Hall

1:30 p.m. Departure from hotel Union by bus

2:00 p.m. Registration

3:00 p.m. **Problems of Health Policy**, pre-seminar round-table discussion

Co-ordinator: **Janez Zajec, M.D.**, State Secretary of the Ministry of Health of the Republic of Slovenia

### Participants:

- **Janez Zajec, M.D.**, State Secretary of the Ministry of Health of the Republic of Slovenia: *Vision of Health Care Development in Slovenia*
- **Majda Ana Kregelj Zbačnik, M.D.**, Member of the Slovenian Parliament, Chair of the Parliamentary Committee for Health, Labour, Family and Social Policy: *Health Care of Children and Adolescents in Slovenia in the 21st Century*
- **Marko Bitenc, M.D., M.Sc.**, President of the Medical Chamber of Slovenia: *Slovenian Healthcare - Marketing Opportunities in Other Countries?*
- **Franc Košir**, General Manager of the Health Insurance Institute of Slovenia: *Long-term Care to All in Need of it - Introduction of Uniform Compulsory Health Insurance for Long-term Care*
- **Silvester Lango, M.D.**, Orthopedic surgeon

in private practice, New York, USA: *Medical Care in Private Hospitals in USA*

Evening free  
Overnight stay in the Union Hotel, Ljubljana

## DAY 2:

Thursday, October 21, 1999, LJUBLJANA, Lek Hall

### OFFICIAL OPENING OF THE MEETING

8:30 a.m. Departure from hotel Union by bus

9:00 a.m. Registration

9:30 a.m. Welcome remarks by:

- **dr. Jože Bernik**, President of the Slovenian World Congress
- **Andrej Bručan, M.D.**, President of the Planning Committee, Conference of Slovenian Physicians from Slovenia and abroad
- **Janez Podobnik, M.D.**, President of the Parliament of the Republic of Slovenia
- **Marjan Jereb, M.D. Ph.D.**, Minister of Health of the Republic of Slovenia
- **prof. Mihaela Logar**, State Secretary for Slovenians Abroad
- **Marko Bitenc, M.D. M.Sc.**, President of the Medical Chamber of Slovenia,
- **prof. Pavel Poredoš, M.D. Ph.D.**, President of the Slovenian Medical Association

10:00 a.m. *Introductory lecture: dr. Frank Naeymi - Rad, Ph.D., M.B.A.*, President and CEO of Intelligent Me-

dical Objects, Inc., USA: *The Evaluation of the Electronic Medical Record Preparing for the Next Millenium*

Break

11:30 a.m. **Ethics in Medicine; Physician-Patient Relationship**: round-table discussion

Co-ordinators: **Acad. Prof. Jože Trontelj, M.D., Ph.D.**, Clinical Center Ljubljana, Institute of Clinical Neurophysiology, **Božidar Voljč, M.D., Ph.D.**, Managing Director of The Blood Transfusion Centre of Slovenia

### Participants:

- **Dušan Gojkovič, M.D.**, Associated Psychiatrists of Kankakee, USA: *Effect of Economy, Environment and Culture on the Relationship Between Patient and Physician / Ethics of Medical Care*
- **Silvester Lango, M.D.**, Orthopedic surgeon in private practice, New York, USA: *Ethical Dilemmas of an Orthopaedic Surgeon in New York*
- **Cvijeta Pahljina, M.D.**, Psychiatrist in private practice, Celje: *Ethical Issues of the Physician-Patient Relationship*
- **Vesna Gorup**, Representative of the Slovenian Medical Students Association: *Interdisciplinary Health Care Team*

Discussion

1:00 p.m. Lunch

3:00 p.m. **Presentation of Research Work of Slovenian Medical Professionals at Home and Abroad**

Welcome remarks by the Minister of Science and Technology

Co-ordinators: **Acad. Prof. Matija Horvat, M.D. Ph.D.**, Clinical Center

Ljubljana, Slovenia, Dept. of Medical Intensive Care, **Branko Zorn, M.D.**, Clinical Center Ljubljana, Slovenia, Dept. of Obstetrics and Gynecology

### Participants:

- **Matevž Kržan, M.D.**, Institute for Neurology and Neurosurgery, Beth Israel Medical Center New York, New York, USA: *Interventional Neurophysiology*
- **Asst. Prof. Mojca Kržan, M.D.**, Institute of Pharmacology and Experimental Toxicology, Medical Faculty Ljubljana: *Reactive Astrocytic Response in Experimental Brain Injury*
- **Branko Zorn, M.D.**, Clinical Center Ljubljana, Slovenia, Dept. of Obstetrics and Gynecology: *Cryptorchidism: why does its Incidence increase?*
- **Stanka Ovcak Deržič, Ph.D.**, Research Assoc., Children Hospital of Orange County, Oncology Research, USA: *Antitumor Activity of Human Umbilical Cord Blood Cells*
- **Asst. Prof. Tadej Battelino, M.D., Ph.D.**, Clinical Center Ljubljana, Pediatric Clinic: *Molecular and Clinical Genetics in Pediatric Endocrinology*
- **Paula F. Misija, M.D.**, Psychiatric Clinic, University Clinical Center Tuzla, Bosnia and Herzegovina, Slobodan Pavlovič, M. Sc., University Clinical Center Tuzla, Bosnia and Herzegovina: *The Influence of Depressive Mental States on Invalidism of Workers*
- **Theresa I. Kepic, M.D.**, Univ. of Health Sciences, Chicago Med. School, USA; dr. Frank Naeymi-Rad, Ph.D., Intelligent Medical Object, Inc., USA: *Managing Medical Information Pollution on the Internet*

7:00 p.m. WELCOME EVENING

RECEPTION, The Hotel Austrotel restaurant, Ljubljana

Overnight stay at the Hotel Union, Ljubljana

**DAY 3:****Friday, October 22, 1999, LJUBLJANA**

9:00 a.m. Visit to the Clinical Center in Ljubljana

10:30 a.m. **Cardio-Vascular Diseases: Presentation of New Achievements in Diagnosis and Treatment in Slovenia, Clinical Center, Ljubljana****Participants:**

- **Asist. Prof. Tone Gabrijelčič, M.D., Ph.D.**, Clinical Center, Ljubljana,
- **Prof. Peter Rakovec, M.D., Ph.D.**, Clinical Center, Ljubljana
- **Asist. Prof. Borut Geršak, M.D., Ph.D.** Clinical Center, Ljubljana
- **Prof. Andrej Cijan, MD, Ph.D.**, Clinical Center, Ljubljana

12:15 a.m. Lunch at the Clinical Center Restaurant

After lunch departure by bus for Nova Gorica

3:00 p.m. **Depression and Suicide**, round-table discussion, Primorska Playhouse Hall, Nova Gorica*Co-ordinator: Asst. Prof. Slavko Zihnerl, M.D.*, Head of the Psychiatric Hospital Ljubljana**Invited participants:**

- **Asst. Prof. Onja Tekavčič Grad, Ph.D.**, Psychiatric Clinic Ljubljana, Slovenia: *Physician and Suicide*
- **Dušan Gojkovič, M.D.**, Associated Psychiatrists of Kankakee, USA: *Suicide: Clinical/Risk Management as it is Practiced in the USA*
- **Tomo Žargaj, M.D.**, North Shore Psychiatric Assoc, Salem, USA: *Myths and Facts about Suicide*
- **Bernard Špacapan, M.D.**, SERT, Servizio

per le Dipendenze, Gorizia, Italy: *Suicide and Substance Abuse*

- **Marco A. Križ, M.D.**, Neuropsychiatric Hospital Jose T. Borda, University of Buenos Aires School of Medicine, Buenos Aires, Argentina: *Suicide and Depression in Argentina*

Discussion

5:00 p.m. Participants of the meeting are invited to attend the 136<sup>th</sup> Assembly of the Slovenian Medical Association6:00 p.m. **The cooperation between the Medical Societies in Slovenia**, round table discussion**Participants:**

- **Marko Bitenc, MD, MSc**, President of the Medical Chamber of Slovenia
- **Prof. Pavel Poredoš, M.D., Ph.D.**, President of the Slovenian Medical Association
- **Konrad Kuštrin, M.D.**, President of FIDES (Union of Slovenian Physicians and Dentists)

8:00 p.m. Dinner in Nova Gorica

Overnight stay at Nova Gorica

**DAY 4:****Saturday, October 23, 1999**

A day trip to the Goriška region with lunch

Summary  
**Conclusion**

Return by bus to Ljubljana.

**PROBLEMATIKA  
ZDRAVSTVENE POLITIKE****PROBLEMS OF HEALTH POLICY**

## Vizija razvoja zdravstva v Sloveniji

### Vision of Health Care Development in Slovenia

#### Izleček

Leta 1991–1992 smo v Sloveniji nadomestili prejšnjo zdravstveno zakonodajo s tremi novimi zakoni s področja zdravstva, in sicer Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakon o lekarniški dejavnosti. S temi zakoni smo uzakonili najpomembnejšo reformo, in sicer smo denar, ki ga namenjajo prebivalci Slovenije oziroma zaposleni v Sloveniji, oddvojili od integralnega državnega proračuna in s tem zakonom ustanovili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki zbira vsa sredstva državljanov, ki pritekajo za zdravstveno varstvo, na enem mestu. S to zakonodajo smo tudi razmejili odnos med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Od tedaj dalje Slovenija natančno ve, koliko se za zdravstveno varstvo v Sloveniji nateče vsako leto denarja in lahko zagotovi, da se ves ta denar tudi vrača v zdravstvo samo.

Zakon o zdravstveni dejavnosti je tudi uzakonil možnost zasebnega dela v zdravstvu, kar ni bilo mogoče od leta 1954 dalje, saj je bilo s starim jugoslovanskim zakonom to prepovedano. Po sedmih letih delovanja teh zakonov prihaja vse bolj v ospredje zahteva, da se ti zakoni ponovno pregledajo, natančno ocenijo in dopolnijo.

#### V čem sam vidim možnost dopolnjevanja:

**1.** Potrebno je napraviti dobro analizo vseh treh omenjenih zakonov in na podlagi tako pripravljene analize predlagati spremembe zdravstvene zakonodaje. Tu mislim predvsem na dejstvo, da so novi diagnostični postopki in nova terapijska sredstva bistveno dražja kot v preteklosti, kar pomeni, da je potrebno uskladiti finančna sredstva s pravicami, ki jih imajo zavarovanci. Tu ne bi govoril o ukinjanju posameznih pravic, ampak le o uravnoteženju med razpoložljivimi financami in pravicami.

Da bomo to pravilno uskladili, je potrebno napraviti natančno mrežo na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Pri tem je potrebno paziti predvsem na cilj, ki ga želimo doseči, in sicer, da s to mrežo omogočimo vsem prebivalcem Slovenije čim bolj enakomerno možnost dostopa do zdravstvenih uslug.

Ko bomo pripravili celotno mrežo zdravstva v Sloveniji, bo v tej mreži potrebno natančno določiti odstotek zasebnega dela in natančno določiti po posameznih strokah, kaj se lahko odide v zasebno dejavnost. Pri tem bi želel povedati, da smo od veljavnosti sedanje zakonodaje že izdali preko osemsto dovoljenj zdravnikom in zobozdravnikom v Sloveniji za zasebno delo, tako na področju primarne kot sekundarne dejavnosti. Pri tem v veliki večini izstopajo zdravniki primarne ravni in zobozdravniki, medtem ko se je zasebno delo na področju specialistične ambulante dejavnosti šele pravzaprav začelo. Prav pri teh vprašanih vsako leto prihaja do največ spornih situacij in zato se mora Slovenija odločiti, kaj in koliko bo še dala v zasebne roke.

Jasno bo treba določiti, kaj si Slovenija lahko privoščiti na področju zasebnega dela na nivoju sekundarne ravni. Ali bo možno ustanavljati zasebne sanatorije in bolnišnice in če, v kakšnem odstotku bo v teh bolnišnicah oziroma sanatorijih možno delati tudi za javne finance. Tu so mnenja med strokovnjaki zelo različna in danes še vedno odvisna od osebnega interesa zdravstvenega ma-

nagementa ter zdravnikov in zobozdravnikov, ki želijo oditi v zasebno dejavnost.

Zelo natančno je potrebno določiti, kaj od ambulantnega dela pri bolnišnicah mora ostati v pristojnosti bolnišnice, kaj pa se lahko odda zasebniku. Na vsak način bi morale ostati pri bolnišnici t.i. sprejemne ambulante, ni pa potrebno, da ostajajo še naprej dejavnosti, kot so pisanje izvodov za invalidsko komisijo, razna potrdila, pokrivanje nepotrebnih bolniških odsotnosti z dela, itd.

Resno se bomo morali dogovoriti, kaj bo od zobozdravstva ostalo pod "državnim" zdravstvom. Ali ne bi bilo primerno razmisliti, da bi celotno zobozdravstveno dejavnost, razen otroškega preventivnega zobozdravstva, dali v zasebnost – po zgledu Evrope. Isto razmišljanje velja tudi za osnovno zdravstveno varstvo, pri čemer bi morali z letnimi plani dogovoriti, koliko ostane splošne službe pod lastjo zdravstvenega doma, koliko pa bi lahko odšlo v zasebnost.

**2.** Po mojem mnenju bo potrebno tudi na novo določiti oziroma dograditi pogoje in dogovarjanje za obseg programov za delitev finančnih sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Sedanji način je zelo dolgotrajen, neučinkovit.

Predvsem bo potrebno določiti partnerje, določiti način njihovega predstavljanja v pogajanjih ter skrajšati sprejemanje splošnih in področnih dogovorov. Pogostokrat se dogaja, da se na pogajanjih za delitev finančne mase več let zapored pojavljajo ista vprašanja, o katerih mora na koncu odločati vlada.

**3.** V vseh dosedanjih letih po osamosvojitvi ugotavljamo, da je potrebno bistveno več napraviti na področju prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja oziroma krepiti zavarovalništvo. Z muko smo v zadnjih dveh letih koncem letošnjega leta ustanovili vzajemno zavarovalnico, vendar bi morali težiti k cilju, da bi se teh vzajemnih zavarovalnic v Sloveniji pojavilo več, da bi se med njimi vzpostavila konkurenčnost in tekmovalnost. Cilj, ki bi ga morali pri tem slediti, je, da bi se odstotek prostovoljnega zavarovanja napram obveznemu vidno bolj dvigal in da bi dosegli končni cilj nekje med 15 in 20 odstotki prostovoljnega zavarovanja. Le na ta način bi si v bodoče lahko zagotovili pričakovanja naših uporabnikov in izvajalcev po kritju vseh zdravstvenih storitev. Ob tem je potrebno tudi proučiti možnost delne participacije za zdravstvene storitve in zdravila, kar se je v preteklosti izkazalo za uspešno. Na ta način bi verjetno končno prilagodili pravice razpoložljivim finančnim sredstvom.

**4.** Potrebna je racionalizacija bolniških postelj na tistih dejavnostih, ki v zadnjih letih tudi glede na zdravstveno statistiko kažejo na upad oziroma zmanjšanje dejavnosti (porodništvo, pediatrija) in se poveča na tistih dejavnostih, ki kažejo tendenco povečevanja kot npr. starostniki, srčna obolenja, ortopedska obolenja itd. Predvsem pa bi morali stremeti za vpeljavo in dvigovanjem števila postelj za dnevno oskrbo (dnevni hospital), saj je moderna medicina že vrsto stvari sposobna opraviti v enem dnevu. To pa ne pomeni, da bi se zmanjševal zdravstveni kader, saj bi bila intenzivnost dela s takimi bolniki kvečjemu večja, nujno pa bi bilo zmanjšati nemedicinski kader, ki še vedno v primerjavi z razvito Evropo izkazuje prevelik odstotek zaposlenosti glede na število zdravstvenega kadra.

