



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 67, OKTOBER 1998, str. 557-628, ŠT. 10

135. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV Radenci, 16. in 17. oktober 1998

Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom - temelj kakovostnega zdravstva

VSEBINA

PRISPEVKI

Zdravnik - bolnikov zagovornik, P. Poredoš 557

Zdravnik v tranziciji, M. Premik 561

Kakovost v zdravstvu skozi oči pacienta, M. Dovjak-Plešej 567

Odnos zdravnik-bolnik z vidika normativov v zdravstvu, J. Zajec 571

Odnos med zdravnikom in bolnikom in kakovost zdravstvenega varstva z vidika obstoječe zakonodaje in normativov v zdravstvu, M. Bitenc 573

Pritožbene možnosti v zdravstvu, A. Butala 575

Odnos zdravnik-bolnik - njegovo ocenjevanje in merjenje, J. Drinovec 579

Psihološki elementi v odnosu bolnik-zdravnik, T. Pačnik 583

PISMA UREDNIŠTVU

Etika biomedicinske raziskave na ljudeh, Nasveti načrtovalcem in navodilo predlagateljem vlog za etično oceno, J. Trontelj 587

RAZGLEDI

Nekrologi 591

Zanimivo je vedeti 591

Zdravniki v prostem času 599

Zdravniški vestnik pred 60 leti 600

Nove knjige 601

Aktualna sporočila 603-620

V tej številki so sodelovali 570

Oglasi 566, 574, 602, 621-628



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

P. Kapš (predsednik/president),
I. Švab (namestnik predsednika/vice-president),
J. Bedernjak, F. Dolšek, J. Drinovec, M. Janko, M. Jereb
I. Kapelj, V. Kostevc-Zorko, F. Košir, M. F. Kenda,
S. Levak-Hozjan, V. Petrič, A. Prijatelj, P. Rode, B. Šalamun,
Z. Turk, F. Urlep, T. Vahtar, F. Verovnik, G. Voga, M. Žargi

Uredniški odbor/Editorial Board:

B. R. Binder, Dunaj - Avstrija, B. Brinkmann, Münster - Nemčija, V. Dolenc,
D. Ferluga, S. Herman, S. Julius, Ann Arbor - ZDA, M. Jung, Zürich - Švica,
P. Kapš, D. Keber, M. Kordaš,
I. Krajnc, G. J. Krejs, Graz - Avstrija, G. Lešničar, M. Likar, J. Milič,
Montreal - Kanada,
A. P. Monaco, Harvard - ZDA, D. Pokorn, S. Primožič, M. Rode,
E. Ståhlberg, Uppsala - Švedska,
J. Šorli, J. Trontelj, B. Vrhovac, Zagreb - Hrvaška, B. Žekš

Poslovna tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektorja za slovenščino/Readers for Slovenian:

J. Faganel, T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

A. Snedec

Naslov uredništva in uprave/**Address of the Editorial Office and Administration:**

1000 Ljubljana, Komenskega 4, tel. (061) 317-868

Domača stran na Internetu/ Internet Home Page:

<http://vestnik.szdz.si/>

Tekoči račun pri/Current Account with

LB 50101-678-48620

UDK 61+614.258(061.1)=863=20

CODEN: ZDVEEB ISSN 1318-0347

To revijo redno indeksirajo in/ali abstrahirajo:

Biological Abstracts, Biomedicina Slovenica,
BIOSIS, Medlars

Zdravniški vestnik izhaja praviloma vsak mesec.

Letna naročnina za člane SZD je vključena v članarino.

To številko so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije

Po mnenju Urada vlade RS za informiranje št. 4/3-12-1388/95-23/294

steje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

6,5% davek od prometa proizvodov.

- Tisk Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d.d., Ljubljana - Naklada 4100 izvodov

The Journal appears regularly every month.

Yearly subscription for members of the Slovene Medical Society

is included in the membership amounting.

The issue is subsidized by Ministry for Research and Technology,

Ministry for Health

- Printed by Tiskarna JOŽE MOŠKRIČ d.d., Ljubljana - Printed in 4100 copies

ZDRAVNIK - BOLNIKOV ZAGOVORNIK

A PHYSICIAN - PATIENT'S DEFENDER

Pavel Poredoš

Klinični oddelek za žilne bolezni, Klinični center, Riharjeva 24, 1000 Ljubljana

Ključne besede: zdravnik; bolnik; pravice; dolžnosti; zdravljenje

Key words: physician; patient; rights; duties; treatment

Izvleček – V prispevku je obravnavan odnos med zdravnikom in bolnikom ter pravice in dolžnosti obeh sodelujočih partnerjev v procesu zdravljenja. Avtor ugotavlja, da je za uspešno zdravljenje najprej potrebno vzpostaviti kakovosten odnos med zdravnikom in bolnikom. Tak odnos naj temelji na medsebojnem zaupanju in spoštovanju. Zdravnik ima pravico in dolžnost, da varuje zdravje vsakega posameznika in da čimbolj vestno zdravi bolezen. Zdravnikova dolžnost je tudi vplivati na čimbolj pravično razporejanje razpoložljivih finančnih sredstev. Nadalje si mora zdravnik kot bolnikov zagovornik prizadevati za čimbolj kakovostne življenjske pogoje vsakega posameznika. Zdravnik mora biti tisti, ki v imenu pravice do življenja prepričuje družbo in zahteva od nje, da izpolni svojo dolžnost do državljanov, zlasti do bolnih.

Med osnovne pravice bolnika pa sodijo: kakovostna zdravstvena oskrba, pravica do svobodne izbire zdravnika in zdravstvene organizacije, pravica do samoodločanja ter pravica do obveščenosti in zaupnosti. Bolniku mora biti dana tudi pravica do ugovora, kar pa je v praksi včasih težko uresničiti. Zato bi morali v vsej Sloveniji natančno opredeliti pritožbeni postopek. V zdravstvenih ustanovah bi bilo potrebno natančno opredeliti, komu se bolnik lahko pritoži, organizirani bi morali biti pritožni sveti, v reševanje spornih zadev bi se moral aktivneje vključevati varuh človekovih pravic. Poleg pravic pa ima bolnik tudi dolžnosti. Med osnovne dolžnosti sodi skrb za lastno zdravje. Bolnik mora prispevati k uresničevanju zdravstvenega varstva v skladu s svojimi možnostmi in aktivno sodelovati v procesu zdravljenja.

Abstract – In the paper the relation between a physician and a patient, rights and duties of both partners participating in the process of treatment is discussed. The author ascertains that for a successful treatment it is necessary first to restore a quality relation between a physician and a patient. Such a relation should be based on mutual confidence and respect. A physician has the right and duty to protect any individual health, and to treat any disease as thoroughly as possible. The physician's duty is also to influence on the most rightful allocation of disposable financial means. Furthermore, a physician as a patient's defender should strive for any individual highest quality living conditions. Any physician should be the one who persuades the society on behalf of the right to live, and demands from it to fulfil its duty to citizens, especially to the diseased.

Among the basic rights of a patient there are as follows: quality health care, right to a free choice of a physician and health organization, right of self-determination, and right to information and confidentiality. A patient should also be given the right to object, what is sometimes difficult to realise in practice. Therefore, the complaint procedure should be precisely defined in the whole of Slovenia. In health institutions it would be necessary to define precisely whom a patient may complain to, complaints councils should be organized, the ombudsman should more actively be included in sorting-out the matters in dispute. Beside the rights a patient has also duties. Among basic duties there is his concern for his own health. A patient should contribute to the health security implementation in compliance with his possibilities, and participate actively in the process of treatment.

Uvod

Zdravnik pri opravljanju svojega poklica odloča o občutljivih vprašanjih, ki zadevajo človekovo zdravje in življenje in s tem posega v najbolj intimni del slehernega posameznika. Zato proces zdravljenja nujno temelji na vzpostavljanju odnosov med dvema partnerjema, ki na videz nastopata v povsem različnih vlogah. Vendar gre pri teh, na prvi pogled izključujočih vlogah dveh oseb, praviloma za proces medsebojnega spoznavanja bolnika in zdravnika. Nezmožnost vzpostavitve ustvarjalnega odnosa se lahko zgodi le vase zagledanemu zdravniku ali zdravniku, ki ima opravka z bolnikom, ki je obseden z izjemnostjo svoje bolezni. Samo kakovosten, ustvarjalen in enakopraven odnos med zdravnikom in bolnikom je lahko prtok za kakovostno zdravstveno storitev. Da se tak odnos dvigne nad vsakdanjo rutino, morajo biti zagotovljeni nekateri osnovni pogoji, med katere sodijo: spoznanje obeh partnerjev, da gre pri srečanju med zdravnikom in bolnikom za odnos med dvema povsem samostojnima in med sabo odvisnima bitjema. Zdravnik se mora zavedati svo-

jih pravic in dolžnosti in na tej osnovi graditi svoj odnos do bolnika, natančno pa morajo biti opredeljene tudi pravice in odgovornost bolnika v procesu zdravljenja.