**5.** Nosilci zdravstvene dejavnosti – zdravniki, bi morali sklepati delovno razmerje za določen čas (štiri ali pet let) in ga nato obnavljati. Šele po 50. letu starosti bi lahko sklepali delovna razmerja za nedoločen čas.

**6.** Privatizacija se v slovenskem zdravstvu še sploh ni pričela. Imamo pa že kar precej zahtevkov, zlasti na področju lekarniške dejavnosti, ko bi bili zaposleni in tudi drugi vlagatelji pripravljeni v celoti privatizirati to dejavnost. Seveda je potrebno ta razmišljanja raztegniti tudi na ostalo zdrav-

tvo, vendar se moramo tega lotiti zelo previdno, da ne bi podirali tistega, kar je dobro (zdravstvena domskost, organizacija bolnišnic) in ne napravili večje škode kot koristi.

**7.** Zelo jasno bi bilo potrebno opredeliti, koliko bolnišnic Slovenija potrebuje. V tem trenutku jih je v Sloveniji 26 in glede na število prebivalcev je potrebna resna racionalizacija tudi v tem pogledu. Zato bi Ministrstvo moralo imeti možnost (tudi zakonsko), da predpiše vsebino in obseg posameznih dejavnosti v zdravstvenih zavodih in da bi se lahko neka nova dejavnost vzpostavila v bolnišnici ali opustila neka dejavnost v bolnišnici, bilo izključno v pristojnosti Ministrstva za zdravstvo. S tem bi tudi zelo jasno opredelili stopenjsko diagnostiko in terapijo, ki bi jo bilo potrebno uveljaviti na vseh treh nivojih - primarnem, sekundarnem in terciarnem.

**8.** Zelo pomembno je vpeljati stroškovno zavest pri vseh nosilcih zdravstvene dejavnosti, predvsem pa izobraziti kader za zdravstveni management. Zahteve gospodarnega poslovanja so vse ostrejše, zato mora biti kader, ki opravlja z velikimi finančnimi sredstvi (bolnišnice, inštituti, javni zavodi), skrbno izbran in ne more biti vodenje take institucije le hobi ali nekaj, kar se lahko opravlja poleg svojega poklica. Po mojem mnenju bi bilo nujno, da bi bil celoten management javnih zavodov neposredno zaposlen pri ustanovitelju - to je pri Ministrstvu za zdravstvo.

**9.** S tem v zvezi bi bilo nujno potrebno razmisliti, ali ne bi bilo bolj smiselno, da se tudi ustanoviteljske pravice zdravstvenih domov prenesejo na ministrstvo in ne tako kot je sedaj, na občino. Danes doživljamo, da je ob kopici novih občin tudi kopica zahtevkov po novih zdravstvenih postajah ali celo zdravstvenih domovih, kar pa seveda podira kompletno sistem zdravstvenega varstva, ki je trenutno v veljavi.

**10.** Sistem financiranja je potrebno dograjevati. Upoštevati mora vse specifikke posameznih področij, predvsem pa moramo slediti konceptu, da denar sledi bolniku, kar pomeni, da ga bo dobil tisti, ki bo bolnika zdravil in ne regija, kateri pripada bolnik. Na ta način bi tudi opravili plačevanje po BOD, kar se je že pričelo v zadnjih dveh letih spreminjati.

**11.** Nujno potrebno je tudi določiti odstotek bruto domačega proizvoda (BDP), ki naj bi ga državljani namenjali za zdravstvo. Ta bi se moral stabilizirati med 7 in 7,3%. Prispevne stopnje za zdravstvo ne bi smeli spreminjati vsaj 5 do 6 let, ker je sicer način spreminjanja stopenj destimulativen in ne vodi in ne sili zdravstvene institucije v racionalizacije. Zakaj? Ko ugotovljamo, da ima zdravstvo določene presežke, se že pojavijo razprave o zniževanju prispevne stopnje in ni možno tako prihranjenega denarja vlagati v opremo, kadre, predvsem pa izobraževanje. Prav zato bi morali nastaviti tak sistem, ki bi zdravstvene institucije in zasebnike silil v čim večjo racionalizacijo na račun dviga kvalitete zdravstvenih storitev.

**12.** Zdravstvo povsem depolitizirati, da se ne bi ob vsakem dogodku v zdravstvu takoj aktiviralo politične dejavnike od občine pa do parlamenta. Nesprejemljivo je, da se za popolnoma strokovni vprašanji (kot je priprava strokovnih zakonov) angažira civilno družbo in politične dejavnike in vsak od njih navija za svoje poglede, gre pa v večini primerov za visoko strokovna vprašanja, o katerih mora odločati izključno stroka.

To je le nekaj pogledov, za katere pa sem prepričan, da bi se ob njihovi uresničitvi sama organiziranost pa tudi nivo zdravstvenega varstva v Sloveniji še bolj dvignilo in nas postavilo na prva mesta v Evropi. Upam, da bomo zmogli toliko samokritike in spoštovanja drug drugega, da se bomo s temi vprašanji v prihodnje tudi resno ukvarjali.

\*Janez Zajec je rojen leta 1942 v Ljubljani. Leta 1966 je promoviral za doktorja splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Po odslužitvi vojaškega roka se je zaposlil kot zdravnik specializant v Bolnišnici za predšolsko invalidno mladino v Stari Gori pri Novi Gorici, kjer je v letih 1968 do 1971 opravil specializacijo s področja fizikalne medicine in rehabilitacije.

Po specializaciji se je zaposlil v Zavodu za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani in bil najprej predstojnik oddelka, nato pa vodja celotne medicinske službe za rehabilitacijo bolnikov po poškodbah in degenerativna obolenja. Leta 1981 je v ljubljanskem Kliničnem centru prevzel predstojništvo Klinike za medicinsko rehabilitacijo in septembra 1991 postal namestnik generalnega direktorja Kliničnega centra. Od leta 1993 opravlja funkcijo državnega sekretarja v Ministrstvu za zdravstvo, zadolžena za bolnišnično dejavnost v R Sloveniji.

Strokovno se je izpopolnjeval doma in v tujini (ZDA, Kanada, Kuvajt, Belgija). Objavil je več kot 40 strokovnih del, doma in v tujini, in vodil več raziskovalnih projektov s področja fizikalne medicine in rehabilitacije. Za svoje strokovno delo je bil leta 1985 odlikovan z medaljo dela in leta 1987 mu je bil zaradi strokovnega in družbenega dela v Zdravniškem društvu podeljen naziv primarij. Je član nekaterih mednarodnih strokovnih združenj. Aktivno govori angleški, pasivno francoski jezik.

Ob slovenski pomladi je bil eden od ustanoviteljev Komisije za zdravstvo, ki jo je leta 1991 imenovala ministrica za zdravstvo dr. Bohova. Pod okriljem te komisije se je praktično pripravila danes sprejeta zdravstvena zakonodaja in ustanovljen je bil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. S tem se je prvič od leta 1945 natančno ugotovilo, koliko denarja država namenja zdravstvu. Istega leta je bila tudi ponovno ustanovljena Zdravniška zbornica Slovenije, pri kateri je do odhoda na funkcijo državnega sekretarja opravljal tudi funkcijo predsednika Odbora za bolnišnično dejavnost in bil član izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije. Vsa leta je bil tudi član Slovenskega zdravniškega društva, iz katerega je iz političnih razlogov leta 1987 izstopil.

Majda Kregelj Zbačnik\*

## Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji v 21. stoletju

### *Health Care of Children and Adolescents in Slovenia in the 21st Century*

#### *Izvleček*

Državni zbor je mesto, kjer se gradijo nacionalne strategije, nacionalni programi, nacionalna politika. Tudi celovita zdravstvena politika je ena tistih, za katero smemo reči, da je ena najpomembnejših, številna vprašanja zdravja pa presegajo meje posameznih držav. Pri tem ima zelo pomembno vlogo Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), ki neprestano opozarja, da je "zdravje naše največje bogastvo", zato mora politika posameznih držav posvetiti še posebno pozornost "Vlaganju v zdravje", ki je hkrati tudi vlaganje v hitrejši razvoj, skrb za zdravje otrok in mladine, zdravju v rodnem obdobju, zdravju v tretjem življenjskem obdobju in soočenje z glavnimi dejavniki zgodnejše obolevnosti in smrtnosti.

Evropska unija je ugodno ocenila usposobljenost Slovenije na področju zdravstvenega sistema in zdravstvene zakonodaje (7. mesto), kljub temu pa še potrebujemo natančnejšo analizo obstoječega zdravstvenega sistema in ustrezno reformo. Potrebno je tudi redefinirati odnos med državo – Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in izvajalci zdravstvene dejavnosti ter še posebej definirati tako imenovano partnerstvo pri dogovarjanju obsega pravic znotraj nacionalne zdravstvene mreže oziroma sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Nujno tudi potrebujemo moderno organiziran in računalniško podprt integriran zdravstveni informacijski sistem.

Zdravje in družina sta med prebivalci Slovenije dve največji vrednoti. To dokazujejo raziskave rodnostnega vedenja naših prebivalcev. V sodobni družini se je tudi bistveno spremenila vrednost otrok, ki je vedno večja, saj jih je vedno manj. Zato se povečuje tudi odgovornost staršev, da zagotovijo čim boljši telesni, duševni in socialni razvoj svojih otrok. Krepi pa se tudi njihova zdravstvena osveščenost in vedno bolj se zavedajo, da potrebujejo zdravje za uspešno poklicno kariero in učinkovito in kvalitetno družinsko življenje. Pri tem pa je potrebna tudi pomoč države, ki se je v svojih dokumentih zavezala, da bo svojim državljanom pomagala in jim ustvarila pogoje za ureničitev njihovih potreb in želja. To je zapisala v slovensko ustavo, v Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, v Resolucijo o družinski politiki pa tudi v druge ratificirane mednarodne dokumente. Potrebno pa je določiti prioritete naloge na področju zdravstvene politike otrok in mladostnikov:

1. zmanjševanje umrljivosti dojenčkov in posledic zgodnje obolevnosti,
2. razvoju medsektorskega načrtovanja varovanja zdravja otrok in mladine,
3. posodobitev zdravstvenega varstva otrok in mladine,
4. posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine,
5. promocija zdravja in oblikovanje sodobnih zdravstveno vzgojnih programov,
6. izboljšanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

V program Svetovne zdravstvene organizacije "Zdravje za vse v 21. stoletju" mora biti vključena

pediatrska populacija zaradi velike ranljivost otroške in mladostniške dobe, vse bolj komplicirane patologije, vse več razvojnih motenj in večanja procenta kroničnih bolezni v razvojnem obdobju. Otroka in mladostnika naj obravnava izključno pediater oziroma specialist šolske medicine. Menimo tudi, da je smiselno poenotenje osnovnega programa obeh specializacij oziroma njuna združitve. In za konec, ali naj v naslednjem tisočletju za otroke še skrbijo pediatri? Da, in še enkrat da! In to naj bodo pediatri in pediatri, ki ne bodo le visoko strokovno usposobljeni, ampak bodo tudi ljudje z neoporečno moralno in poznavanjem etičnih načel, z nepopustljivimi stališči do morebitnega izkoriščanja in podkupovanja s strani farmacevske industrije in z vedenjem o tem, kako ravnati v primerih, ko je življenje na nitki oziroma ugaša. To bodo pediatri in pediatri, ki poznajo kompleksnost problemov, ki pestijo mladoletnice in mladoletnike, pa tudi probleme mladih odraslih s kronično boleznijo, ki se je pojavila v otroštvu in so jim ti sposobni nuditi kakovostno zdravstveno varstvo.

\*Majda Kregelj Zbačnik, dr. med., primarinja, 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 pa se je izpopolnjevala na področju nevro-pediatrije. Leta 1996 je dosegla naziv primarij.

Najprej se je zaposlila na otroškem oddelku jeseniške bolnišnice, leta 1980 pa na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Je članica Slovenske zveze žensk in intelektualcev ter v mednarodnem združenju žensk deluje v odboru za zdravstvo. Od leta 1995 je zelo dejavna v odboru za novo pediatrično kliniko in mrežo materinskih domov, vrtcev, otroških zdravilišč po Sloveniji ter pri delu Karitasa in Rdečega križa.

Leta 1996 je bila izvoljena v Državni zbor Republike Slovenije kot poslanka SDS in za predsednico Odbora za zdravstvo, delo, družino in socialno politiko, za članico Komisije za invalide, za narodnosti, enakih možnosti, peticije. Aktivno sodeluje v vladnih in nevladnih organizacijah doma in po svetu na področju zdravstva, sociale, družine, pa tudi v strokovnih krogih.

## Slovensko zdravstvo - možnosti za trženje navzven

### *Slovenian Health Care: Marketing opportunities in other countries?*

#### *Izvilleček*

Slovenija je edina država Evrope, ki je kljub tranziciji uspela ohraniti in razvijati zmogljiv sistem zdravstvenega varstva. Tranzicija je vsem ostalim državam srednje, vzhodne in še zlasti jugovzhodne Evrope destabilizirala financiranje in delovanje zdravstvenega sistema.

Blagovna znamka slovenskega zdravstva je zlasti na področju držav bivše Jugoslavije znana že od prej. Prav tako nas poznajo v nekaterih arabskih državah. V naših ustanovah deluje kar nekaj zdravnikov z mednarodno prepoznavnostjo.

Konkurenčno kakovost in produktivnost slovenskega zdravstva dosegamo z bistveno nižjimi cenami zdravstvenih storitev.

Vzporedno z razvojem medicinskih znanosti, reorganizacijo dela v zdravstvu in seveda z racionalizacijo, zmanjšujemo zmogljivosti javne zdravstvene službe, ki jih financiramo na javen način. Prav zaradi tega prihaja in bo prihajalo do presežkov zmogljivosti, ki jih bomo financirali preko sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Za ohranitev poslovanja in boljše izkoriščenost obstoječih zmogljivosti javnega zdravstva moramo ustvariti pogoje za pridobivanje novih "tržišč". Vsi vemo, da smo navznoter že dosegli vrh deleža zasebnih sredstev za plačevanje zdravstvenih storitev. Popolnoma neizkoriščeno pa je trženje našega zdravstva navzven. Razen naključnih tujcev, ki v Slovenijo v glavnem prihajajo zaradi znanih imen posameznih zdravnikov, v državi nismo zastavili projekta sistematičnega trženja našega zdravstva navzven. Poznamo države in celo dežele držav, ki že vrsto let izvajajo take programe in so pri tem uspešni. Prepričan sem, da za naše zdravstvo tudi na tem področju obstajajo ne nepomembne možnosti za pomembno "izvozno" postavko naše ekonomije.

\* Marko Bitenc je rojen v Ljubljani leta 1961, kjer je obiskoval osnovno šolo in leta 1979 maturiral na gimnaziji Ljubljana-Bežigrad. Istega leta se je vpisal in bil sprejet na Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani. Diplomiral je leta 1985. Po končanem študiju je opravljal pripravništvo predvsem v Kliničnem centru Ljubljana in po strokovnem izpitu delal štiri mesece kot splošni zdravnik v Zdravstvenemu domu Ljubljana-Bežigrad.

Leta 1987 se je zaposlil kot mladi raziskovalec na kirurški kliniki v Kliničnem centru v okviru raziskovalnega programa onkologija v kirurgiji. Sodeloval je v skupini prof. dr. Staneta Repšeta pri raziskovalni nalogi v zvezi z rakom želodca in skupini prof. dr. Janeza Orla pri raziskovalni nalogi v zvezi s pljučnim rakom. Leta 1989 je začel s specializacijo iz splošne kirurgije pod mentorstvom prof. dr. Janeza Orla, hkrati pa tudi magistrski študij. Magistriral je leta 1992 z zagovorom magistrskega dela Vpliv diagnostične mediastinotomije na nastanek citološko pozitivnega plevralnega izliva. Leta 1993 je opravil specialistični izpit in se kot kirurg zaposlil na takratni Kliniki za torakalno kirurgijo v Kliničnem centru v Ljubljani. Istega leta je bil izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Leta 1994 je bil imenovan za predsednika odbora za socialno-ekonomske zadeve pri Zdravniški zbornici Slovenije. Leta 1996 je bil izvoljen za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije za štiriletni mandat. Od istega leta je tudi član Zdravstvenega sveta Republike Slovenije, od leta 1994 član Evropskega združenja torakalnih kirurgov, od 1997. član izvršilnega odbora EFMA (European Forum of Medical Associations). Leta 1996 je postal koordinator mednarodne študije LALT (International Adjuvant Lung cancer Trial).

## Dolgotrajna nega za vse, ki so je potrebni: Vzpostavitev enotnega obveznega zavarovanja za dolgotrajno nego

### *Long-term nursing to all in need of it: Introduction of uniform compulsory health insurance for long-term nursing*

#### *Izvilleček*

Dolgotrajna nega predstavlja posebno skrb, dejavnost in programe ukrepov ter storitev, ki so namenjene starejšim osebam, telesno prizadetim osebam, ki se zdravijo na domu ali v posebnih zavodih. V Sloveniji sicer poznamo veliko različnih oblik zagotavljanja pomoči osebam, ki so potrebne nege, vendar z dosedanjim načinom ne moremo biti zadovoljni, čeprav za te namene trošimo sicer veliko sredstev. Predvsem izstopa dvojnost in neuskkljenost posameznih služb (zdravstvena dejavnost, socialne službe), tradicionalen pristop (ko osebe zbolijo ali zaidejo v stisko in težave ter pretirana institucionalizacija), nepravilna razdelitev sredstev (pravic kakovostnih storitev dolgotrajne nege so deležni le izbrani posamezniki, ki jim uspe dobiti institucionalno obravnavo). Pri vseh teh problemih še posebej zaskrbljuje dehumanizacija prevladujočih oblik današnjih pristopov k negi, kar povzroča pasivizacijo teh oseb, njihovi otroci in sorodniki pa se vedno manj ali sploh ne vključujejo v proces nege.

Da bi vzpostavili enoten sistem dolgotrajne nege v Sloveniji in omogočili starejšim osebam, telesno prizadetim osebam in drugim posameznikom kakovostne zdravstvene, socialne in druge storitve čim dlje doma ali v ustanovah, je potrebno v Sloveniji vzpostaviti enotno obvezno javno zavarovanje za dolgotrajno nego. Osnovni cilji vzpostavitve zavarovanja so predvsem izenačiti pravice do nege med osebami, ki so doma in v zavodih, uveljaviti pravične strokovne kriterije za izbiro upravičencev oz. dodelitve pravic, zagotoviti enake pogoje in enake možnosti za uveljavitev pravice do nege (prejemanje denarnega nadomestila ali pravica v naravi-bivanje v zavodu), zmanjšati stopnjo dragih hospitalizacij, doseči večjo stopnjo humanizacije skrbi za ostarele, bolne in osamele. Po prvih ocenah uvedba takšnega sistema dolgotrajne nege, ki bi temeljil na notni organiziranosti javnega zavarovanja, ne bi zahteval povečanja javnih sredstev, ker bi združili sedanjih šest oblik financiranja. Natančneje bi morali opredeliti obseg zasebnih sredstev in možnosti prostovoljnih zavarovanj. Zavarovanje bi izvajal Zavod za zdravstveno zavarovanje, načela, obveznosti, obseg pravic pa je potrebno opredeliti z zakonom o dolgotrajni negi.

#### *Abstract*

*Long-term nursing comprises special care, activities and programmes of measures and services to attend to elderly and physically handicapped citizens undergoing treatment at home or in special institutions. Indeed, Slovenia has a wide range of ways of providing aid to those in need of nursing in*

place, yet the current set-up is not fully adequate, in spite of high expenditure on this sector. The most disproportionate elements are duplication and poor co-ordination of operation of individual services (health care service, social care service), traditional approach (action only when a person falls ill or get into troubles, over-institutionalisation), inequitable allocation of resources (the rights to high quality long-term nursing are enjoyed only by selected individuals who succeed in entering institutional treatment). Along with all these problems, additional aggravation is the dehumanisation of the prevailing approaches in the long-term nursing, since it leads to passivity of the persons concerned, and to progressive or total disengagement of their children or other relatives from the process of nursing.

In order to establish a unified system of long-term nursing in Slovenia, and to provide elderly or physically handicapped persons and other groups in need with high quality health care, social care and other services at home or in special institutions for as long as possible, a uniform compulsory health insurance for long-term nursing shall be introduced. In introduction of such insurance, the principal goals are: to balance the rights to nursing for persons residing at home or in institutions, to enforce equitable professional criteria in the processes of admittance of beneficiaries, to ensure equitable terms and opportunities in implementation of rights to nursing (benefits in cash or benefits in kind – admittance to an institution), to decrease the rate of costly hospitalisation, to enhance the humanisation of the care for senior, chronically ill or abandoned individuals. According to preliminary estimates, the introduction of such a system of long-term nursing, based on the unified organisational set-up of public insurance, would not lead to any growth of public expenditure, since it would integrate the current six lines of funding. The volume of private funds should be defined in details, as well as the options to take voluntary insurance policies. The insurance is to be serviced by the Health Insurance Institute, while the principles, obligations and the scope of rights are to be defined by a law on long-term nursing.

Silvester Lango\*

## Zasebno bolnišnično zdravljenje v ZDA *Medical Care in Private Hospitals in USA*

*Izvoleček*

V polpretekli dobi je se je ameriška zdravstvena oskrba bistveno razlikovala od slovenske. Medtem ko je vse storitve v Sloveniji krilo zdravstveno zavarovanje, je ameriški zdravnik zdravil bolnika zasebno. Z naglim naraščanjem stroškov se je ta avtonomija manjšala in danes skoraj vsa denarna sredstva nadzoruje zavarovalnica in ima tako praktično celoten nadzor nad tem, koliko bo neka storitev plačana. Zaradi tega je prišlo v zadnjih letih do velikih sprememb v zdravstvu. Na eni strani se že tako ogromne bolnišnice, kot sta na primer Kolumbija in Cornell, združujejo, da bi pod svojim okriljem nadzorovale veliko število postelj in storitev ter tako soodločale o cenah. Na drugi strani pa se zdravniki povezujejo med seboj in z bolnišnicami v tako imenovane IPA, PPO, z istim namenom.

AMA je prvič v zgodovini podprla združevanje v sindikate, sprva specializantov in zaposlenih zdravnikov, zagotovo pa ni več daleč dan, ko bo to priporočila tudi ostalim zasebnikom. Kot zasebnik seveda nimam mnogo besede pri odločanju, koliko mi bo neko zavarovanje plačalo za določeno storitev, v združevanju pa je moč. Industrija se seveda brani z ekonomskim razlogom, da je 15 % bruto narodnega dohodka največ, kar lahko prenese kot doprinos za zdravstvo, kar je še enkrat več v večini zahodnih dežel in s tem se morajo zavarovalnice, bolnišnice in zdravniki sprijazniti ter se dogovoriti, kako najbolje zagotoviti zdravstveno oskrbo z razpoložljivim denarjem.

Zavarovanec ali njegov delodajalec plača prispevek navadno privatnemu zavarovanju, ki plača zdravljenje posebej bolnišnici in zdravniku. Razen po tem, da je zavarovanje privatno in neobvezno, se ne razlikuje bistveno od slovenskega. Zanimivo pa je kako to deluje v vsakdanjem življenju. Po pregledu bolniku natančno razložim možne načine zdravljenja, prednosti in slabosti operativnega posega. Če se bolnik zanj odloči, stopim v stik z zavarovalnico, ki zahteva kodirano oznako obolenja in operacije in takoj ali pozneje sporoči, če je poseg pripravljena kriti. Istočasno pokličem operacijski oddelek ene od bolnišnic, kjer operiram, in rezerviram čas datum, za katerega sem se dogovoril z bolnikom. Bolnika nato pregleda zasebni ali bolnišnični internist. Na dan operacije se z bolnikom srečava v operacijski sobi, kjer podpiše privoljenje za operacijo, in nato operiram, ponavadi s specializantom. Vse manjše operacije delam ambulantno, bolnik pa je sprejet tudi za največje posege v bolnišnico šele na dan operacije (za razliko od prakse v Sloveniji); vsak oskrbni dan v bolnišnici moram zavarovanju tudi zdravstveno utemeljiti in to mi pogosto dela preglavice. Po operaciji pošljem račun zavarovalnici ali bolniku. Bolnišnica je, kot sem jaz, navadno plačana pavšalno za opravljene storitve in le redko lahko računa za operacijsko sobo, oskrbne dneve in material, kar je bilo v navadi še pred kratkim. Anesteziolog pošlje račun kot jaz, vendar se pri njem obračunava čas.

Slovenija bo z vstopom v Evropsko zvezo verjetno spremenila način zdravstvene oskrbe in bo mogoče bolnišnično zdravljenje do neke mere sprivatizirala, kot je že storila z nekaterimi ambulantnimi storitvami. Evropa ima takšen način zdravstvenega varstva že do neke mere vpeljan; tako se v Nemčiji zdravi 15 % bolnikov v zasebnem sektorju. Jasno je tudi, da mora imeti bolnik pravico plačati za svoje zdravje kolikor zmore, pa tudi kolikor hoče, enako kot za materialne dobrine. Tega se bo sčasoma zavedalo vse več Slovencev, pri čemer bo nastajajoči bogatejši sloj slej ko prej imel



odločilno vlogo. Na to seveda računajo tuje velike zavarovalnice. Mislim pa, da bi slovenske zavarovalne hiše, ki so prisotne na tem trgu in ga dobro poznajo, morale pripraviti vse, da bi zadostile novim potrebam in zahtevam, ki jih prinaša Evropska zveza. Seveda so stroški en od dejavnikov, vendar mislim, da bi se tu dalo pomagati z zahodnimi načini privatnega zdravstva in bi tudi vse ono, kar bi primarno zavarovanje ne moglo kriti, prepustilo sekundarnemu, kjer ima bolnik proste roke, da se lahko kolikor in kakor hoče zavaruje. Na ta način se stroški primarnega, proračunskega zdravstva ne bi bistveno spremenili.

\*Silvester Lango, born in 1940, Deskle, Slovenia. Education: Graduated at the Medical faculty in Ljubljana in 1965. Städtisches Krankenhaus, Baden, Switzerland, 1963. Surgical training: Diaconissen Spital, Riehen, 1967–68. Bürgerspital, Basel, Switzerland, 1969–72. Clinical Hospital of the University of Basel, Switzerland, 1971–75; Hospital Delemont, Switzerland, 1972–75. Orthopedic training: A. Einstein Hospital, New York; Hahnemann Medical College and Hospital, Philadelphia, 1976–79. Career highlights: Orthopedic surgeon, New York City, 1979-present; affiliated with the Hospital for Joint Disease, Cabrini Medical Center and St. Claires Hospital; Co-chief of Orthopedic Surgery at New York Downtown Hospital, all in New York; - Instructor of Instructional course of ASIF in Daves, Switzerland, 1973; Chef de Clinique, Hospital Delemont, Switzerland, 1974-75; - Author of surgical and orthopedic publications in Switzerland and the US. Member of various professional societies; President of the American Slovenian Congress; President and member of various other Slovenian American business and cultural clubs and societies.

\**Silvester Lango, rojen leta 1940 v Desklah. Izobrazba: leta 1965 je diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Städtisches Krankenhaus, Baden (Švica), 1963. Izobraževanje s področja kirurgije: Diaconissen Spital, Riehen, 1967–68. Bürgerspital, Basel (Švica), 1969–72. Klinična bolnišnica univerze v Baslu (Švica), 1971–75; Hospital Delemont (Švica), 1972–75. Izobraževanje s področja ortopedije: A. Einstein Hospital, New York; Hahnemann Medical College in Hospital, Philadelphia, 1976–79. Strokovni dosežki: kirurg-ortoped, New York, od 1979 do danes; pridružen z Bolnišnico za bolezni sklepov, Cabrini Medical Center in St. Claires Hospital; so-predstojnik oddelka za ortopedsko kirurgijo v New York Downtown Hospital. Učitelj v izobraževalnem tečaju ASIF v Daves (Švica), 1973. Vodja klinike Hospital Delemont, (Švica), 1974–75. Avtor različnih publikacij s področja kirurgije in ortopedije v Švici in ZDA. Član različnih strokovnih združenj, predsednik Ameriškega slovenskega kongresa, predsednik in član drugih slovensko-ameriških poslovnih in kulturnih klubov in združenj.*

## UVODNO PREDAVANJE

## INTRODUCTORY LECTURE

Frank Naeymi-Rad\*

## Ovrednotenje uporabe elektronskih zdravniških kartotek

### *The Electronic Patient Record Evolution*

**Medical:** The science of practicing Medicine and Medical Knowledge

**Record:** To set down in Writing or the like as for the purpose of preserving evidence.  
" Webster's Encyclopedic Dictionary"

#### *Abstract*

When combining the words *Medical* and *Record* it becomes clear that the *Medical record* is a document that records evidence gathered by health care professionals to aid in the practice of medicine and in the recording of medical knowledge used in his or her practice. By definition this document is the essence of communication between health care providers and the patient specific reminder. The medical record is also a legal document, which is used to protect both the patient and the doctor against unqualified providers as well as fraudulent litigation.

Special interest groups that feel threatened with its adoption have hindered the evolution of the electronic medical record (EMR) within the United States. For example, providers feel threatened by the fraudulent use of these records, patients are concerned with confidentiality and administrators are concerned with the cost of maintaining this dynamic application. The past two decades have seen the development of EMR products that all have had one thing in common, lack of scalability necessary to achieve the large penetration and widespread adoption necessary to make them successful.

The Internet promises to be the ultimate resource in aiding the vendors to build the scaleable development environment. This may be the technology necessary to build the unified communication medium, but it does not resolve the problems that have hindered the adoption of the electronic medical record in the United States. These problems include patient confidentiality, abusive litigation, and knowledge management. Unfortunately, the Internet is becoming a source of knowledge pollution as well as accelerating the development of new methods of practicing medicine.

The national debate on healthcare has centered on access, cost and quality of care. Healthcare enterprises now have a new set of priorities: to compete on the levels of cost, quality, accurate reimbursement, identification of best practices, and complying with accreditation requirements as well as with industry and government standards. Moreover, the patient has become empowered to take on a major part in his own health care. These new events are driving the increased demand for information systems that enable the collection and management of clinical data.

This discussion will center around the types of EMR's in use in the United States today, basic features of these system as well as who is using them and what are the problems of current products. The urgency for the adoption of industry-wide vocabulary and data transmission standards will also be addressed. Finally, we will summarize where we are today on the threshold of the new millennium

and what to expect in the very near future from the EMR.