Srečanje bolnika z zdravnikom – srečanje dveh med sabo odvisnih in enakopravnih človeških bitij

Čeprav v procesu zdravljenja zdravnik in bolnik nastopata v na videz povsem različnih vlogah, sta njuni usodi zelo podobni, kajti oba se ukvarjata s problemom bolezni in trpljenja in čeprav se posameznemu od njiju včasih dozdeva, da sta na nasprotnih bregovih, oba prej ali slej spoznata svojo omejenost, končnost in minljivost. Pomembno je, da usoda bolezni postane skupni problem. Zdravnik se trudi zdraviti in ozdraviti bolezen. To mu velikokrat uspe, večkrat pa tudi ne. Takrat sta poražena oba – bolnik in zdravnik. Tak poraz, ki lahko poraja različne krize, pa je priložnost za vzpostavitev globljih medsebojnih odnosov, ki dvignejo srečanje med

zdravnikom in bolnikom nad vsakdanjo rutino. Tako je lahko bolezen velika priložnost za medsebojno spoznavanje, za globlji in pristnejši odnos. Eden od temeljnih pogojev za vzpostavitev takšnega odnosa med bolnikom in zdravnikom je na strani zdravnika spoznanje, da obstaja omejenost, ki je splošno človeška, ne samo njegova in bolnikova. Takšno spoznanje bo zdravniku pomagalo sestopiti iz utvarjalnih odnosov nima nič skupnega z vasezagledanostjo zdravnika, ohranja pa samospoštovanje in pomembno bogati zdravnika ter odpira vrata do bolnikove notranjosti.

Po drugi strani je za kakovosten partnerski odnos potrebno sodelovanje bolnika, ki svojo bolezen sprejme in se z njo spopade v globokem zaupanju zdravniku. Seveda se bo bolnik lažje odprl in zaupal tistemu zdravniku, v katerem je uzrl vir moči in trdnosti, ki pomagata premagovati najhujše stiske. Pomembno je, da bolnik v svoji bolezni ne išče predvsem brezmejnne tragike in samopomilovanja, na ta način bo sam prispeval k iskanju najustrežnejših rešitev za svojo bolezen in pomagal zdravniku, da bo čim bolj uspešen in trden v iskanju rešitev za bolnikove težave. Uspešnost zdravljenja torej nikakor ni odvisna le od enega od obeh partnerjev, ki nastopata v procesu zdravljenja, temveč od volje, pripravljenosti in medsebojnega zaupanja obeh. Vzpostavitev kakovostnega in enakovrednega odnosa med bolnikom in zdravnikom je torej eden temeljnih pogojev za uspešno zdravljenje najrazličnejših bolezni. Prav to psihosocialno razsežnost zdravljenja bolezni pogosto zanemarjamo in naše upanje vse preveč gradimo le na strokovni usposobljenosti zdravnika ter na arzenalu razpoložljivih diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Proces zdravljenja neredko vključuje tudi postopke, ki so nevarni za bolnika in ki lahko pomenijo grobo poseganje v bolnikovo psihofizično enovitost. Zato lahko pride, kljub pripravljenosti po sodelovanju s strani obeh sodelujočih, do najrazličnejših zapletov, ki so lahko tudi vir nesoglasij. Pomembno je, da so pravice in dolžnosti zdravnika in bolnika natančno opredeljene tudi na načelni ravni.

Pravice in dolžnosti zdravnika

Zdravniku je dana pravica in dolžnost varovati bolnikovo zdravje in zdraviti bolezen. Zdravnik je dolžan nuditi zdravstveno pomoč vsakomur, in to ob vsem spoštovanju človeškega dostojanstva. Pri tem se zdravnik ne sme ozirati na raso, narodnost, versko prepričanje, politično pripadnost, družbenoekonomski položaj in spol bolnika (1). Zdravnik mora svoj poklic opravljati odgovorno, vestno in pri tem dosledno upoštevati najnovejša spoznanja medicinske znanosti in načela kakovostnega strokovnega ravnanja. Eno temeljnih načel, ki opredeljuje pravico opravljanja zdravniškega poklica, navaja, da je zdravnik svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja. Toda prav to načelo, ki je splošno veljavno, je neredko težko dosledno upoštevati, kajti medicinska znanost in sodobna tehnologija ponujata mnogo več, kot je zaradi bolj ali manj omejenih financ možno uresničiti. Zato se mora zdravnik (zaradi omejitev, ki mu jih nalaga družba) pogosto odreči določenim preiskavam in načinom zdravljenja, morda kdaj tudi na škodo bolnika. Na prvi pogled se zdi takšno ravnanje nemoralno in v nasprotju z etičnimi normami. Toda če upoštevamo pravilo, da mora biti zdravnik lojalna do vseh bolnikov v danem okolju oz. v državi, potem je zdravnikova naloga, da z razpoložljivimi materialnimi sredstvi ravna skrajno preudarno ter da poskuša vplivati na raz-

porejanje teh sredstev na takšen način, da bodo zdravstvene usluge dobili tisti bolniki, ki so pomoči najbolj potrebni in da bo poskušal zdraviti predvsem tiste bolezni, na katere lahko dokazljivo vpliva z razpoložljivimi terapevtskimi postopki. Tako je zdravnikova svoboda pri izbiri metod in načinov zdravljenja omejena z razpoložljivimi materialnimi sredstvi. Pomembno pa je, da v okviru razpoložljivih možnosti zdravnik čim bolj pravično razporeja zdravstvene usluge. Zdravnikova dolžnost je tudi, da vpliva na razporejanje razpoložljivih sredstev in da opozarja nosilce družbenih funkcij, zlasti vladne organe, na morebitno finančno podhranjenost medicine kot celote in posameznih strok. Pri tem se zdravnik mora tudi zavedati, da pretirano in nekontrolirano vlaganje finančnih sredstev v medicino lahko povzroči odtegotvanje drugih socialnih pravic državljanov.

Pravice in dolžnosti zdravnika opredeljujeta Zakon o zdravstvenem varstvu in Kodeks medicinske etike. Zdravnik mora pri opravljanju svojega poklica strogo spoštovati pravice bolnikov, in to v skladu z obstoječimi zakoni, razen če bi bili ti zakoni v nasprotju s koristjo bolnika. Predvsem mora zdravnik pri opravljanju svojega poklica upoštevati temeljna etična načela (1). Etična načela morajo biti osnovno vodilo zdravnikovega ravnanja. Če so etična načela navzkriž z obstoječimi zakonskimi določili, ima etično načelo prednost pred zakonom (2). Narava zdravnikovega dela je takšna, da ga ni mogoče izčrpno predpisati z navodili in prav tako ne kontrolirati, kot lahko kontroliramo industrijski produkt glede na količino in kakovost. Zato je notranje etična kontrola toliko bolj potrebna in pomembna (3). Sicer mora biti zdravnik pri opravljanju svojega poklica samostojen, neodvisen in svoboden. Zdravnikova neodvisnost zagotavlja tudi bolnikovo svobodo. Neodvisnost in svoboda jamčita, da se bo zdravnik v polni meri zavedal svoje osebne odgovornosti za odločitve pri zdravljenju, predvsem za takšne odločitve, ki bodo temeljile na strokovnih spoznanjih.

Pri izboru najrazličnejših načinov zdravljenja in diagnostičnih postopkov mora zdravnik ravnati čim bolj racionalno, kar pomeni, da mora v primeru omejenih materialnih možnosti zagotavljati ustrezno zdravstveno varstvo najbolj ogroženim.

Zdravnik se je dolžan izpopolnjevati in stalno izobraževati, kar mu omogoči, da uporablja tiste diagnostične in terapevtske metode, ki so znanstveno preverjene, strokovno utemeljene in ki so ob dani ceni najučinkovitejše ter najmanj nevarne. Zdravnik je tudi dolžan, da si v svojih strokovnih organizacijah in v družbi prizadeva za takšne razmere, ki bodo omogočale stalno spremljanje razvoja, dosežkov in pridobivanja novega znanja ter prenašanje najnovejših spoznanj in dosežkov medicine iz tujine v domači prostor.

Zdravniški poklic pa ima tudi širše družbene razsežnosti, zdravnik si mora namreč prizadevati za čim kakovostnejše življenje vsakega posameznika. Zdravnik si mora trajno prizadevati za zdravo življenje in čim boljše življenjske razmere, za odpravljanje neustreznih delovnih pogojev, za čim kakovostnejše življenjsko okolje. Zdravnik se mora boriti zoper socialne bolezni, zoper poškodbe, prizadevati si mora za čim večjo prometno varnost, boriti se mora za izboljšanje življenjskih pogojev neozdravljivo bolnih in ostarelih (4). Zdravnik mora biti tisti, ki v imenu pravice do življenja prepričuje družbo in zahteva od nje, da izpolni svojo dolžnost do svojih državljanov, zlasti do bolnih in invalidnih oseb.