*\*Dr. Naeymi-Rad is President and Chief Executive Officer of Intelligent Medical Objects, Inc., a healthcare software development company. He received his Masters in Computer Science from Southern Illinois University. His masters work used probabilistic techniques for automatic classification of documents. He received his Ph.D. in Computer Science from Illinois Institute of Technology in May, 1990. The title of the thesis is "Feature Dictionary to support Data Base Translation, Information Retrieval, Intelligent Medical Records, and Expert Systems." He was co-founder of Intelligent Medical Systems, Inc., which was sold to Glaxo in 1994. Dr. Naeymi-Rad has been awarded NLM (National Library of Medicine) and NASA contracts in the area of expert systems and medical record coding. He has been nominated for special recognition by the Oracle Corporation Smithsonian Award in the category of Medicine. Dr. Naeymi-Rad and his company are actually involved in developing the components to support the next generation medical record. Dr. Naeymi-Rad is a member of numerous professional organizations, as well as author and co-author of numerous peer reviewed publications in the field of Medical Informatics.*

## **ETIKA V ZDRAVSTVU - ODNOS ZDRAVNIKA DO BOLNIKA**

## ***ETHICS IN MEDICINE - PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP***

Božidar Voljč\*

## **Etična izhodišča odnosa zdravnika do bolnika** ***Ethic View of the Physicoan-Patient Relationship***

### *Izvleček*

Etična načela so globoko povezana z usodo kultur, narodov in posameznikov. Njihove vrednote so povsod enake in tako brezčasne, da ne dovoljujejo zlorab, kar se je v zgodovini že večkrat pokazalo. To velja tudi v primeru odnosa zdravnika do bolnika. Velika razlika je, ali jim zdravniki sledimo iz notranje potrebe ali pa zato, ker so predpisana, saj v prvem primeru bogatijo našo notranjost, v drugem pa, ko zdravnik ni oborožen s potrebno etično širino, predstavljajo breme in povzročajo izgorelost. Vpletanje drugih področij, še posebej prava in medijev v ta odnos lahko nevarno zoži zdravnikovo etično širino, saj mora, namesto da bi se bolniku povsem posvetil, misliti tudi na lastno pravno in poklicno varnost. Postavlja se vprašanje, ali to tudi ne predstavlja zlorabo etičnih načel.

\*Božidar Voljč, rojen leta 1939 v Mokornogu. Maturiral 1957. na klasični gimnaziji v Ljubljani. Diplomiral leta 1963 na Medicinski fakulteti v Ljubljani. 1964. zdravnik splošne prakse v Dobrovniku v Prekmurju, od 1965 do 1985 pa v Ribnici na Dolenjskem. Od 1979 do 1981 direktor Zdravstvenega doma v Ribnici, od 1982 do 1985 direktor Zdravstvenega doma Kočevje-Ribnica. Od 1985 do 1986 vodja službe za napredek zdravstvenega varstva v Zdravstvenem domu Ljubljana, od 1986 do 1992 direktor Republiškega zavoda za transfuzijo krvi v Ljubljani. Od 1989 do 1992 član Skupščine Republike Slovenije, od 1992 do 1997 Minister za zdravstvo v Vladi Republike Slovenije, od 1998 do 1999 koordinator krvodajalstva na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijo krvi, od 1999 v.d. direktorja Zavoda.

Leta 1974 diplomiral na podiplomskem študiju javnega zdravstva, 1980. magistriral iz javnega zdravstva na Medicinski fakulteti v Zagrebu, 1989 doktoriral na medicinski fakulteti v Ljubljani s temo "Model celostnega pristopa k zdravstvenemu problemu v splošni medicini."

Dušan Gojkovich\*

## Zgodovinski pregled odnosa zdravnik-bolnik *Historical Review of Doctor and Patient Relationship*

### *Abstract*

*Traditional physician and patient relationship has been experiencing considerable changes due to economical and political development.*

*The nature of the physician and patient relationship can be encompassed in roughly three stages: Early Era of Paternalism, Modern Era of Patients Autonomy, and newly developing Bureaucratic Parsimony.*

*Physician's role in Age of Autonomy was the teacher-student relationship. Balance of power shifts from the physician to the patient with emphasis on best care, patient education, and patients rights. The final stage we try to avoid is when the physician is trusted into the role of intermediary between the patient and insurance company, of patient and state, and where the best treatment is not considered, but the most economical treatment is being promoted.*

*Discussion will be centered in what patient care really should be, and how to safeguard the patients interest and maintain a humanitarian relationship.*

\*Dušan Gojkovich attained his medical degree at University of Ljubljana Medical School in 1960. Upon arrival to the United States, he interned at Cook County Hospital in Chicago, and completed residency training at the Illinois State Psychiatric Institute. He is Board Certified in Psychiatry and is a Fellow of the American Psychiatric Association and Royal Society of Health. He is a Clinical Professor of Psychiatry at Loyola Medical School and the Midwest School of Medicine in Chicago.

He practices at several hospitals in the Chicago area. At the present time, he is the active Chairman at Ingalls Memorial Hospital.

He has been in private practice since 1972, practicing Adult and Forensic Psychiatry, with an emphasis on Affective Disorders, psychopharmacology and liaisons psychiatry.

Silvester Lango

## Etične dileme kirurga ortopeda v New Yorku *Ethical Dilemmas of an Orthopaedic Surgeon in New York*

### *Izvleček*

Družbeno-ekonomski dejavniki, vnos računalniške tehnologije v zdravstvo, bolniki, ki jim zdravstveno zavarovanje ne krije vseh zdravstvenih storitev, vpliv HMO-jev in kakovostnega zavarovanja, spremembe v odnosu zdravnik-bolnik, navzkrižje interesov, vprašanja zaupnosti in odločanja pri težjih smrtih čedalje bolj vplivajo na zdravstveno prakso v ZDA. Nekatere tovrstne težave so zelo specifične in individualne, medtem ko so druge dokaj splošne, pa se z njimi najverjetneje različno spoprijemamo v različnih državah.

### *Abstract*

*Socioeconomic factors, computerization, persistent underinsured population, impact of HMOs and quality assurance, changing of doctor-patient relationship, conflict of interest, questions of confidentiality and difficult end of life decisions are increasingly affecting medical practice in USA. Some of these problems are very specific and personal and others are common and probably resolved in different ways in different countries.*

Cvijeta Pahljina\*

## Etična vprašanja o odnosu zdravnika do bolnika *Ethical Questions in Doctor-Patient Relationship*

### *Izvleček*

Kaj to pomeni: etični odnos? Ali se pravila etike v odnosu do zdravnik-bolnik spreminjajo? Koliko je za bolnika ta odnos pomemben? Koliko je za zdravnika ta odnos pomemben? Kaj so nevralske točke odnosa zdravnik-bolnik danes?

Prispevek bo skušal odgovoriti na zgornja vprašanja išoč temelje etičnega kodeksa od Hipokrata do današnjih dni. Poudarek bo na psihološki vsebini tega odnosa, torej na zaupanju, spoštovanju, vprašanju odgovornosti, svobode, vesti. Kot psihiatrinja bom opisala svoja dognanja in izkušnje s področja etičnega odnosa do psihiatričnega bolnika oziroma osebe, ki išče pomoč pri psihiatru. Končno bom zastavila vprašanja, ki bi lahko spodbudila razmišljanja o lestvici vrednot, ki si jih kot družba izbiramo in se nam v medicini še posebej pereče zastavljajo: Ali naj bo medicina profitna stroka? Ali naj bo v ospredju odnosa zdravnik-bolnik ekonomska cena usluge?

\*Cvijeta Pahljina Bakota, dr. med., specialist psihiatrije, je rojena leta 1943. Iz medicine je diplomirala leta 1967, specialistični izpit iz psihiatrije je opravila leta 1976. Pet let je opravljala delo zdravnika stazista in zdravnika splošne medicine. Dvanajst let je delala kot specializant in nato specialist v različnih psihiatričnih bolnišnicah. Od 1984. leta vodi Ambulanto za pomoč v duševni stiski v Zdravstvenem domu Celje, od 1995. leta pa je zasebnica v isti ambulanti. Zaradi preventive socialnopsihiatrične patologije, zlasti samomorilnosti, boleznih odvisnosti, zakonske psihopatologije, identitetnih kriz itd. je leta 1986 v Celju ustanovila telefon za pomoč v duševni stiski. Vsa leta deluje kot strokovni vodja in mentor prostovoljnemu sodelavcu na telefonu, za katere izvaja tudi seminarje in supervizije. Izpeljala je tudi raziskave s področja samomorilnosti na celjskem področju ter napisala več strokovnih in poljudnih člankov. Opravila je tudi številna predavanja na osnovnih in srednjih šolah, zdravstvenih domovih, krajevnih skupnostih ipd. z enakim preventivnim namenom. V svojem delu izhaja iz humanističnih principov, ki se na psihoterapevtskem področju najbolj ujemajo z logoterapevtskimi postavkami V. Frankla. Od leta 1994 je predsednica Zveze Slovenskih društev svetovalcev za telefonsko pomoč v stiski in slovenski delegat v internacionalnem odboru organizacije za telefonsko pomoč v stiski IFOTES.

Vesna Gorup\*

## Interdisciplinarna zdravstvena ekipa *Interdisciplinary Health Care Team*

### *Izvleček*

V slovenskem zdravstvenem sistemu ni napisanih pravil o odnosu zdravstvenega osebja do bolnika, zato je pristop k pacientu v veliki meri odvisen od posameznega zdravstvenega delavca in ustaljenih pravil zdravstvene enote. Za bolnišnično zdravstvo večinoma velja, da z bolnikom komunicirata le lečeči zdravnik in medicinska sestra. Takšna oskrba je v večini primerov iz medicinskega stališča zadovoljiva, vendar vse prevečkrat bolnik zapusti bolnišnico psihično obremenjen, zmeden in z občutkom, da ni popolnoma zdrav. Zato smo študentje medicine iskali boljše možnosti ureditve zdravstvenega sistema, ki bi omogočile celovitejšo, kvalitetnejšo in bolj človeško oskrbo bolnika.

Interdisciplinarni zdravstveni tim je oblika zdravstvene ureditve, pri kateri so v zdravstveno enoto vključeni strokovnjaki iz področja medicine, stomatologije, fizioterapije, farmacije, sociologije, psihologije in drugih. Gre za intergriran in osebni pristop k bolniku, kjer je dosežena kvalitetna medicinska oskrba, izbrana so za bolnikovo stanje najprimernejša in najcenejša zdravila, pacient dobi potrebno psihosocialno podporo in čimprej začne z rehabilitacijo.

Tak sistem že vpeljujejo v Kanadi, da pa bi ga v praksi preizkusili tudi pri nas, smo lansko jesen skupaj s študenti farmacije in zdravstvene nege izpeljali seminar na temo Skrb za pacienta – Zdravstveni tim. Seminar je vključeval teoretična predavanja, problemsko naravnane delavnice in praktične delavnice na treh oddelkih Kliničnega centra v Ljubljani, kjer se je zdravstveni tim (po en študent medicine, farmacije in zdravstvene nege) tudi v praksi preizkusil.

S tem in prihodnjimi seminarji, ki bodo vključevali še širši krog področij, želimo študente medicine usmeriti v celosten način obravnave bolnika. Bodoči zdravnik naj ima pred sabo osebo, ki je potrebna pomoči, in ne le številke z diagnozo. Naj se nauči sodelovati s strokovnjaki drugih področij, kajti le tako bo lahko svoje delo vestno in dobro opravljal in z bolnikom razvil spodbujajoč človeški odnos.

### *Abstract*

*The relationship between medical workers and a patient depends generally on the personal approach of the health worker and the basic regulations of that medical unit. In Slovenia, a hospitalised patient communicates mostly with his appropriate physician and the nurse team. From the medical point of view, this kind of care is in most cases satisfactory. However, often a patient leaving the hospital is psychologically unstable, confused and with a feeling that he is just not healthy yet. Therefore medical students are trying to find a different approach to patient care, that would enable the optimum care, catered to the patient's needs.*

*Interdisciplinary health care team is a model of health system that integrates specialists from various professions within one health care unit: physicians, nurses, physiotherapists, sociologists, psychologists, pharmacists and others. This enables a high quality medical care, the most appropriate therapy from professional and economical point of view to be selected, psychosocial support when needed and the start of rehabilitation program as soon as possible.*

*This system has been developed and brought to reality in Canada. In order to test it in Slovenian environment, medical, pharmacy and health care students have organised a seminar on the topic Patient Care – Health Care Team. The seminar included theoretical lectures, problem based workshops and practical workshops in three departments of Ljubljana's Clinical Centre. This gave the zhealth team' (one student of medicine, health care and pharmacy) the opportunity to test their skills in practice.*

*The goal of this and future seminars, that will integrate even more professions, is to present a medical student with a different approach to the patient. The future doctor should provide treatment to a person in need and not to a number with a set diagnosis. They should learn to co-operate with professionals from other fields, because only in this way they will be able to do their part of the treatment professionally and to create a stimulating, warm relationship with their patients.*

\*Vesna Gorup, rojena 25. 11. 1978 v Ljubljani, je študentka tretjega letnika Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, smer medicina. V letih od 1985 do 1993 je obiskovala Osnovno šolo Riharda Jakopiča v Ljubljani in se nato vpisala na Gimnazijo Bežigrad, Ljubljana. Po prvih dveh letnikih splošne smeri, ki jih je zaključila z odličnim uspehom, se je prijavila na razpis za štipendijo mednarodnih srednjih šol United World College in bila izbrana za dvoletno šolanje UWC of the Adriatic v Devinu, Italija, kjer je leta 1997 šolanje zaključila z odličnim uspehom na mednarodni maturi.

Aktivno sodeluje v različnih občutljivih dejavnostih. Že tretje leto je članica slovenskega odbora svetovne organizacije študentov medicine (SloMSIC, Slovenian Medical Students' International Committee), kjer sodeluje v skupini za informiranje naših in tujih študentov. V lanskem letu je prevzela vodstvo medfakultetnega projekta Skrb za pacienta – Zdravstveni tim. Poleg tega je bila v organizacijskem odboru vseh mednarodnih projektov SloMSIC-a v zadnjih dveh letih (poletna šola Stop AIDS, projekt Ban Landmines, Exchange Officers' Meeting) in sodelovala pri pripravi okrogle mize na temo Problem Based Learning v Gozdu Martuljku marca 1999. Je tudi urednica knjižice Medicinski informator za bruce. V prostem času se ukvarja s prostim plezanjem, fotografijo in poučevanjem angleščine na Univerzi za tretje življenjsko obdobje.

\*Vesna Gorup, born on 25<sup>th</sup> November 1978 in Ljubljana, is a medical student of the third year of Medical Faculty at the University of Ljubljana. After primary school she had been accepted to the Bežigrad High School, Ljubljana. After the first two years she completed with best grades she received a scholarship at United World College of the Adriatic (Duino, Italy) in 1995. In 1997 she passed International Baccalaureate with distinction. In 1997 she matriculated to the course of medicine in the Medical Faculty at the University of Ljubljana. Besides core obligations of the third grade she is actively involved in various activities. She has been a member of Slovenian Medical Students' International Committee (SloMSIC) for two years, taking part in the public relations team. In the past year she has co-ordinated the interdisciplinary project Patient Care – Health Team. She was also in organising committees of all SloMSIC's international projects in past two years (Stop AIDS Summer School, Ban Landmines project, Exchange Officers' Meeting) and helped organising a round table on Problem Based Learning in Gozd Martuljk in march 1999. She is the editor of a booklet zThe Medical Advisor for Newcomers'. She does free climbing, photography and teaches English at the Third Age University of Slovenia.

## **PREDSTAVITEV DELA SLOVENSКИH ZDRAVSTVENIH RAZISKOVALCEV DOMA IN PO SVETU**

### **PRESENTATION OF RESEARCH WORK OF SLOVENIAN MEDICAL PROFESSIONALS AT HOME AND ABROAD**

**Moderator:**  
**prof. dr. Matija Horvat\***

\* Matija Horvat, rojen leta 1939 v Škofji Loki, je predstojnik Centra za intenzivno interno medicino; specialist kardiologije; profesor interne medicine, predsednik Državnega komiteja za intenzivno in urgentno medicino Slovenije. Izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje: 1953–1959 Medicinska fakulteta v Ljubljani; 1960–1961 staž in služenje vojaškega roka v Sloveniji; 1963–1967 Interni oddelek Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani; 1970–1971 raziskovalno in klinično izpopolnjevanje na Cedars Sinai Medical Center (Department of cardiology H.J.C.Swan) v Los Angelesu, California. Strokovna dejavnost: 1961–1963 splošni zdravnik, Oddelek za interno medicino na Golniku; 1966–1969 internist, Oddelek za interno medicino na Golniku, 1969 docent na Univerzitetnem kliničnem centru in Medicinski fakulteti v Ljubljani; 1968 - začel z delom na prvi enoti za intenzivno nego v Sloveniji; 1973 - predstojnik . Centra za intenzivno interno medicino; 1985 redni profesor za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani; 1991–1995 prodekan Medicinske fakultete v Ljubljani; 1992 višji svetnik za interno medicino; 1996 predsednik izobraževalnega sveta, Zdravniške zbornice Slovenije. Več kot 100 kliničnih studij iz vseh področij intenzivne medicine je bilo izvedenih in objavljenih na Centru. 15 prispevkov je bilo objavljenih v vodilnih svetovnih revijah za kardiologijo (Circulation, American Heart Journal, American Journal of Cardiology, Chest, itd.)

\* Matija Horvat, born in 1939 in Škofja Loka, is head of the Center for intensive internal medicine; consultant in cardiology; professor of internal medicine, president of State committee for intensive and emergency medicine of slovenia. Education and Professional Training: 1953–1959 Medical school of Ljubljana; 1960–1961 internship and military service in Slovenia; 1963–1967 resident at Internal medicine of the University medical center in Ljubljana; 1970–1971 research and clinical fellow at the Cedars Sinai medical center (Department of cardiology H.J.C.Swan) in Los Angeles, California. Professional activities: 1961–1963 general practitioner, Department of internal medicine in Golnik; 1966–1969 internist, Department of internal medicine in Golnik, Slovenia; 1969 assistant professor of medicine at the University medical center, Medical school of Ljubljana; 1968 - started the work in the first intensive care unit in Slovenia; 1973 - head of the Center for intensive internal medicine of the University medical center in Ljubljana. 1985 Ordinary professor of internal medicine, Faculty of medicine, University of Ljubljana; 1991–1995 Vice dean of the Faculty of medicine of Ljubljana; 1992 high counselor in internal medicine; 1996 president of Educational council, Medical chamber of Slovenia. Over 100 clinical studies have been conducted and published from all areas of intensive care medicine in our Center. 15 articles have been published in world leading journals in cardiology (Circulation, American Heart Journal, American Journal of Cardiology, Chest, etc.)

Matevž J. Kržan\*

## **Intervencijska neurofiziologija** **Interventional Neurophysiology**

### *Izvleček*

Nadzor delovanja obtočil in dihal je obvezen sestavni del invazivnih medicinskih posegov. Spoznanje, da je možno nadzorovati tudi delovanje živčevja, pa šele v zadnjih letih čedalje pogosteje s pridom uporabljajo v kirurgiji in intervencijski radiologiji. Z neurofiziološkimi metodami, za razliko od slikovnih tehnik, neposredno spremljamo delovanje živčevja, le posredno pa tudi morfološke spremembe.

Neurofiziološke metode temeljijo na meritvah električnih potencialov, ki jih v raznih delih živčevja izvabimo z zunanji, največkrat električnimi dražljaji. Osnovni namen meritev je prepoznati motnjo v delovanju živčnih poti med posegom, še preden se pojavijo nepopravljive okvare, ki bi jih s pravočasno prilagoditvijo posega še lahko preprečili.

Med invazivnimi posegi uporabljamo dve skupini posebej prirejenih neurofizioloških metod. V prvi so metode monitoringa v ozjem smislu, s katerimi ves čas posega od uspavanja do prebujanja bolnika neprestano nadziramo delovanje za poseg pomembnih živčnih poti ali struktur. Sem spadajo npr. meritve somatosenzoričnih, akustičnih ter motoričnih izvabljenih odzivov, meritve refleksov in elektroencefalografija.

V drugi skupini so metode mappinga ali kartiranja, s katerimi prepoznamo pomembne živčne strukture in se tako v ozkem operativnem polju orientiramo. Sem spadajo npr. metode mappinga na možganski skorji, možganskem deblu, hrbtenjači, živčnih koreninah in perifernih živcih. Za te tehnike je značilno, da se uporabijo le v kritičnih delih operativnega posega, najbolj pa se izkažejo, kadar je anatomija operiranega področja zaradi patološkega procesa zelo spremenjena. Za vsakega bolnika je potrebno izbrati najprimernejšo kombinacijo razpoložljivih metod, s katerimi bomo najbolje "vozili med Scilo poškodb živčevja ter Karibdo fizioloških, farmakoloških in tehničnih motenj" ter preprečili trajno in hujšo nevrolško prizadetost.

### *Abstract*

*The cardiovascular and respiratory systems are routinely monitored during invasive procedures. In a similar way nervous system function can be monitored as well. This possibility is only lately being increasingly used in surgery and interventional radiology. As opposed to imaging techniques, neurophysiological methods monitor the functional integrity of the nervous system and only indirectly its morphology. The basic principle of all these methods is the measurement of electrical potentials elicited from different parts of the nervous system by external, most often electrical stimuli. The aim is to detect impending danger to nervous structures during the procedure, before actual permanent damage occurs and when it can still be prevented by adjusting the procedure.*

*Two groups of neurophysiological methods have been adapted for the use in invasive procedures. The first group are monitoring techniques proper that are used continuously from induction of anesthesia to waking-up of the patient to monitor the functional integrity of nervous pathways or structures relevant to the procedure. Methods using somatosensory, brainstem auditory and motor evoked potentials, measurements of reflexes and electroencephalography are typical examples.*

*The other group are mapping methods used to locate or identify nervous structures and enable orien-*

tation in the narrow surgical field. Such are mapping methods used on the cerebral cortex, brainstem, spinal cord, spinal roots and peripheral nerves. They are used only during certain critical parts of the procedure and are most useful when the anatomy of the surgical field is deformed due to the pathological process.

For each patient the optimal combination of possible methods has to be found to enable safe passage between "Scila of surgical damage and Karibda of physiological, pharmacological and technical changes" to prevent longterm and severe neurological deficit.

\*Dr. Matevž J. Kržan, rojen leta 1961 v Ljubljani, je diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani leta 1988. Podiplomski študij je nadaljeval na področju klinične fiziologije kot mladi raziskovalec na Univerzitetnem Inštitutu za klinično nevrofiziologijo (1988-1996). Magistrski naziv je pridobil leta 1992 za študij živčno-mišičnega prenosa pri bolnikih s fokalno distonijo, zdravljenih z botulinom. Vzoredno se je strokovno izobraževal na področju nevrologije in klinične nevrofiziologije (elektromiografija, mikroelektromiografija, elektroencefalografija, izvajljeni odzivi). Leta 1993 je bil znanstveni sodelavec za neuromonitoring na Univerzi Heinrich-Heine v Duesseldorfu, Nemčija, leta 1996 pa v Medicinskem Centru Tish, Univerze New York, v Z.D.A. Od leta 1996 je bil zaposlen kot klinični nevrofiziolog na Oddelku za intraoperativno nevrofiziologijo Inštituta za nevrologijo in nevrokirurgijo, Medicinskega centra Beth Israel v New Yorku, Z.D.A.  
Naslov: Preglov trg 3, SI-1000 Ljubljana; tel.: (061) 1408-587.

\*Dr. Matevž J. Kržan, born in 1961 in Ljubljana, obtained his M.D. degree from the University of Ljubljana Medical School in 1988. He continued with postgraduate studies in clinical physiology as a young research fellow at the University Institute for Clinical Neurophysiology (1988-1996). Dr. Kržan received his M. Sc. Degree in 1992 for the Study of neuromuscular transmission in botulinum toxin treated patients with focal dystonia. In paralel he gained his professional training in neurology and clinical neurophysiology (electromyography, single-fiber electromyography, electroencephalography and evoked potentials). In 1993 he was research fellow for intraoperative neuromonitoring at Heinrich-Heine University in Duesseldorf, Germany and in 1996 at the New York University Medical Center Tish Hospital, U.S.A. Since 1996 he was Clinical Neurophysiologist in the Division of Intraoperative Neurophysiology, Institute for Neurology and Neurosurgery, Beth Israel Medical Center in New York, U.S.A.

Mojca Kržan\*

## Reaktivni odgovor astrocitov po eksperimentalni poškodbi možganov

### Reactive Astrocytic Response In Experimental Brain Injury

Izuleček

Reaktivna gliozna je možganski proces, ki nastane kot posledica različnih poškodb možganskega tkiva. Omenjeni proces opazimo po mehanskih poškodbah, infekcijah, po delovanju toksičnih substanc. Za reaktivno gliozo je značilna proliferacija mikroglije ter hipertrofija in včasih hiperplazija astrocitov. Odgovor astrocitov na možgansko poškodbo ni stereotipen. Reaktivni odgovor astrocitov se lahko razlikuje kvantitativno (npr. povečanje sproščanja določenih molekul ni enotno) in kvalitativno (različen časovni potek nastopa reaktivacije astrocitov, prizadetost ali neprizadetost kontralateralne strani možganov, prizadetost ali neprizadetost od poškodbe oddaljenih področij, prisotnost ali odsotnost mitoze v astrocitih).

Prehod astrocitov iz mirujoče v reaktivno obliko je navadno povezan s povečano sintezo in sproščanjem molekul, ki jih normalno ne najdemo v osrednjem živčevju ali pa so tam prisotne le v zelo majhnih količinah. Med te substance spadajo: različni rastni dejavniki, citokini, encimi, proteini celičnega ogrodja, proteini zunajceličnega matriksa in njihovi receptorji. Poleg tega pa astroцитi, ki so bližje možganski poškodbi reagirajo drugače od tistih na bolj oddaljenih mestih. Astroцитi v bližini lezije, ki navadno sodelujejo pri tvorbi brazgotine secernirajo bistveno večje količine glialnega fibrilarnega kislega proteina, nekaterih rastnih faktorjev in molekul zunajceličnega matriksa. Astroцитi, ki ležijo stran od mesta poškodbe, v okolju ki je manj prizadeto, pa ne reagirajo tako burno.

Na bistveno vprašanje, ali je reaktivni odgovor astrocitov koristen ali škodljiv pa še vedno nimamo pravega odgovora. Vsekakor je zelo zaželena sposobnost astrocitov, da so po poškodbi nevronov sposobni tvoriti večje količine rastnih faktorjev, citokinov in molekul zunajceličnega prostora, kar pripomore k regeneraciji poškodovanih nevronov medtem ko, brazgotinjenje upočasni ali pa celo onemogoči regeneracijo nevronov.

Abstract

Reactive gliosis is a process which occurs in central nervous system (CNS) in response to different injury e.g. mechanical trauma, infection, the action of neurotoxins. The process is characterized by proliferation of microglia as well as by hypertrophy and sometimes hyperplasia of astrocytes. Astrocytes do not respond in a stereotypic manner to all forms of brain injury, there exist quantitative (like extent of increases of different markers) and qualitative (time course, involvement of contralateral and distal sites from the injury, occurrence of astrocyte mitosis) differences.

The transition of quiescent astrocytes to the reactive ones is usually associated with the expression of molecules which are normally not detectable in the CNS or the up-regulation of molecules which are normally found at low levels in resting astrocytes. These molecules include a variety of growth factors, cytokines, enzymes, cytoskeletal proteins, extracellular matrix proteins and their receptors. In addition, astrocytes present in the vicinity of the lesion respond differently than astrocytes present at



a distance from the brain injury. Proximal reactive astrocyte, which are more likely involved in the production of glial scar express significantly higher levels of reactive gliosis markers like glial fibrillary acidic protein, neurotrophic factors, and cell surface molecules. Distal reactive astrocytes, which are present in less disturbed microenvironment display only moderate changes in the expression of reactive astrocyte markers.

The main question, whether the reactive gliosis is beneficial or not, is still unanswered. The ability of astrocytes to synthesise growth factors, cytokines and extracellular matrix molecules, which are known to promote regeneration of the damaged neurones, might be beneficial. But the formation of a glial scar can impede neuronal regeneration.

\*Mojca Kržan, rojena 23. 2. 1962 v Ljubljani, je diplomirala na Medicinski fakulteti, Univerza v Ljubljani (1980–1986); magisterij iz temeljnih medicinskih ved je opravila na Medicinski fakulteti leta 1990; doktorat znanosti iz farmakologije pa leta 1995. Podoktorski študij je opravljala na Nacionalnem inštitutu za nevrološke bolezni in inzulit, Nacionalni inštituti za zdravje, Bethesda, Maryland, ZDA. Zaposlitev: Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, Medicinska fakulteta od leta 1986. Izkušnje: klasična farmakologija (izolirani organi), molekularna farmakologija (vezavne študije), biokemija sekundarnih prenašalcev, imunohistokemija, molekularna biologija. Interesna področja: nevrofarmakologija, modulacija mikroglije in astrocitov. Število publikacij 25. Naziv: docent za farmakologijo.

\*Mojca Kržan was born on the 2. 23. 1962 in Ljubljana. Schooling: Faculty of Medicine, University of Ljubljana 1980–1986; M.Sc. in basic medical sciences, Faculty of Medicine, University of Ljubljana 1990; Ph.D. in pharmacology, University of Ljubljana 1995; Postdoctoral training: NINDS, NIH, Bethesda, Md, USA 1996–1998. Employment: Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, University of Ljubljana since 1986–present. Research experiences in classical (isolated organs studies) and molecular pharmacology (binding studies), signalling (cAMP), immunohistochemistry, molecular biology. Main interests in neuropharmacology, modulation of glial cells. Publications: 25. Current position: assistant professor of pharmacology.

Branko Zorn\*

## Kriptorhizem: zakaj njegova pojavnost narašča? Cryptorchism: Why Does its Incidence Increase?

### Abstract

Non descended testes in the low scrotum or cryptorchidism is a common anomaly at birth with about 1 to 4 % of the newborn males affected. Only one quarter of those newborn babies will still have non descendent testes when one year old.

The testicular non descent can be associated with two consequences in adult life. Firstly, a history of non descended testis is the only known risk factor for the testicular cancer. Secondly, such a history is a of risk factor for male fertility because of spermatogenesis alterations, as indicated by quantitative and qualitative histological analyses of the testicular tissue, and by depressed spermatozoa output and quality; moreover, testicular volumes are reduced and the time to pregnancy as well as the rate of infertility are increased.

Some papers reported higher incidence of cryptorchidism today.

In Slovenia, the incidence of cryptorchidism in general population is 1.4 %.

In looking at risk factors for cryptorchidism, we found out that the presence of other congenital malformations, lower birth weight and pre-term delivery, which are often related, and multiple gestations are relevant.

In vitro fertilization groups are characterized by the conjunction of most risk factors for cryptorchidism such as high incidence of multiple gestations, pre-term deliveries and low birth weight babies. In those groups, the incidence of cryptorchidism is higher.

But even after adjustment to all preceding factors, the expected rate is lower than this found. Other risk factors have to be considered like environmental and genetic ones.

Of particular importance is the prevention of these societal and iatrogenic disturbances,

\*Branko Zorn, rojen 1952 v Prvačini (Nova Gorica). Osnovno, srednjo in višjo solo ter medicinsko fakulteto (Medicinska fakulteta Saint Antoine) opravil v Parizu. Podiplomski študij v Parizu (Internat des bopitaux de la Region de Paris). Specializacija v ginekologiji in porodništvu leta 1984, izpopolnjevanje iz kirurgije leta 1988. Od leta 1987 stalno zaposlen v splošni bolnici v Aulnay (Pariz) na oddelku za ginekologijo in porodništvo. Zasebna praksa v Parizu od leta 1989 do 1995. Izpopolnjevanje iz andrologije v Parizu med 1994 in 1996. Od aprila 1995 zaposlen na oddelku za reprodukcijo na Ginekološki kliniki v Ljubljani, kjer raziskuje in zdravi moško neplodnost ter vodi Center za andrologijo. Znanstveno raziskovalna dejavnost: več kot 30 publikacij v francoskih, slovenskih in angleških strokovnih revijah. Članstvo v strokovnih združenjih: titularni član francoskega združenja ginekologov, titularni član francoskega združenja ginekološke endoskopije, član združenja andrologov francoskega jezika. Naziv: asistent (december 1995), zaposlen na Medicinski fakulteti v Ljubljani kot visokošolski sodelavec in član katedre za ginekologijo in porodništvo (julij 1997).