Zdravnik pa tudi sme in je celo dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki mu ga vsiljuje posamezni bolnik ali družba, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju in vesti mogel biti neetičen ali za bolnika škodljiv.

Zdravnik ima torej etično dolžnost in poklicno odgovornost, da vedno deluje v najboljšem interesu svojih bolnikov. To mu bo uspelo le, če si bo pridobil čimveč znanja in izkušenj. Pri najtežjih odločitvah pa je potrebna tudi notranja zrelost

in etična trdnost, kajti zdravniku je zaupanih toliko orožij, s katerimi lahko povzroča dobro ali zlo, deluje v korist bolnikov ali pa tudi ne. Zato se mora zdravnik v slehernem trenutku zavedati zahtevnosti in pomembnosti svojega poklica in opravičiti pričakovanja bolnika, ki od zdravnika pričakuje ne le ozdravitev bolezni, temveč tudi zaščito najrazličnejših interesov. Skratka, zdravnik mora biti bolnikov advokat, kot je to v svojem programu delovanja jasno zapisalo Ameriško zdravniško združenje (5).

Pravice in dolžnosti bolnika

Bolnik ima pravico in dolžnost, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja ter da sprejme ali odkloni predlagani zdravstveni poseg. Že Hipokrat opozarja, da ni samo zdravnikova dolžnost storiti vse, kar je neobhodno potrebno za zbolelega, temveč da morajo bolnik in njegova okolica podpirati zdravnika v njegovem delovanju in prizadevanju. Bolnikove pravice so natančneje opredeljene v Lizbonski deklaraciji (6) in zapisane v Zakonu o zdravstvenem varstvu (7). Lizbonska deklaracija ima 10 poglavij, med katere sodijo:

Pravica do kakovostne zdravstvene oskrbe

Po tem določili ima vsak človek pravico, da je deležen čim kakovostnejše zdravstvene oskrbe. Za kakovost zdravstvenih storitev so odgovorni predvsem zdravniki. Kadar so zaradi finančnih in drugačnih omejitev različni postopki zdravljenja na voljo v omejenih količinah, ima bolnik pravico, da mu bo določeno zdravljenje dodeljeno po merilih pravičnosti in brez diskriminacije. Izbira bolnikov, ki so najbolj nujno potrebni pomoči, mora temeljiti na strokovnih merilih, ki jih pripravi zdravnik. Razkorak med potrebami bolnikov in možnostmi zdravstva ni značilen le za posebne razmere, kot so elementarne nesreče in vojna, temveč je prisoten ves čas in je še zlasti izrazit v razvijajočih se državah. V teh državah je dostopnost do sodobne in drage tehnologije zaradi zelo omejenih sredstev za zdravstvo največkrat močno okrnjena. Takšen razkorak je vedno bolj izrazit tudi v našem prostoru, zato se vedno bolj zaostčuje vprašanje, kako denar, namenjen za zdravstvo, čimbolj pravično razdeliti. Upravičeno se zastavlja tudi vprašanje, ali zdravitvi posamezne – morda zelo bolne – osebe z zelo dragimi postopki, katerih učinkovitost je včasih celo vprašljiva. In na račun zdravljenja enega samega bolnika odreči zdravljenje številnim drugim bolnikom s povprečno zahtevnimi boleznimi. Včasih nastaja vtis, da dostopnost do zdravstvenih storitev v našem prostoru ni najbolj pravično porazdeljena. Še vedno se namreč iz obveznega zdravstvenega zavarovanja plačujejo oskrbe poškodb, ki nastanejo pri različnih, tudi vrhunskih športnih aktivnostih, ali pa se uvajajo novi in zelo dragi diagnostični in terapevtski postopki, katerih učinkovitost ni vedno preverjena. Po drugi strani pa se zaradi pomanjkanja sredstev vedno bolj ožijo indikacije za zdravljenje žilnih bolnikov in je vedno manj bolnikov deležnih ustrezne in pravočasne obravnave. V nekaterih regijah v Sloveniji je amputacija uda še vedno eden najpogostejših načinov zdravljenja žilnih bolezni. Po drugi strani je dostopnost do različnih zdravstvenih storitev v Sloveniji dokaj nehomogeno razporejena. Kljub temu da imamo vrhunsko zdravstveno ustanovo, ki jo predstavlja Klinični center, so vrhunske storitve dostopne predvsem bolnikom iz ljubljanske regije. Zato mislim, da bi bilo nujno potrebno razmejiti dejavnost tistega dela Kliničnega centra, ki naj bi kot vrhunska ustanova pokrivala potrebe zdravstvenega varstva na terciarni ravni in ki bi naj bile pod enakimi pogoji dostopne vsem prebivalcem Slovenije, od tistega dela, ki bi kot regijska ljubljanska bolnišnica zadovoljeval potrebe prebivalcev širše ljubljanske regije na sekundarni ravni. Menim, da je takšno neracionalno omejevanje pravic iz zdravstvenega zavarova-

nja posledica pomanjkanja celostne strategije zdravstvenega varstva in natančne opredelitve prioritet. Eden od razlogov za takšno stanje je pomanjkljiva vloga medicinske stroke in neučinkovitost državnih institucij pri planiranju zdravstvenega varstva.

Pravica do svobodne izbire zdravnika in zdravstvene organizacije

Bolnik ima pravico, da svobodno izbira, pa tudi zamenja zdravnika in zdravstveno ustanovo, ima pa tudi pravico, da zahteva mnenje drugega zdravnika, če ni zadovoljen z ugotovitvami tistega zdravnika, ki se mu je najprej zaupal. Pravica svobodne izbire je tudi pri nas natančno opredeljena v zakonskih in zavarovalniških aktih, vendar so te pravice v praksi včasih zelo težko uresničljive. Svobodni pretok bolnikov največkrat onemogočajo finančne omejitve, kajti načelna pravica o svobodni izbiri ni istovetna s pravicami, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako mora bolnik praviloma storitve, kot je npr. drugo mnenje, plačevati sam, in to ne glede na to, če je do tega upravičen ali ne. Prihod bolnikov v vrhunske zdravstvene ustanove iz različnih regij omejuje tudi način financiranja posameznih zdravstvenih ustanov. Vsaki zdravstveni ustanovi se namreč dodelijo določena finančna sredstva in poraba le-teh mora tudi v vrhunski ustanovi ostati v predvidenem načrtu. Ko pride do pomanjkanja sredstev, kar je pri nas kronični pojav, se omejuje sprejemanje bolnikov, in to iz drugih regij bolj kot v regiji, kjer je takšna ustanova. Na ta način se krši pravica bolnika do svobodne izbire zdravnika in zdravstvene ustanove.

Pravica do samoodločanja

Vsak bolnik, ki je pri polni zavesti, ima vso pravico, da določen medicinski poseg sprejme ali odkloni. Ta pravica izhaja iz predpostavke, da je bolnik predhodno obveščen o vseh možnih preiskavnih metodah in o načinih zdravljenja, o njihovih posledicah in učinkih. Bolniku je treba tudi pojasniti, kaj bi pomenila odklonitev določene preiskave ali zdravljenja. Če je bolnik mladoleten ali nima opravilne sposobnosti, si je potrebno takšno soglasje pridobiti od zakonitega zastopnika. Diagnostični postopki ali zdravljenje se lahko proti bolnikovi volji izvedejo samo v izjemnih primerih, ki jih zakon izrecno navaja in ki so v skladu z zdravniško etiko. Podobno kot drugod po svetu se tudi pri nas bolniki premalo zavedajo te pravice. Ne vedo vedno, da je kakršenkoli medicinski poseg možen le na osnovi njihovega predhodnega soglasja. Kadar gre za zahtevnejše posege, pa so le-ti možni zgolj na osnovi predhodne obveščnosti in podpisa bolnika. Pogosto je sam postopek dajanja soglasja zelo pomanjkljiv. Neredko se zgodi, da bolnik dobi v roke zelo zapleteno napisan tekst in se brez dodatne obrazložitve od njega zahteva podpis soglasja. Včasih so poleg razumevanja strokovnih izrazov tudi težave z razumevanjem slovenskega jezika. Zato ima bolnik v takih primerih vso pravico zahtevati podrobnejšo obrazložitve ali prevod v njemu razumljiv jezik. Pravica odločanja, torej pravica privolitve ali odklonitve predlaganega zdravljenja, bi morala biti ves čas v bolnikovi zavesti, kajti tukaj ne gre zgolj za pravno ureditev odnosov, temveč je pomembno, da se bolnik zave svoje aktivne vloge v procesu zdravljenja.