Stanka Ovčak Deržič\*

## Protitumorska dejavnost krvnih celic človeške popkovnice

### *Antitumor Activity of Human Umbilical Cord Blood Cells*

#### *Abstract*

*Umbilical cord blood (CB) is the blood that remains in the placenta following birth and is normally discarded. CB contains unique hematopoietic stem cells which have a potential to repair and restore immune system damaged by the treatments required for variety of malignancies and genetic diseases. Traditionally, patients have relied on bone marrow transplants; however, CB is more readily available, easier to collect, more affordable and more likely to be accepted by the patient than bone marrow. The expected advantages of CB stem cells are the enrichment of immature system at birth which should decrease the incidence and severity of graft - versus-host disease (GVHD). The recent demonstration that CB could be substituted for bone marrow in transplantation has opened new avenues in the procurement of suitable hematopoietic stem cell grafts.*

*Possibly one of the most controversial aspects of CB compared to BM transplantation is the reduced GVHD. GVHD is thought to mediate a beneficial graft-versus-leukemia (GVL) effect believed to be important for diseases-free survival in cancer patient. It is uncertain if GVHD and GVL are mediated by unique effector cell population in the graft. Concerns have arisen as to whether CB would mediate a significant GVL activity into vivo in the absence of GVHD, and thus prevent relapse in patients treated for malignancies. CB is composed of phenotypically and functionally immature lymphocytes that are not capable of mediating mature T cell functions associated with GVHD. Also, CB contains fewer alloreactive T cell precursors that adult peripheral blood. However, CB exhibits normal LAK Activity and contains normal numbers of NK and LAK precursors. Thus, CB appears quite capable of mediating a biological significant GVL effect via NK and LAK cell activities despite diminished levels of allospecific T cells. In vivo antitumor effects of CB against several hematological malignancies have been reported. The research of antitumor effector cells and mechanism of cytotoxicity of CB is only just beginning.*

\*Stanka Ovčak Deržič, born in Trbovlje, graduated B. Sc. from School of Biotechnology and M. Sc. from School of Medicine at the University of Ljubljana. Virology and Immunology training in at Virology Institute in Vienna and Institute Pasteur in Paris. During 1985 and 1991 worked at the Institute of Microbiology in Ljubljana and was involved in establishment of antibody - based techniques for HIV diagnosis. Her thesis on amplification of nucleic acids in the diagnosis of HIV was prepared in the Virus Reference Laboratory, at Public Health Laboratory Service in London. Postdoctoral training at the UCLA School of Medicine, in the Department of Microbiology and Immunology, with the objectives in RNA virology, anti-viral immune responses and viral replication. She gained significant experience in pharmacology and clinical research in the studies of antiretroviral therapy at the private clinic in Los Angeles. She continues research in hematopoietic stem cell transplantation.

Tadej Battelino\*

## Klinična in molekularna genetika v pediatrični endokrinologiji

### *Clinical and Molecular Genetics in Pediatric Endocrinology*

#### *Izuleček*

Napredek znanosti nam omogoča, da lahko vse več bolezni pojasnimo tudi na genskem nivoju. Genotipizacija posamezne bolezni ne predstavlja le natančno diagnozo, ampak tudi odpira možnosti za prenatalno diagnostiko in v nekaterih primerih celo prenatalno zdravljenje. Včasih pa nam molekularna genetika daje tudi nova izhodišča za vzročno zdravljenje. Zato je za celovito vsakodnevno klinično obravnavo potrebno združevati delo z bolniki z raziskovanjem, tako na bazičnem kot na kliničnem nivoju.

V pediatrični endokrinologiji je trenutno ena najpogostejših bolezni sladkorna bolezen tip 1. Njena pojavnost v Sloveniji v zadnjih desetletjih strmo narašča, tako da se je v zadnjih 20 letih podvojila (1). Raziskovanje mehanizmov presnove krvnega sladkorja (2, 3) in raziskovanje embriologije celih beta Langerhansovih otočkov (4, 5) na živalskih modelih nam omogoča postopno razumevanje procesov, ki lahko kasneje privedejo do bolezni. Genotipizacija označevalcev HLA in ne-HLA pri družinskih članih otrok in mladostnikov s sladkorno boleznijo tip 1 pa nam omogoča napoved tveganja za to poligensko bolezen, in morda v ne tako daljni prihodnosti tudi njeno preprečevanje. Številne redke bolezni v pediatrični endokrinologiji pa so posledica prirojene monogenske napake. Kongenitalna adrenalna hiperplazija je v večini primerov posledica mutacij na genu CYP21B. Genotipizacija bolnikov in njihovih družin (6) nam v Sloveniji omogoča prenatalno diagnostiko in v izbranih primerih prenatalno preprečevanje virilizacije spolovila pri plodu ženskega spola (7), neobhodna pa je za kvaliteten genetski posvet. Tudi nizka rast je lahko posledica monogenske mutacije, ki že zgodaj v embrionalnem razvoju povzroči moten razvoj hipofize (8).

Prikazani izbrani primeri ponazarjajo vlogo in pomen klinične in molekularne genetike v pediatrični endokrinologiji, tako na raziskovalnem kot na rutinskem kliničnem nivoju.

#### *Abstract*

*Diagnosis on the gene level is feasible in an increasing number of diseases in the field of pediatric endocrinology. Genotyping is essential for determining the precise etiology, for prediction, prenatal diagnosis and in selected cases for prenatal treatment. Therefore, routine clinical work is ideally closely connected with clinical and basic research.*

*Insulin dependent diabetes mellitus (IDDM) is one of the most common endocrine disorders in children and adolescents. The incidence of IDDM is steadily increasing and has doubled in Slovenia in the last 20 years (1). The research of basic mechanisms of glucose metabolism (2,3) and embryology of the beta cells of the islets of Langerhans (4,5) in animal models help us to understand complex processes leading to the disease. On the other hand, genotyping of HLA and non-HLA genetic markers in family members of the patients with IDDM help us in predicting the risk of this polygenic disease, and may in the near future help us to prevent it.*

Numerous diseases in pediatric endocrinology are caused by mutations on a single gene. Congenital adrenal hyperplasia (CAH) is most commonly caused by mutations in the CYP21B gene. Genotyping of the patients and their families in Slovenia (6) enables us to provide fast and reliable prenatal diagnosis and in some cases also prenatal prevention of the virilization of female fetal genitalia (7). More common disorders such as short stature can in rare cases also be a consequence of a single gene mutation, causing disturbances in the embryonic development of the pituitary gland (8).

Insulin dependent diabetes mellitus, CAH, short stature and many other endocrine disorders clearly show the importance of clinical and molecular genetics in pediatric endocrinology, both in clinical routine as well as in research.

Battelino T, Kržišnik C. Incidence of type 1 diabetes mellitus in children in Slovenia during the years 1988–1995. *Acta Diabetol* 1998; 35: 112–4.

Battelino T, Goto M, Kržišnik C, Patrick Zeller W. Tissue glucose transport and glucose transporters in suckling rats with endotoxic shock. *Shock* 1996; 6(4): 259–62.

Battelino T, Goto M, Krzisnik C, Zeller WP. Tumor necrosis factor-alpha alters glucose metabolism in suckling rats. *J Lab Clin Med* 1999; 133: 583–9.

Miralles F, Battelino T, Czernichow P, Scharfmann R. TGF-beta plays a key role in morphogenesis of the pancreatic islets of Langerhans by controlling the activity of the matrix metalloproteinase MMP-2. *J Cell Biol* 1998; 143(3): 827–36.

Battelino T, Miralles F, Kržišnik C, Scharfmann R, Czernichow P. TGF-beta activates genes identified by differential mRNA display in pancreatic rudiments. *Eu J Physiol (Pflugers Arch)* 1999; Suppl: forecoming.

Dolžan V, Stopar M, Breskvar K, Kržišnik C, Battelino T. Klinična vloga genotipizacije in prenatalne diagnostike pri bolnikih s kongenitalno adrenalno hiperplazijo. Kržišnik C, Battelino T. eds. *Izbrana poglavja iz pediatrije* 11. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo; 1999. p. 82–90.

Battelino T. Kongenitalna adrenalna hiperplazija. Mrevlje F, ed. *Zbornik 1. slovenskega endokrinološkega kongresa*. Ljubljana: Združenje endokrinologov Slovenije; 1998. p. 120–4.

Kržišnik C, Kolacio Z, Battelino T, Brown M, Parks JS, Laron Z. The "Little people" of the island Krk - Revisited etiology of hypopituitarism revealed. *J Endocrinol Gen* 1999; 1: 9–19.

\*Tadej Battelino je iz medicine diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani leta 1990. Specializacijo iz pediatrije je opravil na Pediatrični kliniki Kliničnega centra v Ljubljani leta 1995. V letih 1993 in 1994 je opravil klinično subspecializacijo iz pediatrične endokrinologije na Loyola University of Chicago, IL, ZDA. Doktoriko disertacijo je zagovarjal leta 1996. V letih 1996 in 1997 je opravljal potoktorski študij na Hôpital Robert Debré in INSERM U-457 v Prizu. Trenutno je docent na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani za predmet pediatrija in predstojnik Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in metabolne bolezni Pediatrične klinike v Ljubljani. Doslej je objavil 52 strokovnih publikacij, od tega 13 v mednarodnih revijah, zajetih v SCI.

\*Tadej Battelino graduated at the Medical Faculty, University of Ljubljana in 1990. He passed the national board exam in Pediatrics in 1995. In the years 1993 and 1994 he completed a clinical fellowship in Pediatric endocrinology at Loyola University of Chicago, IL, USA. He completed his Ph.D. in 1996. He spent his postdoctoral fellowship at Hôpital Robert Debré and INSERM U-457, Paris in the years 1996 and 1997. He is currently Ass. Prof. of Pediatrics at the medical Faculty, University of Ljubljana and chief of Department of pediatric endocrinology, diabetes and metabolic diseases at the University Children's Hospital Ljubljana. He published 52 professional papers.

Theresa Kepic\*, Frank Naeymi-Rad

## Ukrepanje pri potvarjanju medicinskih informacij na medmrežju

### Managing Medical Information Pollution on the Internet

#### Abstract

The Internet is radically changing how business is being performed and taught, as well as adding new methods and tools to how we communicate. At the same, the science of medicine is changing at break-neck speeds and the Internet consciously or unconsciously may be compromising some of these advances. It is doing so by creating information and knowledge pollution at levels that were not possible with the conventional methods of communication even less than 10 years ago. Our current academic and medical societies are busy managing the changes within their member-specific societies and firms are coming forward to police (i.e. WebMD.com and Dr.Koop.com), filter information and to certify by society or association some of these sites. We believe this is the most primitive phase of the Internet where it is used to access information, but not to communicate. The next evolution or generation of the Internet will be the most appropriately filtered application of information over the Internet. This is where the patient and the physician are partnered, using this medium, communicating over treatment pattern(s) that are tailored to the patient. That is, a patient-specific Internet messaging system, linking both patient and physician, alerting the physician to patient exposure to knowledge pollution and finally, creating treatment(s) in response to the communication. Clearly this would directly enhance the patient's quality of life and remove unnecessary stress from the physician. This presentation will demonstrate tools that will generate patient-specific communication packages. Moreover, it will also demonstrate the Internet to be an agent of the physician communicating patient-specific treatment messages.

\*Theresa Kepic was born and raised in the United States two months after her parents immigrated from Slovenia. She graduated from Illinois State University with a dual bachelors in Psychology and Biology. Her Masters Degree, from Southern Illinois University, was in the Biological Sciences. Her masters focus was in reproductive neuroendocrinology, elucidating the effects of serotonin on reproduction. She subsequently worked with the Neurosciences Department at the University of Illinois School of Medicine publishing several papers on the effects of the neuroendocrine systems on blood pressure and reproduction. She attended the Chicago Medical School where she received her M.D. and continued research looking at the effects of alcohol on fetuses. Her residency was completed at Cook County Hospital, Chicago in Obstetrics and Gynecology. Her research interest in residency focused on the role of the computer in decision support, specifically, in predicting delivery outcome, ie. the APGAR score prior to delivery, in complicated obstetric patients, using pattern recognition. She currently has her surgical privileges at Highland Park Hospital. She is also a Clinical Instructor in the Ob/Gyne Department at the Finch University of Health Sciences/ The Chicago Medical School where she also practices, is a member of the Board of Governors, and is on the Admissions Committee. Dr. Kepic is the gynecologist heading the Women's Wellness Center at the North Chicago Veterans Administration that also oversees women's health issues through the only female naval recruit center in the country, the Great Lakes Naval Training Center. Her current research activities are focused around the role of patient information and education delivery using the internet communication superhighway. Dr. Kepic has published in peer review journals and has presented at various national and international meetings.

Paula Misija\*

Slobodan Pavlovič\*\*

## Vpliv depresivnih motenj na invalidnost delavcev

### *The influence of Depressive Mental States on Invalidism of Workers*

#### *Izvleček*

Za depresivne motnje so značilni zmanjšano razpoloženje, redukcija energije in koncentracije, motnje spanja kakor tudi zmanjšana delovna aktivnost. V povojni Bosni in Hercegovini različni dejavniki (npr. porušeni domovi, uničena industrijska poslopja itd.) vplivajo na pojav idej o brezvrednosti in brezperspektivnosti, kar še pogloblja depresivne motnje.

Namen našega raziskovalnega dela je kakovostno in količinsko opredeliti dognati, kako in v kolikšni meri so depresivne motnje vplivale na pojavnost invalidnosti med delavci Tuzelskega kantona.

Z metodo naključnostne izbire smo izmed 1100 izvidov v dokumentaciji pristojne invalidske komisije, ki je med letoma 1997 in 1999 odločala o delazmožnosti prizadetih delavcev, izbrali vzorec 234 izvidov, med katerimi je bilo 160 moških in 74 žensk obravnavanih delavcev. Pri 56,7 % delavcih je depresivna motnja dokazano vplivala na invalidnost, medtem ko so bile pri 23 % depresivni motnji pridružene še druge bolezni.

Zaradi depresivnih motenj je 32,69 % delavcev bilo nesposobnih za delo. Povprečna starost teh preiskovancev je bila 48 let, povprečna delovna doba pa 24 let; po kvalifikaciji so najbolj zastopani v VK-strukturi. V skupini je bilo 51,12 % moških in 44,88 % žensk.

23,48 % bolnikov je zaradi depresivnih motenj imelo zmanjšano sposobnost za delo; od tega je bilo 78,94 % moških in 21,0 % žensk, povprečna starost je bila 45 let, povprečna delovna doba pa 23 let.

Depresivne motnje v povojnem obdobju z ozirom na druga obdobja imajo pomemben vpliv na izgubo in zmanjšanje delovne sposobnosti.

\*Pavla Franjkić Misija, rojena leta 1995 v Tuzli (Bosna in Hercegovina) je diplomirala na Medicinski fakulteti v Sarajevu leta 1981. Specializacijo je zaključila v Zagrebu, kjer je opravila tudi prvo stopnjo podiplomskega izobraževanja iz medicine dela. Na Medicinski fakulteti v Tuzli je leta 1988 opravila podiplomski tečaj ultrazvočne diagnostike trebuha.

Zaposlena je na Zavodu za medicino dela Zdravstvenega doma v Tuzli, kjer je tudi vodja izvedenske komisije. Je predsednica komisije za množične in poklicne bolezni Zdravstvene zbornice Tuzelskega kantona. Objavlja strokovne publikacije s področja ocene delazmožnosti v Bosni in Hercegovini.