Pravica do obveščnosti

Bolnik ima pravico, da je povsem obveščen o svojem zdravstvenem stanju. To pa pomeni, da mu morajo biti dostopne vse informacije, ki jih vsebujejo bolniški dokumenti, vključno z diagnozo bolezni in prognozo zdravljenja. Le izjemoma bolniku ne dajemo določenih informacij, in to v primerih, ko domnevamo, da bi te informacije lahko resno ogrozile nje-

govo življenje ali zdravje. Informacije je treba posredovati na primeren način, upoštevati moramo bolnikovo kulturo, psihično stanje, kadar pa gre za hudo in neozdravljivo bolezen, ga moramo predhodno na to pripraviti. Bolnik ima tudi pravico zahtevati, da zdravstveni delavci in njihovi sodelavci brez njegove izrecne privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju. Najpogostejše napake, ki jih zdravniki delamo na tem področju, izhajajo iz strahu, da ne bi morda bolnik preveč izvedel. Tako se neredko pred bolnikom skriva dokumentacija, bolniku se ne pove diagnoze, in to predvsem v primerih najtežjih bolezni in sploh bolnika premalo seznanjamo s potekom bolezni in z uspešnostjo zdravljenja. Na ta način se nam bolnik odtuja in se lahko tudi pogloblja nezaupanje.

Pravica do zaupnosti

Vsi podatki o bolnikovem zdravstvenem stanju in vsi drugi osebni podatki morajo biti zaupni, tudi po bolnikovi smrti. Bolnikove zaupne podatke lahko razkrijemo samo, če se bolnik s tem izrecno strinja ali obstajajo utemeljeni zakonski razlogi za to. Zaupnost pa zahteva tudi zaščito bolniške dokumentacije na tak način, da je dostopna le pooblaščenim zdravstvenim delavcem.

Pravica do ugovora

Bolnik ima pravico do ugovora na pristojni organ, če meni, da zdravljenje ni bilo ustrezno ali so bila kršena etična načela. Tudi ta pravica bolnikov je v naši zakonodaji ustrezno opredeljena, v praksi pa je včasih zelo težko uresničiti pritožbo, in to predvsem v ustanovi, kjer je domnevna nepravilnost nastala. Zato se zlasti v zadnjem času pri nas bolniki takoj po zapletu neposredno obračajo na sodišče. Tako pride po nepotrebnem večkrat do sodnih postopkov, ki so v drugih državah obravnavani kot skrajna možnost, praviloma pa prinesejo škodo tako bolniku kot zdravniku. Zato bi v Sloveniji bilo nujno potrebno uvesti in natančno opredeliti pritožni postopek. Postopek mora biti tak, da bo učinkovit. To pa pomeni, da mora biti vsem potencialnim pritožiteljem dobro poznan - mora biti objavljen znotraj zdravstvenih ustanov. Na vidnih mestih ali v informativnem gradivu za bolnika morajo biti navedena imena tistih, katerim se lahko nezadovoljni bolnik pritoži. Nadalje mora biti postopek dostopen vsem tistim, ki so v težavah, zato mora biti enostaven in mora bolniku omogočiti, da se pritoži neposredno svojemu zdravniku ali ustanovi, kjer je bila storjena domnevna napaka. Če naj bi pritožnik imel zaupanje v pritožni postopek, mora biti le-ta tudi nepristranski, zato naj bi pritožbe reševali tisti, ki niso neposredno sodelovali v procesu zdravljenja bolnika, ki se pritožuje (8).

V Sloveniji so bolniki preslabo obveščeni o tem, da imajo sploh možnost pritožbe določenemu nadzornemu organu in največkrat tudi ne vedo, komu naj se pritožijo. Zato bi bilo nujno potrebno, da se na nacionalni ravni uvede pritožni postopek. V zdravstvenih ustanovah bi bilo potrebno natančno opredeliti, komu se bolnik lahko pritoži. Če je npr. nezadovoljen z oskrbo, bi bolnik moral imeti možnost pritožbe na upravo bolnišnice, če gre za vprašanje v zvezi z zdravljenjem njegove bolezni, pa na strokovnega vodjo bolnišnice. Večje bolnišnice bi morale imeti tudi posebej določene ljudi (zagovornike bolnikov), na katere se bolniki lahko obrnejo v zvezi z uveljavljanjem svojih pravic. Če bolnik ni zadovoljen

z rešitvijo pritožbe na tem prvem nivoju, bi moral imeti možnost pritožbe na višji ravni. V ta namen bi morali biti organizirani posebni pritožni ali poravnalni sveti, in to v okviru regijskih Zdravniških društev ali regijskih odborov Zdravniške zbornice. Pretehtati bi bilo potrebno tudi vlogo Ministrstva za zdravstvo, ki bi moralo kot upravni organ imeti več pristojnosti in posebno telo, ki bi posredovalo pri očitnih kršitvah pravic bolnikov. Zagotoviti bi bilo potrebno tudi, da se v reševanje spornih zadev aktivneje vključi varuh človekovih pravic. Po vzoru nekaterih zahodnoevropskih držav bi bilo morda smiselno imenovati posebnega varuha človekovih pravic za reševanje zdravstvenih zapletov. Morda bi bilo potrebno, da bi vse večje bolnišnice imele posebnega varuha človekovih pravic. Potrebno bi bilo ločiti spore strokovne narave od tistih, ki izhajajo iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. V takih primerih ne bi bolnik imel pravice pritožbe na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Da bi bil pritožni postopek na račun pravic iz zdravstvenega zavarovanja učinkovit, bi tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje moral imeti v vseh regijskih enotah natančno in formalno urejene pritožne postopke. V Sloveniji torej nujno potrebujemo mrežo neodvisnih pritožnih organov, ki bi delovali v smislu arbitraže med vsemi udeleženci v konfliktu: zdravniki, zavarovalnica in bolniki in bi imeli nadzor nad uresničevanjem pravic bolnikov. Uvedba pritožnega postopka bi bila koristna tako za bolnike kot zdravnike, oboji si namreč želijo kar najboljšo zdravstveno oskrbo. Na ta način bi se lahko izognili večini sodnih postopkov.

Poleg pravic pa imajo bolniki tudi dolžnosti. Že Zakon o zdravstvenem varstvu določa, da ima vsakdo dolžnost skrbeti za svoje zdravje in dolžnost, da prispeva k uresničevanju zdravstvenega varstva v skladu s svojimi možnostmi (7). Bolniku tudi etika nalaga, da skrbi za svoje zdravje, da se izogiba škodljivim vplivom okolja, da upošteva pravila zdrave prehrane, da se izogiba škodljivim razvadam ter upošteva druga pravila zdravega življenja (1). V odnosu do zdravnika ima bolnik dolžnost, da brez zadržkov razkrije svoje težave, predvsem tiste, ki se nanašajo na bolezensko stanje, zaradi katerega bolnik išče pomoč (2). Bolnik se mora tudi zavezati, da bo aktivno sodeloval v procesu zdravljenja, da si bo prizadeval za svojo ozdravitev in da bo zaupal v zdravnikovo pomoč pri tem. Pomembno je, da bolnik tudi poskuša razumeti zdravnika kot človeka in da tudi takrat, ko se zdravljenje kljub najsolidnejšemu znanju in najsodobnejši opremljenosti na konča tako, kot si želita oba, bolnik in zdravnik, ne izgubi zaupanja v zdravnika.

Literatura

1. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. In: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Založba Mihelač, 1997.
2. Pacient kot subjekt zdravljenja. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Univerzum, 1982: 75-83.
3. Poklicna odgovornost zdravnika. In: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Založba Mihelač, 1997.
4. Odgovornost zdravstvenega delavca pred vestjo, pred bolnikom in pred družbo. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija II, razprave. Ljubljana: Univerzum, 1982: 57-62.
5. Svetovno zdravniško združenje. Deklaracija o zastopanju bolnika in zaupnosti. 45. skupščina SZZ, Budimpešta, Madžarska, oktober 1993.
6. Svetovno zdravniško združenje. Lizbonska deklaracija o bolnikovih pravicah. 34. skupščina SZZ, Lizbona, Portugalska, sept. - okt. 1981 in dopolnjena na 47. skupščini SZZ, Bali, Indonezija, sept. 1995.
7. Pravice pacientov, pritožni postopki in podpora pacientov. Primerjalna študija ZR Nemčije in R Slovenije. Ljubljana, 1997.

ZDRAVNIK V TRANZICIJI

A PHYSICIAN IN TRANSITION

Marjan Premik

Inštitut za socialno medicino, Medicinska fakulteta, Zaloška 4, 1105 Ljubljana

Izveček – Izhodišča. S spreminjanjem socialnih vrednot, z razvojem znanosti in spremljajočih tehnologij se spreminja položaj, vloga in način dela zdravnika. Cilj razprave je poskus opredelive tranzicijskih dilem ter naznačitev možnih rešitev.

Material in metode. Proučitev predhodne in obstoječe zakonodaje, objavljena poročila o ciljih in uspešnosti zdravstvenih reform, medicinske, sociološke in ekonomske razprave so podlaga za kvalitativno socialno medicinsko analizo razmer, ki vplivajo na sedanje in prihodnje delo zdravnika.

Rezultati. Opredeljene so naslednje dileme: Koliko je zdravje in zdravstvo zasebna in koliko javna dobrina? Kako naj zdravnik upošteva vsa nova spoznanja na področju biomedicine in pri tem ostane čuteč osebnosti zagovornik bolnika? Kako se v dosedanji model medicine, ki je naravnana na model bolezni, lahko upenja model zdravlja? Kakšne pritiske lahko pričakuje zdravnik v svojem sociopolitičnem okolju zaradi reform in birokratskih odnosov? Podani so izhodiščni predlogi odgovorov, ki naj pomagajo oblikovati stališča zdravnikov.

Zaključki. Mesto za preverjanje stališč in ravnanj zdravnika v spreminjajoči družbi so zdravniška združenja, ki pomenijo organizirano medicino, varuha poklicnih vrednot in glas zdravnika v družbi.

In kakšen je iz pretresov minulih sto let prišel naš zdravnik? Je zrastel in dozorel? Mu je uspelo ohraniti lastnosti, na katerih naj bi slonel zdravnikov etični lik: ljubezen do sočloveka in slo po učenju in znanju? Kakšne skrbi ga tarejo in kakšne so naše skrbi zanj? Kakšne spremembe je doživel, kako se je uvrstil v današnji družbi in kakšna pot mu drži v prihodnost?

Janez Milčinski, 1963.

Uvod

Iz zgodovine medicinske etike lahko razberemo, da je temeljno načelo pri delu zdravnika in njegovem poklicnem poslanstvu bilo (1) in ostaja (2) dobrobit bolnika. To primarno hipokratično načelo se je skozi čas dopolnjevalo in dograjevalo, zdravnik pa je ravnal po svoji vesti in v duhu etičnih vrednot časa, ki mu je pripadal. Osnovno poslanstvo zdravnika se torej ni spreminjalo, spreminjala so se le posamezna pravila, ki so po vrednosti, pomenu ali možnostih vplivala na njegovo ravnanje. Lahko trdimo, da je zdravnik, ki se je zavedal svojega temeljnega poslanstva, zato vedno bil v nekakšnem obdobju tranzicije, ker so ga spremljale vrednostne dileme.

Zgodovinsko gledano je zdravnik svojo izrazito paternalistično vlogo, značilno za obdobje srednjega veka, začel te-

Abstract – Background. By changing of social values, by the development of science and accompanying technologies the physician's position, role and working method is being changed. The paper objective is an attempt to define transitional dilemmas, and to designate possible solutions.

Material and methods. The previous and existent legislation study, published reports on health reforms objectives and efficiency, medical, sociological and economic proceedings are the basis of a qualitative social medical analysis of conditions which influence on the physician present and future work.

Results. The following dilemmas are defined: To which extension are health and health service private, and to which extension public good? How should a physician pay regard to new cognition in the field of biomedicine, and thereby he remains a subtle personal defender of a patient? How far can a health model be included into the so far existing medicine model which is adjusted to a disease model? What pressures can a physician expect in his socio-political environment due to reforms and bureaucratic relations? There are offered basic replies suggestions which should help to form physicians' statements.

Conclusions. Medical associations which represent the organised medicine, a guardian of professional values, and a physician's voice in the society are the premises to verify the physician's statements and treatments in the changeable society.

meljito spreminjati v obdobju prosvetljenstva, ko je avtoritarost zamenjal z enakopravnostjo in prevzel vlogo sogovornika bolniku s posebnim poudarkom na sočutju, bodrenju in izobraževanju. Moderna civilizacija, ki je sprejela splošno zamisel o spoštovanju človekovih pravic, pa je v sodobno medicinsko etiko vnesla pravilo o obvezni obveščeni in zavestni privolitvi bolnika za kateri koli medicinski poseg, ki ga mora zdravnik brezpogojno spoštovati.

Iz te kratke refleksije razvoja medicinske etike lahko potegnemo temelje in perspektive o dolžnostih zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja za sedanje in prihodnje obdobje. Iz nje pa lahko razberemo tudi, da se je vloga zdravnika kljub nekaterim stalnicam spreminjala in dopolnjevala ter da se je včasih predvsem zaradi politično ideoloških razlogov (npr. ignorirana Weimarska okrožnica zaradi fašizma – raziskave na ljudeh) pozabilo na osnovno poslanstvo zdravnika.

Danes se soočamo z napredkom medicinske tehnologije, ki po eni strani omogoča manipulirati z življenjem, po drugi strani pa družbeni razvoj zahteva vse več pravil ter etičnih načel, ki lahko pridejo med sabo v konflikt. Kaj npr. storiti, ko visoko upoštevanje načela osebne pravice bolnika vsebuje nizko stopnjo načela dobrobiti ali celo škodljivosti? In kako pravično razporediti omejene finančne zmogljivosti, če želimo upoštevati blagostanje bolnika, blagostanje zdravnika in

blagostanje vseh ljudi v skupnosti, kateri pripadamo? Kako naj v teh primerih uravnesimo vsa načela? In ne nazadnje, ali ne rabimo morda več etike kot etičnih pravil?

Na splošno lahko trdimo, da sedanjí slovenski zdravnik, kljub vpetosti v polpreteklo zgodovino in z njo povezanimi težavami, lahko s ponosom ugotavlja, da je pri opravljanju svojega poslanstva ravnal po svoji vesti in skladno s splošnimi načeli medicinske etike. Zasluge za takšno ravnanje gre do vsekakor tudi J. Milčinskemu in nato A. Dolencu (1, 3, 4) ter njunim sodelavcem, ker so utemeljili in utrdili osnovna načela moderne medicinske etike in vlogo zdravništva v službi človeštva na področju izobraževanja, klinične prakse in raziskovanja. Kljub veliki podpori, ki jo je imel slovenski zdravnik v deontoloških normah, pa se je v obdobju prejšnje državne ureditve pri opravljanju svojega poslanstva počutil ogroženega in utesnjeneega ter v nekaterih primerih celo stigmatiziranega. Nekatere njegove še danes žive občutke neugodnosti bi lahko strnili v naslednje značilnosti: občutek izgubljene svobode; premalo strokovne samostojnosti; razosebljanje odnosov in nizek materialni status.

S prehodom v postsocialistično obdobje se je spremenilo politično okolje in pravni sistem je podprl drugačne socialne vrednote (5). S tem so se odprle nove možnosti za uresničitev nekaterih teženj zdravnikov. Določena pričakovanja so se deloma uresničila (več svobode pri dajanju iniciativ, izboljšal se je materialni položaj zdravnika, spremenili so se odnosi med bolniki in zdravniki). Vendar se je zdravnik zaradi širše nedorečenih političnih, socioekonomskih in sistemsko pravnih podlag, izjemnega napredka medicinske tehnologije, nejasnih strategij glede organizacije nujenja medicinske pomoči (6, 7) kot tudi zaradi različnih pogledov do posameznih vprašanj v lastnih vrstah zopet znašel pred kopico tranzicijskih dilem.

Razpravljanje o zdravniku v tranziciji razumem kot razpravo z namenom, da spregovorimo o zdravniku prihodnosti. To pomeni, da želimo ustvariti podobo zdravnika, ki bo ustrezal novim zahtevam in bo sposoben ustrezno reagirati na vse spremembe in aktualne manifestacije, ki se pojavljajo v medicini in socialnem okolju. Oblikovati novo podobo zdravnika pomeni tudi vplivati na njegovo usodo, ki bo vezana na zgodovinsko poslanstvo, na zdravstvene potrebe ljudi ter na integracijo novih znanj in tehnologij s humanizmom in etičnimi normami. Cilji, ki si jih bomo pri tem postavili, in strategije, ki jih bomo razvili, so odvisne od rešitve problemov in dilem, s katerimi se srečujemo danes na različnih področjih medicine in socialnega okolja. Naj opozorim na nekatere med njimi.