\*\* Slobodan Pavlovič, rojen leta 1937 v Petrovem selu pri Tuzli (Bosna in Hercegovina). Iz psihologije je diplomiral leta 1975 na Filozofski fakulteti v Ljubljani. Med letoma 1975 in 1992 je delal kot klinični psiholog za področje medicine dela v koksarni Boris Kidrič v Lukavacu. Leta 1989 se je vpisal na podiplomski študij psihologije na Filozofski fakulteti v Ljubljani, ki ga je zaradi vojne v Bosni in Hercegovini prekinil. Med vojno je delal kot psiholog v enotah bosanske vojske. Magistrski študij je nadaljeval na Univerzi v Tuzli, kjer je leta 1998 opravil magisterij z delom "Psihične motnje vojakov v vojni." Za doktorsko delo pripravlja projekt "Kognitivno-emocionalne spremembe pri osebah s potratvatskim stresom po travmatskih izkušnjah med vojno v BiH" Od leta 1997 dela kot klinični psiholog na Psihiatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra v Tuzli. Je avtor ali soavtor 15 raziskav s področja psihologije vojnih travm, ki so bile predstavljene na mednarodnih konferencah v Bosni in Hercegovini in v tujini.

## **PREDSTAVITEV NOVEJŠIH DOSEŽKOV PRI ODKRIVANJU IN ZDRAVLJENJU BOLEZNI SRCA IN OŽILJA V SLOVENIJI**

### **CARDIO-VASCULAR DISEASES: PRESENTATION OF NEW ACHIEVEMENTS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT IN SLOVENIA**

\*Peter Rakovec se je rodil 18. 4. 1943 v Ljubljani, kjer je leta 1962 tudi maturiral na klasičnem oddelku II. gimnazije. 15. 5. 1968 je končal studij na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Med studijem je dvakrat prejel Prešernovo nagrado za študente. Leta 1974 je zagovarjal magisterij in opravil specialistični izpit iz interne medicine. Leta 1980 je promoviral za doktorja znanosti. Dve leti kasneje je postal docent, nato čez 5 let izredni profesor in spet 5 let pozneje redni profesor na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Od leta 1990 je predstojnik kardiološke klinike oziroma kliničnega oddelka za kardiologijo v Ljubljani. Trikrat je skupaj s sodelavci prejel nagrado sklada B. Kidriča za raziskovalno delo oziroma za izume in izboljšave. Objavil je 50 znanstvenih člankov v revijah z recenzijo. Uredil je kardiološki del slovenskega učbenika Interna medicina (Kocijančič-Mrevlje) in izdal monografijo Elektrofiziološka obravnava aritmij. Je član (fellow) ACCP (American College of Chest Physicians) in ACC (American College of Cardiology).

**Tone Gabrijelčič\*, Borut Geršak, Tomislav Klokočovnik,  
Janez Kirbiš, Ivan Kneževič**

## **Premostitvene operacije venčnih arterij brez uporabe zunajtelesnega krvnega obtoka: Izkušnje kliničnega oddelka za kirurgijo srca in ožilja v Ljubljani**

### ***By-pass Operations of Coronary Arteries without Extracorporeal Blood flow: Experiences of the Department of Cardiovascular Surgery in Ljubljana***

Prve operacije na venčnih arterijah so bile izvedene že pred uporabo zunajtelesnega krvnega obtoka (ZTO), na utripajočem srcu. Opisane so endarteriektomije in segmentalne ekscizije s premostitvami z veliko veno safeno (VVS) ali notranjo prsno arterijo (NPA) (Murray et al., 1954; Kolesov, 1967; Sabiston, 1974). Sabiston je leta 1962 z VVS premostil desno, De Bakey pa 1964 levo venčno arterijo.

Široka uporaba ZTO, ki omogoča delo na mirnem, brezkrvnem operacijskem polju, je po letu 1968 vodila do opustitve operiranja na utripajočem srcu. Zanimanje za tak način je, sprva zaradi ekonomskih razlogov, znova oživel v južni Ameriki, kjer so objavili prve velike, uspešne serije (Bufalo et al., 1985; Benetti et al., 1991). Po iskanju možnosti združevanja manjše agresivnosti intervencijskih metod (balonske dilatacije – PTCA) in odličnih poznih uspehov kirurške revaskularizacije, ter ob angiografskih dokazih odličnih prehodnosti anastomoz napravljenih na delujočem srcu, se je operiranje na utripajočem srcu razmahnilo tudi drugod.

Ta težnja je podprta s spoznanjem, da je glavni dejavnik agresivnosti v srčni kirurgiji ZTO, ki med drugimi sproži nespecifično vnetno reakcijo ter povzroča motnje hemostaze, imunskega sistema, spomina in intelekta.

V Ljubljani smo do 31. 9. 1999 brez uporabe ZTO venčne arterije premostili pri 25 bolnikih. Bolniki so bili stari od 32 do 78 let, premostili smo od 1 do 4 venčne arterije (povprečno 1,92). Zgodnja

smrtnost je bila 0 %. Aktivnost CKMB v plazmi je bila nad 0,05 pri 7 bolnikih. Vsi so bili odpuščeni brez stenokardij. Večina je bila odpuščena od 5. do 14. dneva, dva bolnika 16., eden 20. in eden 24. dan po operaciji.

Pri 7 bolnikih (4 moški, 3 ženske) smo opravili premostitev sprednje descendentne veje leve venčne arterije (LAD) skozi majhno sprednjo levo torakotomijo. Starost teh bolnikov je bila od 50 do 72 let. Pri vseh je šlo za pomembno zožitev ali zamašitev LAD. Pri 4 bolnikih je bila pred tem že opravljena PTCA (3 x LAD, 1 x RCA), pri enem pa operacija po Bentallu. V treh primerih smo NPA podaljšali z VVS, pri enem dodatnem bolniku pa smo morali zaradi slabih anatomskih razmer, operacijo dokončati skozi sternotomijo. Po operaciji ni umrl nihče in bolniki s to vrsto premostitve so bili odpuščeni od 5. do 14. dne po posegu. Prehodnost NPA smo v vseh primerih potrdili z ultrazvokom in v nobenem primeru ni bilo pomembnih pooperativnih zapletov.

Zaključek: premoščanje venčnih arterij, vključno s premoščanjem LAD arterije skozi majhno sprednjo levo torakotomijo, je učinkovita in varna metoda revaskularizacije srčne mišice, s katero se lahko izognemo možnim zapletom ZTO.

\*Tone Gabrijelčič, rojen leta 1945 v Ljubljani. Leta 1964 je končal gimnazijo Poljane. Študij na Medicinski fakulteti je kot štipendist sklada Borisa Kidriča dokončal leta 1970. Leta 1971 je začel specializacijo iz splošne kirurgije s predvideno usmeritvijo v kirurgijo srca in ožilja na Kirurški kliniki v Ljubljani. Magistrski študij na Medicinski fakulteti je vpisal leta 1974. 1975. je opravil izpit pri Ameriški Educational Commission for Foreign Medical Graduates Izpopolnjevanje na kardiopulmonalni kirurgiji Univerze Oregon v Portlandu (ZDA) pri prof.dr. Albertu Satrru je opravil leta 1976. Specializacijo je zaključil leta 1979. Leta 1985 je bil habilitiran za asistenta za področje kirurgije srca in ožilja. 1990. je uspešno zagovarjal magistrsko delo «Spremembe funkcije srčne mišice po kirurški revaskularizaciji» in uvedel presaditev srca v Sloveniji. Leta 1993 je postal predstojnik Klinike za kirurgijo srca in ožilja in bil izbran na delovno mesto visokošolskega sodelavca – asistenta za predmet kirurgija na Medicinski fakulteti v Ljubljani ter uspešno obranil doktorsko disertacijo z naslovom «Pomen encimov za diagnozo perioperativnega miokardnega infarkta pri premostitvenih posegih na venčnih arterijah». Leta 1994 je uvedel uporabo arterije gastroepiploike za premostitev koronarnih arterij in uporabo hladne krvne anterogradne in retrogradne kardioplegije kot zaščite miokarda med operacijo na odprtem srcu. Izvoljen je bil v naziv docenta za predmet kirurgija. Leta 1996 je uvedel minimalno invazivno premostitev sprednje descendentne veje leve venčne arterije z levo notranjo prsno arterijo skozi majhno sprednjo-torakotomijo.

Je predsednik Društva slovenskih kardiokirurgov, član Slovenskega zdravniškega društva, član Slovenskega združenja kardiologov, član mednarodnega združenja kardiovaskularnih kirurgov (International Society for Cardiovascular Surgery) in Mednarodnega združenja za presajanje srca in pljuč (International Society for Heart and Lung Transplantation), član razširjenega strokovnega kolegija za transplantacijo pri Ministrstvu za zdravstvo Republike Slovenije, član Komisije za transplantacijo Kliničnega centra v Ljubljani.

Borut Geršak\*

## Kirurgija aortne in mitralne zaklopke na delujočem srcu

### *Aortic and Mitral Valve Beating Heart Surgery*

Pri kirurških posegih na aortni in mitralni zaklopki zunajtelesni krvni obtok zagotavlja črpalno funkcijo srca, saj je potrebno odpreti srčno votlino, kri pa lahko pri nekaterih posegih po naravni poti teče v venčne arterije in oskrbuje srce. Operacije zamenjave zaklopk (aortna, mitralna) se do danes rutinsko niso opravljale na delujočem srcu ob uporabi ZTO.

Zagotavljanje koronarnega pretoka z oksigenirano krvjo s katetri neposredno v ustja venčnih arterij lahko poškoduje ustja, zato smo uvedli tehnično enostavnejšo – dovod oksigenirane krvi retrogradno, skozi venski sistem koronarnega sinusa. Preskok v kirurški miselnosti se je zgodil z uvedbo retrogradne kardioplegije, kjer se je pokazalo, da tekočina, vbrizgana skozi koronarni sinus, teče skozi venski sistem, kapilare in izteče na arterijski strani. Ekperimentalne študije so dokazale, da se večina te tekočine zdrenira skozi venski sistem (Tebezijske vene) v desni atrij.

Le korak je bil do uvedbe pretoka oksigenirane krvi retrogradno skozi koronarni sinus – do uvedbe retrogradne srčne perfuzije.

Med retrogradno kardioplegijo in retrogradno srčno perfuzijo obstajajo podobnosti (enaka tehnika vstavljanja, enak fiziološki princip) in dve bistveni razliki:

pri retrogradni kardioplegiji je tekočina, ki teče skozi sistem kristaloidna raztopina zmešana s hladno ali toplo krvjo – srce med posegom miruje,

pri retrogradni srčni perfuziji pa skozi sistem teče topla (37 stopinj C) oksigenirana kri, enaka, kot gre iz zunajtelesnega krvnega obtoka v aorto in naprej po telesu – srce med posegom bije.

Retrogradna koronarna perfuzija s toplo oksigenirano krvjo se je pokazala za varno metodo pri kirurgiji aortne in mitralne zaklopke, zlasti med posegi pri bolnikih z močno oslABLjeno funkcijo levega prekata. Dobri rezultati so vsekakor osnova za širjenje indikacij tega tipa operacij.

\*Borut Geršak je specialist srčne in žilne kirurgije, zaposlen na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja v Kliničnem centru v Ljubljani in na Medicinski fakulteti v Ljubljani, kjer je leta 1996 postal docent za predmet Kirurgija. Izobraževanje: 1983 – diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani, 1988 – magistriral, 1991 – specializiral iz kirurgije, 1994 – promoviral za doktorja znanosti. Strokovno delo v tujih ustanovah med specializacijo iz kirurgije: 1986 – University Hospital Mannheim, Germany; 1989 – University Hospital Okayama, Japan. Strokovno delo v tujih ustanovah po specializaciji iz kirurgije: 1995 – Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zürich; 1997 – Switzerland (prof. Marko Turina) – gostujoči kardiološki kirurg; 1997 – Department of Cardiothoracic Surgery, Toronto Hospital, Toronto, Ontario, Canada, (prof. Tiron E. David) – gostujoči kardiološki kirurg; 1997 – Hospital Angelina Caron, Curitiba, Brasil, (dr. Randas J.V. Batista) – gostujoči profesor; 1998 – Department of Cardiothoracic Surgery, University of Buffalo, New York, USA, (prof. Tomas A. Salerno) – gostujoči kardiološki kirurg; Vodja raziskovalnih projektov, financiranih od Ministrstva za Znanost in Tehnologijo Republike Slovenije: 1988–1991: Growth of arterial anastomoses sutured with absorbable versus nonabsorbable suture materials; 1992–1994: Changes of the vessel walls during surgical procedures; 1996–1998: Computer Modeling of Structure And Simulation of Cardiac Actions; 1999–2001: Computer Modeling of Structure And Simulation of Cardiac Actions; 1999–2000: Pharmacological, Mechanical and Thermal Studies on the Beating Heart. Vodja raziskovalnih projektov, financiranih od Inštituta Jožef Stefan: 1995–1996: Multichannel ECG measurements in the patients prior and after aorto-coronary bypass revascularisation; dipiridamole stress testing; 1997: Multichannel ECG measurements

in the patients operated for partial left ventriculectomy.

Borut Geršak je član International Society of Cardiovascular Surgery, član International College of Surgeons in kot edini slovenski kirurg član ugledne Society of Thoracic Surgeons iz ZDA. Objavil je preko 100 publikacij, od tega večino v mednarodnih strokovnih revijah. Organiziral ali sodeloval je pri organizaciji številnih domačih in mednarodnih kongresov, od katerih velja posebej omeniti letošnjega: 1<sup>st</sup> International Symposium on Beating Heart Surgery, v mestu Belo Horizonte, Brazilija, kjer je programski direktor.

## DEPRESIJE IN SAMOMORI

### DEPRESSIONS AND SUICIDES

Slavko V. Ziherl \*

\* Slavko Ziherl, rojen 23. 9. 1945 v Ljubljani, je diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1970. Specializacijo iz nevropsihiatrije je zaključil leta 1976, podiplomski tečaj iz psihoterapije pa leta 1977. Specializacijo akademske stopnje je zaključil leta 1982, doktorat znanosti s področja psihiatrije je prejel leta 1987. Študijsko se je dodatno izpopolnjeval na Univerzi Newcastle upon Tyne (1973–1974), na tečaju Britanskega sveta o alkoholizmu in drogah (1981), na seminarjih in tečajih o odvisnosti od alkohola v Salzburgu (1984) in v ZDA (1987). Opravil je tudi dodatno specializacijo iz psihiatrije na Nizozemskem in se vpisal v register nizozemskih psihiatrov (1993).

V letih 1976–1978 je bil vodja izvenbolnišnične službe Centra za mentalno zdravje, nato do leta 1990 vodja Centra za zdravljenje alkoholikov Psihiatrične klinike v Ljubljani, v letih 1990–1994 svetovalec za zdravstvene zadeve Psihiatrične klinike, od 1994 do 1996 predstojnik Centra za klinično psihiatrijo Psihiatrične klinike Ljubljana.

Je član različnih strokovnih združenj (SZD, član psihoterapevtske sekcije SZD, član Nizozemskega združenja za psihiatrijo, član Društva slovenskih knjižnih prevajalcev). Od leta 1998 je predsednik Združenja psihiatrov SZD, pred tem pa je bil od 1996 do 1998 predsednik njegove predhodnice, Psihiatrične sekcije SZD.

Od leta 1996 je strokovni direktor Psihiatrične bolnišnice v Ljubljani in od leta 1997 docent za predmet psihiatrija na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Marco A. Križ\*

## Samomor in depresija v Argentini

### Suicide and Depression in Argentina

*Izvleček*

V Republiki Argentini, kot kažejo podatki, ki jih je posredovalo Tajništvo za zdravstveno statistiko in infomacije, ki deluje pod okriljem Ministrstva za zdravstvo in socialno oskrbo, je v zadnjih 15-ih letih število samomorov znatno naraslo.

Porast se opaža predvsem v dveh skupinah. Prva obsega starostno skupino ljudi med 45. in 54 letom. V njej se je število samomorov od leta 1987 do danes podvojilo. Druga skupina je t.i. "skupina z visokim tveganjem" in vključuje ljudi med 15. in 24. letom starosti. Gre za nov pojav, ki v Argentini strmo narašča. V istem obdobju od 1987 do 1999 opazamo pri tej skupini 150 % več samomorov.

Vzroki za samomor so pri obeh skupinah različni. Činitelji smrti so v prvi skupini združeni s poslabšanjem splošnega družbenoekonomskega položaja v državi, z rastočo brezposelnostjo, z naraščanjem realnih cen in s padanjem realne vrednosti plač ter s težavami, s katerimi se ogroženi srečujejo pri ponovnem vključevanju v delo. Lahko bi rekli, da je to čisto lokalni pojav, kakšnega drugje po svetu ni opaziti. V drugi skupini, ki bolj sledi svetovnim tendencam, pa so glavni pokazatelji povezani z rastočim uživanjem mamil, s preobratom prave lestvice vrednot, ki pelje v brezup, ter z zelo skromnimi perspektivami glede na možnosti zaposlitve.

Lahko omenimo še tretjo skupino, ki obsega osebe, starejše od 65 let, v kateri so činitelji samomora povezani z brezbriznostjo s strani družine, ki osebo virtualno zapusti v kakem zavodu za ostarele, kot tudi z brezbriznostjo s strani družbe na splošno. Tudi v tej skupini je odstotek samomorov porasel, čeprav v manjši meri, približno za 30 %.

\*Marco Antonio Križ, rojen 24. 4. 1959 v Argentini, je na Medicinski fakulteti buenosaireske univerze (U. B. A.) diplomiral 1986. Po diplomi je delal kot pridružen zdravnik "ad honorem" na oddelku za nujne primere v psihiatrični bolnišnici I.T. Borda od leta 1987. Je uradni psihiatrični sodni izvedenec za federalno sodstvo (1990–1992), naslovni specialist psihiater, izbran po razpisu za vodjo oddelka za nujna stanja. Leta 1998 je bil imenovan po glavni direkciji kulture in šolstva za zdravnika v svoji specializaciji v oddelku otroške psihiatrije. Tudi letos je bil imenovan za naslovnega docenta otroške psihiatrije (otroci z duševno manjrazvitostjo).

**Tomislav Žargaj\***

## **Miti in dejstva o samomoru** **Myths and Facts about Suicide**

\*Tomislav Žargaj graduated at University of Ljubljana, Faculty of medicine, D. D. degree. Roating internship including military service 1956–1959. Professional licensure examination as ČPhysician« 1959. General practitioner, Velenje Community Health Care Center 1951–1964. ECMFG examination in 1963. Residency in psychiatry, R. I. Medical Center, Cranston, R. I. and Mass. General Hospital, Harvard Medical School and Danvers State Hospital, MA 1964–68. Licensure examination: Massachusetts, New Hampshire, Pennsylvania, Private practice of psychiatry: outpatient, inpatient, consultation liaison, geriatric and emergency psychiatry, Salem, Ma 1970 until present. Founder and past president North Shore Psychiatric Assoc. Inc. Salem, MA 1973. Certified by the American Board of Psychiatry and Neurology in Psychiatry and Geriatric Psychiatry 1975 and 1998. Past Assoc. Chief and Chief of Department of Psychiatry, The North Shore Medical Center, Salem, MA 1973–1996. Member of various professional, community and fraternal organisations.

**Dušan Gojkovič**

## **Samomor: Je to medicinski problem. Je to moralni ali družbeni problem. Je to odraz svobode?** **Suicide: is it a medical problem? Is it a moral or social problem? Is it an assertion of freedom?**

*Abstract*

Suicide is a phenomenon, which raises many questions, medically, morally, and ethically. Events of that nature create great anguish to be given to help and study those events.

The recognition of the suicidal patient requires a degree of clinical skill, particularly because there is no such thing as a "suicide test". We can only talk about the relative risk. However, suicide is a problem, serious enough, that in the United States the Surgeon General is engaged in a drive to

raise public awareness and mobilize professional involvement.

Suicide cannot be completely avoided, but we can increase awareness and improve our recognition, treatment, and when possible, prevention. A variety of suicidal assessment methods have been in use, and will be presented.

Clinicians should be aware of, and can be helpful is the early recognition and more aggressive treatment of depression, panic disorder and alcoholism. We have been overlooking that, "medical patients", are also at risk, especially in cases of malignancy, dialysis, and HIV. The need to pay more attention to genetic factors and the fact that suicide risk runs in families and more and more adolescents are involved with the passage of time.

The most important protective measures are sensitivity and alertness to the danger of suicide and the interest in the patient as a person.

**Bernard Špacapan\***

## **Samomor in pretirano uživanje mamil** **Suicide and Substance Abuse**

*Izvleček*

Pretirano uživanje z zakonom dovoljenih in nedovoljenih mamil je pomemben dejavnik tveganja za samomor, predvsem med mladimi. V ZDA je 35 % smrti med intravenskimimi uživalci mamil pripisujejo samomoru, možnost samomora med temi pacienti pa je 20-krat večja kot v splošni populaciji. Odprto ostaja vprašanje o istočasni prisotnosti depresije in o njeni časovni povezanosti s pretiranim uživanjem mamil. Tudi prekomerne doze so večkrat v vseh svojih oblikah zaključek depresivnih stanj.

Tudi pri odvisnih od alkohola je depresivna soobolevnost (komorbidnost) in s tem povečana možnost za samomor pomemben vidik pri diagnostiki in zdravljenju. Iz raziskav izhaja, da je – za motnjami razpoloženja – alkoholizem drugi najpomembnejši vzrok samomora. Pri nekaterih kroničnih uživalcih mamil se pojavlja vprašanje, če je prav, da jim brez prekinitve dajemo metadon ali druge nadomestke za ohranjanje zadovoljivega afektivnega počutja.

*Abstract*

There is general agreement that substance abuse is a strong risk factor for suicide among young people (suicide accounts for 35% of deaths of intravenous substance users and the risk for suicide is 20 times higher than in general population); authors disagree about whether depression is present in comorbidity with substance abuse. The overdose in its many ways may be a form of suicide. Among alcohol abusers the depressive comorbid situations are frequent with an increased risk of suicide; most authors agree that alcoholism is second only to affective disorders as a risk factor of suicide.

For some chronic drug abusers the methadone maintenance therapy may be necessary for the preservation of a satisfactory psychological well-being.



\*Bernard Špacapan je diplomiral leta 1974 iz medicine na Univerzi v Trstu. Leta 1980 je zaključil specializacijo iz psihiatrije na tržaški univerzi. Leta 1983 je opravil dodatno izobraževanje v zdravljenju alkoholizma v Zagrebu ter leta 1986 izobraževanje iz zdravstvene sociologije v Bologni. Med letoma 1975 in 1994 je delal kot psihiater v Goriški bolnišnici. Od leta 1984 je predstojnik enote za alkoholizem in zasvojenost Goriške province.

Je svetovalec Nacionalnega komiteja italijanskega društva za odvisnost od drog in član uredništva Italian Journal of Addiction.

Je avtor številnih prispevkov o alkoholizmu in odvisnostih od drog v italijanskih in slovenskih publikacijah ter na predstavitev o isti temi na regionalni in mednarodni ravni.

*\*Bernard Špacapan graduated in medicine at the Trieste University in 1974. In 1980 he received his specialization degree in psychiatry at the Trieste University. In 1983 he achieved the Certificate in alcoholism treatment in Zagreb, in 1986 the Certificate in Health Sociology in Bologna. In 1975–1994 he worked as a psychiatrist in Gorizia Hospital. Since 1984 he is Director of the Alcohol and drug addiction unit of Gorizia province.*

*He is advisor of the National Committee of Italian Society for Drug addiction and member of the editorial board of Italian Journal of Addiction.*

*He is author of numerous articles on alcoholism and drug addiction in Italian and Slovenian publications and presentations on the same subject in local and international meetings.*

**Onja Tekavčič Grad\***

## **Zdravniki in samomor** **Physicians and suicide**

### *Izvoleček*

“Ko bolezen prizadene zdravnika, se običajno vede precej drugače kot drugi bolniki. Ko sem zbolel za hudo obliko depresije in razmišljal o samomoru, sem se zelo ubadal tudi z bojaznijo, da bodo bolezen odkrili moji sodelavci ...” piše v svoji izpovedi slovenski zdravnik, ki se je čutil zaradi svojega psihičnega stanja še dodatno stigmatiziran prav zato, ker je zdravnik.

V Sloveniji je samomora že dolga leta veliko in preveč. Odkar smo samostojna država in slovenski podatki niso več skriti v jugoslovanskem povprečju, smo se povzpeli na nezavidljivo šesto mesto v Evropi, takoj za pribaltskimi državami, Madžarsko in Rusijo. S količnikom nad 30 na 100.000 prebivalcev sodimo v sam vrh s samomorom najbolj obremenjenih držav. Podobno velja za poskus samomora, ki ga sicer težje natančno registriramo, vendar je kljub približno desetkratni podcenjenosti, številka enako velika kot pri samomoru. Tu se fenomen samomorilnosti dotakne medicine, saj večina tistih, ki samomor poskuša, tako ali drugače pride v stik z zdravnikom. Zato so strokovnjaki znotraj medicine, psihiatrije in klinične psihologije največkrat tisti, ki se ukvarjajo s kliničnim področjem zmanjševanja samomorilnosti, pa tudi raziskovalnim, preventivnim in publicističnim.

Zdravnik se ob problemu samomora lahko znajde v štirih različnih vlogah: 1. lahko zdravi suicidalnega bolnika in je njegov “pomočnik” v borbi proti njegovim samomorilnim impulzom (“pravi” zdravnik); 2. lahko se trudi raziskovati, razumeti in preprečevati samomor (raziskovalec); 3. lahko postane depresiven in podleže lastnim samomorilnim mislim (žrtev); 4. lahko pa je tisti, ki je

izgubil bitko s samomorom pri bolniku ali pri svoju (žalujoči po samomoru).

Slovenski zdravniki se ob veliki pogostnosti samomora ne morejo izogniti večini naštetih vlog. Ob tem lahko nihajo med dvema skrajnostima - med občutki nemoči in nerešljivosti problema na eni strani, pa vse do občutkov omnipotentnosti, ki jim jih bodisi vsiljuje okolica, ali pa si jih privzemajo sami. O dilemi, kako najti ravnotežje nekje v konstruktivni sredini med obema, bomo lahko spregovorili na okrogli mizi.

*\*Onja Tekavčič Grad, rojena 18. 2. 1955 v Ljubljani, je diplomirala na Filozofski fakulteti, Oddelku za psihologijo leta 1977. Leta 1983 je zaključila specializacijo iz klinične psihologije, v letih 1980–82 je opravila podiplomski študij iz psihoterapije. Doktorirala je na Filozofski fakulteti (1990) z disertacijo Osebnost svetovalca na telefonski krizni liniji: primerjava slovenskih in ameriških svetovalcev in njihova podoba samega sebe pod mentorstvom akad. prof. dr. Leva Milčinskega in prof. dr. Boruta Šalija. Strokovno se je izpopolnjevala tudi na Suicide Prevention Center (Los Angeles, ZDA), v Severalls Hospital (Colchester, Anglija) in pri Samaritans (London) ter na University of Leiden (Nizozemska). Opravila je dvosemesterski podiplomski študij iz grupne analize (certifikat Institute for Group Analysis, London). Zaključila je tudi podiplomski študij iz družinske psihoterapije na Institute for Family Therapy (London) – Introductory Course (izpit 1993) in Advanced Course (izpit 1997; certified advanced family therapist). Je vodja večjega oddelka na Centru za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani in docentka za medicinsko psihologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani.*

First established in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.



The Medical Chamber of Slovenia was established in 1992.

### TASKS

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- \* Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- \* Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- \* Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- \* Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- \* Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- \* Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- \* The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- \* Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- \* Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- \* Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- \* Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.
- \* Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- \* Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- \* Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- \* Assisting members to find suitable locums during their absence.
- \* Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- \* Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- \* Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- \* Monitoring alternative methods of treatment.
- \* Detering prohibited and unacceptable medical practices.
- \* Providing a free permanent consulting service to members.
- \* Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

### HISTORICAL BACKGROUND

The first Slovenian Medical Chamber was founded on May 15<sup>th</sup>, 1893 as the "Medical Chamber for the Carniola Province". It functioned until 1918. After five years, on April 28<sup>th</sup>, 1923, the "Medical Chamber for Slovenia" was established. It functioned until 1946. Slovenia gained independence in 1991 and the Medical Chamber was re-established on March 28<sup>th</sup>, 1992. In the few years from being newly established it has taken over many responsibilities, including some delegated legal authority. At present it is organized according to modern-day and European standards.

### The Isis Journal



The professional public journal  
Of the Medical Chamber of Slovenia

### The professional journal of the Medical Chamber of Slovenia

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 6.700 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

### ORDER FORM FOR THE ISIS JOURNAL

Complete this form and send it to the address:  
ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE, UREDNIŠTVO REVUJE ISIS, p.p. 1630, 1001 LJUBLJANA, SLOVENIA

I order ..... copies of the Isis Journal

annual subscription 150 USD (surface mail)

200 USD (air mail)

Payment should be made to the account of Zdravniška zbornica Slovenije at Nova Ljubljanska Banka, Ljubljana, Slovenia, No.: 50100-620-13-900-719106-93271/0

Name: .....

Street: .....

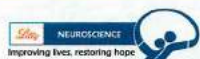
Zip code: ..... City: .....

State: .....

**PROZAC**  
fluoksetin hidroklorid



Za mirne noči in aktivne dni.  
*For both restful nights and productive days.*



Eli Lilly (Suisse) S. A., Podružnica v Ljubljani  
Vošnjakova 2, 1000 Ljubljana  
telefon: (061) 319-648, faks: (061) 319-767

Vse informacije o obeh zdravilih so na voljo v strokovnih publikacijah, ki jih dobite na našem naslovu.

**IZBERITE NAJBOLJŠO MOŽNOST ~ TAKE THE BEST CHOICE**



**ZYPREXA**  
Olanzapin  
Antipsihotično zdravilo  
Antipsychotic Power for First-time Use

Naš cilj je reintegracija.  
*Make re-integration the goal.*

**SMART  
COM**  
d.o.o.

**HIŠA CELOVITIH TELEKOMUNIKACIJSKIH REŠITEV**

**PODATKOVNE TELEKOMUNIKACIJE**

**ŠIROKOPASOVNA OMREŽJA**

**PROSTRANA OMREŽJA**

**LOKALNA OMREŽJA**

**NAVIDEZNA OMREŽJA**

**VZDRŽEVANJE OMREŽIJ**

**POVEZOVANJE V INTERNET**

**NADZOR IN UPRAVLJANJE OMREŽIJ**

**REŠITVE V KABELSKO KOMUNIKACIJSKIH SISTEMIH**

**PRENOS PODATKOV S POMOČJO PROFESIONALNIH RADIJSKIH ZVEZ**



INSTITUT ZA  
KAKOVOST IN PROJEKCIJE  
SLOVENSKE AKADEMIE ZNANOSTI  
IN UMETNOSTI

*Certifikat / Certificate*

na  
sistem kakovosti

**SMART - COM d.o.o.**  
Ljubljana

Razvoj, proizvodnja, prodaja, montaža in vzdrževanje  
informacijskih in telekomunikacijskih sistemov

ima razpisatelja in strokovno komisijo odločen o izbiri kandidata. Ni zagotovljen  
avdični standardi

**ISO 9001**

certifikat / Datum izdaje:  
176 / 1998-12-21

V imenu in za SIO

Prektor



**SMART  
COM**  
d.o.o.

Brnčičeva 45, 1001 Ljubljana  
Telefon: 061/161 16 06  
Faks: 061/161 15 71  
<http://www.smart-com.si>

# Izboljšava za novo tisočletje



**Amoksiklav<sup>®</sup> 2x**

amoksicilin in klavulanska kislina



**Zjutraj in zvečer.  
Tako preprosto!**