Človekove pravice in socialne vrednote

V obdobju socializma je državna ureditev slonela na kolektivistični socialni filozofiji (univerzalnost, enakost, solidarnost), ki je narekovala sistem zdravstvenega varstva, model organiziranosti zdravstvene dejavnosti in vlogo zdravnika v njem. S sprejetjem nove ustave leta 1991 (5) smo prešli v nov družbenoekonomski sistem, ki pretežno temelji na individualistični socialni filozofiji (unitarizem, selektivnost, svobodna izbira). Spremenili so se centri moči, na novo se opredeljuje lastnina, drugače se razporejajo finančne zmogljivosti, pa tudi načini odločanja. Ta prehod ni sam po sebi razrešil dilem v socialnozdravstveni politiki. Odprta so ostala vprašanja, kaj je javna dobrina, ki je koristna za vse prebivalstvo, in kaj osebna dobrina, ki ima vrednost le za posameznika (8). Postavlja se tudi vprašanje, katere vidike zdravstvene dejavnosti je mogoče obvladovati prek državnih/vladnih organov kot javno odločanje in katere vidike je treba prepustiti državljanom kot osebne odločitve. V tem istem smislu javno/zasebno se pojavlja vprašanje, katere vrste javnih oziroma zasebnih do-

brin je mogoče nuditi v okviru javnega in katere je mogoče ustezno izvajati prek zasebnega zdravstvenega sektorja. Vse to so politične dileme, ki posredno vplivajo na delo zdravnikov in zato razreševanje teh dilem ne more ostati brez kritičnega spremljanja in aktivnega interesnega poseganja zdravništva na to področje.

Iz osnovnih človekovih pravic (9) izhaja, da ima vsak človek pravico do zdravja (10), pri čemer se mu nalaga tudi odgovornost za lastno zdravje. Druga pomembna pravica in odgovornost pa je, da imajo ljudje enake možnosti do zdravja in zdravstvenega varstva in da živijo z občutkom odgovornosti do drugih v družbi. Ob tej točki se srečujemo z večno dilemo, kje je meja med pravico posameznika in pravico skupnosti? V okviru »nasprotja teh pravic« se v posameznih družbah oblikuje okolje in pogoji, v katerih dela zdravnik in ki jih lahko razčlenjujemo na naslednje povezanosti:

zdravnik in njegov bolnik,
zdravnik in njegovi kolegi,
zdravnik in družba.

Na vsako od teh povezanosti se pripenjajo pravice in odgovornosti, ki vodijo v konflikt, če si jih prizadevamo vse izpolniti hkrati, na isti ravni (mikro, mezo, makro) odločanja in kot posamezniki. Še posebej se nasprotujejo napetosti teh odnosov povečajo, ko smo soočeni s (stalnim) pritiskom obvladovanja stroškov (11).

Če se osredotočimo samo na odnos zdravnika in bolnika, se zdi zaključek relativno enostaven: interes bolnika je za zdravnika postavljen nad in prek socialnega, ekonomskega, političnega, vojaškega ali lastnega zdravnikovega interesa ali prioritete. Zdravnik kot zagovornik osebnega, zaradi bolezní čisto posebnega interesa bolnika ne more biti vključen v kakršno koli omejevanje zdravljenja. Če bi zdravnik v tem odnosu sprejel vlogo racionalizatorja, bi se oddaljil od obveznosti, da naredi vse najboljše za svojega bolnika. Lečeči zdravnik ne sme priti v situacijo, da bo odločal, da si neki bolnik zasluži zdravljenje, drugi pa ne. Takšna praksa bi bila naperjena proti medsebojnemu zaupanju, spoštovanju in komunikaciji, ki je temeljni pogoj uspešnega zdravljenja. Seveda pa je ob tem treba upoštevati, da ima tudi bolnik pravico do samostojnega odločanja glede svojega zdravstvenega varstva. V primeru, da bolnik iz katerega koli razloga ne more dobiti potrebne oskrbe, ima pravico, da je popolno obveščen (dodatno k vsem, sicer običajnim informacijam, glede tveganja, koristi in alternativnih možnosti pri katerem koli medicinskem postopku) o razlogih za takšno stanje.

Moderne medicinske etike (3, 4) poudarjajo tudi odgovornost zdravnika do družbe. Na tej etični obvezi zdravnikov gradijo zlasti tisti, ki se ukvarjajo z obvladovanjem stroškov v zdravstvu. Seveda se ob tem zastavi etična dilema, do kam in koliko to etično pravilo zavezuje zdravnike. Zdravniki se zavedamo, da zaradi omejenih finančnih zmogljivosti mnoge legitimne zdravstvene potrebe ljudi ostajajo neoskrbljene in zato zdravniki ne nasprotujemo odpravljanju neučinkovitih in nepotrebnih zdravljenj (defenzivna medicina), administrativnemu zapravljanju v zdravstvu in proceduram, ki jim je dobičkanost prevladujoča značilnost. Zdravniki na makro ravni odločanja sprejemamo skupinsko odgovornost in smo pripravljeno odigrati svojo strokovno in moralno vlogo za optimalno uporabo medicinskih in finančnih zmogljivosti, kar vključuje uporabo najustreznejših diagnostičnih in terapevtskih postopkov (12, 13) skupaj z izdelavo priporočil za izboljševanje kakovosti dela. Glavna vloga organizirane medicine (zdravniška društva, zbornice, medicinske raziskovalne institucije) je v tem, da pripravijo uporabljiva merila in navodila za kvalitetno klinično delo oz. njegovo stalno izboljševanje in da se opozarja medicinske in nemedicinske kroge tudi na vse druge oblike zapravljanja denarja, ki ga je sicer mogoče koristneje uporabiti za odpravljanje zdravstvenih težav ali krepitev zdravja.

V okviru vsakokratnega socialnega okolja mora torej zdravnik podpirati razvoj človekovih pravic in gojiti spoštovanje do socialnih vrednot, pri čemer pa tudi zdravniku nihče ne more odvzeti pravice (14), da zagovarja interese svojega poklica. Zdravnik istoveti svoje cilje s širšimi družbenimi cilji, kot so boljše zdravje prebivalstva, dostopna zdravstvena dejavnost in kvalitetne zdravstvene storitve. Pri tem pa od družbe pričakuje, da pri opravljanju svojega poslanstva in doseganju zgornjih ciljev doseže pravično vrednotenje svojega dela, da ima možnost delati v ustreznih pogojih ter da se lahko v svojem poklicu permanentno izobražuje in na tem področju doseže najvišjo stopnjo usposobljenosti in veščin. Čeprav je blagostanje bolnika prva dolžnost zdravnika, ima le-ta pravico, da od vlade, delodajalcev ali drugih zahteva pravično obravnavo v vseh zadevah, ki ga neposredno prizadevajo.

Napredek medicinske znanosti in spremljajoče tehnologije

Napredek v molekularni biologiji, genetiki in biotehnologiji odpira vse več socialnovrednostnih in bioetičnih dilem. Ekologija in tehnologija hitro postajata osrednje vprašanje izvora civilizacijskih bolezni. Ustanovljene so banke podatkov o zdravilih in banke podatkov o reakcijah na zdravila. Računalniška tehnologija vse bolj prodira v medicinsko izobraževanje, uporablja se v diagnostiki in pri preverjanju ugotovitev oz. odločitve na daljavo (15). Medicina in zdravnik vse bolj vključujeta znanja s področja biomedicinskih in socialnih znanosti. Današnja medicinska etika se bolj ukvarja z »uspehi« kot z neuspehi medicine. Kaj vse to pomeni? Ali se bo zdravnik usmerjal v matematično mehanistični način razmišljanja? Ali bo človeško sočuten in razumevajoč zaupnik svojega bolnika in mu bo dajal oporo pri kronični bolezni? Izgleda, da ni več poti nazaj. Zdravnik bo moral integrirati nova spoznanja s področja biomedicinskih in socialnih znanosti in s tem prevzemati vse večje breme odgovornosti pri svojih odločitvah. Še zlasti zato, ker velikanski domet medicinske tehnologije povečuje stroške zdravstvenega varstva. Pretiran medicinski tehnicizem pa vzpodbuja tudi pojav epidemije škodljivega zdravilstva (16). Odločitev za najbolj primerno tehnologijo, pa naj bo to v obdobju tranzicije ali brez nje, je vedno težava zaradi vedno omejenih zmogljivosti in zaradi prednosti, ki jih zahteva javnost ali pa stroka.

Model bolezni in model zdravja

Zahodna medicina je bila v preteklosti orientirana na bolezni. To ji je prineslo velike prednosti pa tudi velike slabosti. Predpostavlja se, da bo medicina 21. stoletja integrirala tudi prednosti in izkušnje različnih drugih sistemov in bo poleg modela bolezni vključevala tudi model zdravja. S tem v zvezi se bo povečal spekter pričakovanih ljudi in medicina bo poleg skrbi za bolezen izvajala tudi skrb za zdravje. Lahko pričakujemo, da se bo spremenil tudi zdravnikov življenjski slog. Dilema, ki izhaja iz novega modela zdravja, je: kako se lahko zdravnik kot medicinski praktik, ki je tradicionalno naravnani v zdravljenje bolezni, učinkovito vključuje v prizadevanja za zdravje? Ali lahko povsem prepusti to pomembno področje drugim strokovnim in civilnim iniciativam? Zdi se, da je sodelovanje zdravnikov v procesu prizadevanj za zdravje *conditio sine qua non* (17–20), pri čemer so pomembne zlasti naslednje aktivnosti: znanstvenoraziskovalno delo, ki podpira zdravje, zagovarjanje in propagiranje politike zdravja, omogočanje usposabljanja drugih za delo na posebnih zdravstvenih problemih in stalna podpora spreminjanju k zdravju naravnanih osebnih vedenj.

Sistemi nudenja medicinske pomoči

V eni izmed možnih razvojnih projekcij bo medicina prihodnosti visoko sistematizirana in strukturirana praksa, v kateri bo vsak posameznik imel zagotovljeno skozi vse ravni zdravstvenega varstva (primarna, sekundarna in terciarna raven zdravstvene dejavnosti) optimalno medicinsko obravnavo. Medicinsko osebje in tehnika bo organizirana v »integrirano omrežje«, v katerem se bodo s pomočjo sodobne komunikacijske tehnologije prenašale informacije. Mesto zdravnika bo v vozlišču mreže z nalogo, da vzdržuje in koordinira celoten proces ter rešuje nepričakovane dogodke. Zdravnik bo vse bolj član in koordinator ekipe strokovnjakov in vse manj izoliran posameznik (21). Ta predstava po eni strani nakazuje nadaljnji intenzivni razvoj medicine v ožje in poglobljene specializacije kot moderne in znanstvene oblike delitve dela. Takšen trend pa seveda povečuje dileme predvsem zato, ker se v praksi srečujemo s celovito osebo in ker moramo človeško zdravje gledati kot celoto (sodobna zamisel o človekovem zdravju kot celoti vključuje fizične, duševne, socialne in ekološke sestavine). Ena izmed neštetokrat potrjenih zdravniških izkušenj govori, da je kakovostna oskrba bolne osebe bila in ostane osebna zadeva. Zaradi koristi bolnika mora naš cilj ostati pri idealu: vsaka oseba naj ima svojega osebnega zdravnika, ki zagotavlja trajnostno medicinsko oskrbo, po potrebi pa tudi ustreznega zdravnika specialista, ki bo obravnaval pacienta kot osebo in ne kot primer.

Politično in socioekonomsko okolje

Zdravnik posameznik ali organizirana medicina se na različnih koncih sveta soočata s konkretnim političnim in socioekonomskim okoljem, ki niti v dveh državah ni povsem enako. Četudi izgleda, da se po koncu hladne vojne ekstremna ideološka nasprotja zmanjšujejo, pa se ekonomske možnosti med državami še bolj diferencirajo. Razumljivo je, da v tako pisanem okviru v posameznih državah politiki in vlade namenjajo zdravstvu različno pozornost, različen pa je tudi način, kako uveljavljajo socialnozdravstveno politiko (22). V tem smislu sta se v svetu glede vodenja in upravljanja sistema zdravstvenega varstva izoblikovala dva osnovna modela: dirigirani sistem in kompetitivni sistem – vsak s svojimi značilnostmi. Posebnost zadnje četrtnega stoletja je, da vlade kljub različnim idejnimi (egalitarno ali utilitarno načelo) in izhodiščnim materialnim danostim, tako v dirigiranih kot v kompetitivnih sistemih ne želijo izpustiti iz rok nadzora (oz. želijo imeti nadzor) nad obsegom in ceno zdravstvenih storitev. Zato se domala povsod po svetu pristopa k spremembam zdravstvenega sistema. Utemeljite za reformo zdravstvenega sistema večinoma izhajajo iz nasprotij med napredujočo medicinsko znanostjo in spremljajočimi tehnologijami ter ekonomsko nezmožnostjo držav, da bi še naprej zagotavljale enako raven javnozdravstvenih pravic, kot so to uspemale v obdobju velike gospodarske konjunktore (1955–1973). Vlade se čutijo odgovorne za enakomeren razvoj vseh sektorjev družbe, makroekonomske analize pa jih restriktivno usmerjajo na socialnozdravstveno področje. Pred sprejetjem nove zakonodaje (23, 24) v Sloveniji leta 1992 smo imeli kljub poskusom (samo)upravne decentralizacije (25) centralno dirigan sistem z naslednjimi značilnostmi: majhne možnosti za iniciative in izbire uporabnikov, malo kompeticije med izvajalci, pojav črnega trga, čvrsta kontrola stroškov, nadzor nad preskrbo z opremo in materialom, navidezno popolno pokritje potreb prebivalstva, nizka vrednost dela zdravnikov in zdravstvenih delavcev in »samoupravna« birokratizacija odnosov. Vodilne ideje, ki so se pojavljale ob prehodu v nov sistem zdravstvenega varstva, so prihajale predvsem iz zdravstvenih vrst (šele oblikovane politične stranke

do zdravstva niso opredeljevale svojih programov), so bile usmerjene predvsem v spremembo opisanih značilnosti. V okviru teh zahtev pa so bile posebej poudarjene naslednje zdravniške zahteve: ustanovitev zdravniške zbornice in prevzem javnih pooblastil glede administrativnih in disciplinskih pristojnosti za zdravnike, uvedba zasebne prakse, obvezna udeležba zdravnikov v upravljanju zdravstvenih zavodov (direktor mora biti zdravnik), več sredstev za zdravstveno varstvo, ustrežnejše višje vrednotenje dela zdravnikov in manj birokracije v odnosih.

Na novo vzpostavljen sistem zdravstvenega varstva v letu 1992 (23, 24) je delno sledil tem zamislim. Glavne spremembe sistema se kažejo zlasti v:

- drugačni opredelitvi odgovornih subjektov (posamezniki, delodajalci, skupnosti, država) za zdravje, zdravstveno zavarovanje in zdravstveno varstvo;
- spremembi mreže izvajalcev zdravstvenih storitev zaradi uvajanja zasebnosti;
- uvedbi pogodbenih odnosov (Združenje zdravstvenih zavodov, Zdravniška zbornica, ZZZS);
- uvedbi obveznega (Bismarkov model) in prostovoljnega zavarovanja.

Sistem zdravstvenega varstva je dobil značilnosti hibridnega sistema (kombinacija diriganega in kompetitivnega sistema). Izboljšal se je materialni status sistema in se nekako zakrožil na 7% BDP (26). Vendar zaradi nekaterih neuresničenih zahtev in družbeno nepravilnih rešitev je bil zdravnik pred novimi preizkušnjami in dilemami. Zdravništvo je skozi obliko sindikalnega boja zelo energično vzpostavilo vprašanje statusa zdravnika v družbi (Zakon o zdravnikih) in pravičnega vrednotenja zdravniškega dela. S tem je uspelo senzibilizirati vladajoče strukture za probleme zdravništva in dobiti podporo prebivalstva. Ne glede na delno dosežene uspehe se je sprožila vrsta vprašanj, povezanih z razporejanjem zdravstvenih resursov, kot tudi etičnih dilem, med katerimi je morda najtežja, »kdaj in koliko lahko zdravnik za svoje cilje izrabljajo svoje bolnike«. Vsekakor ta tema zasluži temeljito razpravo. Odgovorov zanjo pa za enkrat še ne moremo najti v deontoloških kodeksih. Vprašanj in dilem je še veliko in o njih je bilo že kar veliko napisanega (27). V okviru te razprave se bom dotaknil še dveh problemov, ki sta politično in socioekonomsko pogojena in po svoje zaznamujeta pretekli, sedanji in prihodnji čas. Gre za problem reform zdravstvenega varstva in problem birokratizacije v zdravstvu.

Že nekaj časa napovedujejo reformo našega sistema zdravstvenega varstva (28, 29). Ne glede na vodilne misli, ki utemeljujejo reforme v zdravstvu (boljše zdravje; ohraniti visoko raven zdravstvene preskrbljenosti prebivalcev; prilagoditi zdravstveno varstvo spremenjenim vrednotam slovenske družbe; obdržati posebnosti v zdravstvenem varstvu, ki ustrezajo potrebam in možnostim slovenske družbe; boljša organiziranost; večja dostopnost do ustreznih zdravstvenih storitev; manj administriranja in manj birokracije; višja kakovost storitev; harmonizacija zakonodaje z Evropsko unijo ipd.), bo dejansko vodilo spremembam, ki jih bo vodila država - obvladovanje stroškov. Poleg reformnih pritiskov, ki jih bo izvajala vlada, se jim bodo pridružili še pritiski drugih organiziranih sistemov v okolju (zavarovalnice, farmacevtska industrija, industrija medicinske opreme, organizirani uporabniki-potrošniki, različne nevladne organizacije ipd.). Pritiski so številni, raznosmerni in močni, vsi pa posredno ali neposredno vplivajo na delo in ravnanje zdravnika. Ti pritiski so velikokrat take narave, da lahko ogrozijo celo osnovna načela dela zdravnika. Zastavlja se torej vprašanje: kako naj se zdravnik upre vse večjemu pritisku po racionalizaciji, da pa pri tem, ko bo branil interese pacientov in interese svojega poklica, ne bo napačno razumljen ter da bo lahko kljub zapletenim pogojem na osnovi svojega znanja in vesti odgovorno deloval kot član družbe, ki ji pripada.

Odgovore na vse te izzive je treba iskati v okviru nacionalnih in mednarodnih zdravniških asociacij, ki predstavljajo organizirano medicino. Vlade in drugi subjekti družbene moči bodo morali prisluhniti skupnemu glasu zdravnikov, kajti le tako se bodo lahko izognili neustreznim socioekonomskim odločitvam na področju zdravstva. Slabe izkušnje že do sedaj izvedenih poskusov racionalizacije v zdravstvu pri nas in v tujini (30-34) naj bodo v opomin, da različna omejevanja, brez upoštevanja in pristajanja vseh zainteresiranih na posledice omejevanja, ne morejo dati trajnih in dobrih rezultatov. Prepričan sem, da smo zdravniki pripravljeno deliti usodo svojih pacientov, svojih kolegov in svoje družbe, vendar pri tem ne moremo pristajati na enostranske ali na nepravilne porazdelitve ekonomskih bremen. Razen tega pa je reforme v zdravstvu potrebno tudi teoretično obdelati zato, da se ne bi prepustili prevelikemu političnemu pragmatizmu, ki je v preteklosti vodil številne zdravstvene reforme, za katere pa žal ne vemo, kaj so prinesle in kaj odnesle. Neprestano pa moramo opozarjati, da slepo sledenje samo ekonomski rasti družbe lahko zamegli njen končni cilj, to je višjo kakovost življenja, katere osrednja sestavina je zdravje.

V vsaki zdravstveni instituciji je ne glede na njeno velikost vedno prisotna birokracija (35). Vzpostavljena je s formalnimi pravili, ki regulirajo institutsko politiko, procedure in prakso, s čimer je vzpostavljen nadzor nad delovanjem znotraj institucije in njenimi interakcijami z zunanjim svetom. Birokracija ima piramidarno strukturo z značilno hierarhijo oblasti oz. uradnikov, s katero se nadzirajo zaposleni delavci na nižjih hierarhičnih ravneh.

Veliko zdravnikov sodi, da so z diplomom in licenco v hierarhiji zdravstvenih delavcev dosegli najvišjo stopnjo ter pričakujejo, da bo njihov samostojen status z licenco za delo zdravnika zagotovljen. V sistemu javne zdravstvene mreže v posameznih institucijah in med njimi pa vedno vlada birokratski sistem in zapisana pravila (poleg deontoloških pravil) narekujejo pravice, dolžnosti in način obnašanja zdravnikov in drugega osebja na vseh ravneh (s tem, da so pravila ohlapnejša, kolikor višja je hierarhična raven). Znotraj zdravstvenih zavodov lahko razpoznamo več vrst hierarhij (povezanih z opravljanjem določenega poklica - npr. zdravniki, sestre ali povezane s poslovanjem). Zdravniki se v birokratskem sistemu počutijo kot uslužbenci, kar je v nasprotju z njihovo težnjo in pričakovanjem po samostojnosti in neodvisnosti na strokovnem, organizacijskem in poslovnem področju. Pred motečo močjo birokracije se nekateri zdravniki zatekajo v zasebno prakso, drugi težijo k napredovanju po strokovni ali poslovodni lestvici, tretji pa vidijo uredništev svojih teženj v profesionalnih organizacijah, ki temeljijo svoje delo prav na profesionalni avtonomiji in nebirokratskih odnosih.

Pri nas v Sloveniji je tranzicijski čas (za razliko od prejšnjega sistema) za enkrat naklonjen profesionalni hierarhiji, ki se vse bolj širi tudi v poslovodsko strukturo. Zdravniki pa se po poklicni plati povezujejo tudi v druge tipe hierarhij, ki vsaka zase deluje na svojstven način. Moč profesionalne organiziranosti se je pri nas že izkazala v boju za boljši materialni položaj zdravnikov, reflektira pa se tudi v zdravstvenih zavodih kot tudi v celotnem sistemu zdravstvenega varstva (npr. v Kliničnem centru deluje z različno, vendar razpoznavno močjo kar nekaj hierarhičnih sistemov - poslovodski, medicinski, edukacijski, raziskovalni, društveni, zbornični, sindikalni in drugi). Tranzicijske družbe označujejo nekateri avtorji kot »hour glass societies«, kar pomeni, da se stvari na horizontalni ravni družbene hierarhije dajo zelo enostavno in hitro urediti, medtem ko se po vertikalni liniji zaradi oslabljenih komunikacij (ozko grlo kot pri peščeni uri) stvari urejajo dosti težje in bolj počasi (36). Glede na to, da izvajanje medicine zahteva razvito materialno infrastrukturo, učinkovito organizacijo in timsko delo ter da je zdravstveno varstvo izjemno kompleksno, z vsemi ravnmi in sektorji družbe pre-

pleten sistem, je popolna svoboda in popolna neodvisnost danes praktično neuresničljiva težnja. Verjetno pa bi se »nečloveški« in neproduktivni birokratski značilnosti zdravstvenega sistema lahko izognili s tem, da na pomembno visoko raven postavimo spoštljive, pravične, tolerantne in demokratične medsebojne odnose, ki morajo po vertikalni dobiti vsaj enake značilnosti, kot jih že sedaj kaže kolegialnost na horizontalni hierarhični ravni.

Zaključek

Spremembe v razvoju medicine in nove socialne okoliščine silijo zdravnike in njihova združenja, da bolj kot do sedaj prevzemajo pobude v pogledu spremljanja in ocenjevanja zdravstvenega stanja prebivalstva ter njegovih potreb, da se intenzivneje vključijo in koordinirajo aktivnosti za boljše zdravje, da vzpodbujajo vzpostavljanje in vzdrževanje visoko kakovostnih zdravstvenih standardov in da prevzemajo odgovornost za kvaliteto svojega dela. V vsakem primeru so in bodo zdravniške asociacije (organizirana medicina) bistvena in nepogrešljiva sestavina sistema zdravstvenega varstva, seveda ob pogoju, da bodo gojile temeljne vrednote zdravniškega poklica in postale resnični predstavnik zdravnika ter njegov glas v družbi sedaj kot tudi v prihodnosti.

Literatura

- Milčinski J. Razpotja in odločitve. In: Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Razprave in članki. Ljubljana: Univerzum, 1982: 1-285
- Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Zbornični akti - ponatis. 2. november 1955.
- Dolenc A. Medicinska etika in deontologija. Razprave in članki. Ljubljana: Tangram, 1993: 1-556.
- Dolenc A. Uvodna razglabljanja. Medicina: umetnost, znanost in tehnologija. In: Medicinska etika in deontologija II, Razprave. Založba Mihelač, Ljubljana, 1997: 22-42.
- Ustava Republike Slovenije 1991. Ljubljana, Mladinska knjiga, 1992.
- Premik M. Kratkoročna in dolgoročna perspektiva zdravstva v Sloveniji. Zdrav Vestn 1993; 62: 501-5.
- Premik M. Primarno zdravstveno varstvo javni in zasebni sektor: uvodna razprava. In: Premik M ed. Strokovni posvet Primarno zdravstveno varstvo: zdravstveni dom, javni in zasebni sektor; 1995 jun.; 1995 dec.; Ljubljana. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino, 1995: 57-8.
- Artundo C, Sakellarides C, Vuori H. Health care reforms in Europe. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993: 25-31.
- Društvo za Združene narode za Republiko Slovenijo. Človekove pravice. Zbirka mednarodnih dokumentov, Ljubljana 1995: 1-45.
- Zupančič MB. The right to health. In: Rehar V, Premik M. 1st Alps Adrian Working Meeting on Human Rights and Health, Proceedings, 30th September - 2nd October 1994, Dobrna 1994.
- Mandell B. Rationing of Health Care - Physician Perspective. World Medical Journal 1994; 40: 3-9.
- Richardson J. Cost Utility analyses in health care. Present status and futur issues. In: Daly J, McDonald I, Willis E. Researching Health Care. Tavistock/Routledge London and New York 1992: 21-44.
- Premik M. Prvine vrednotenja presejalnih programov. Slov Pediatr 1996; 3: 36-40.
- WHO. Private Practice and Public Responsibility. Third Consultation with leading medical practitioners. World Health Organization, Geneva 1992: 1-39.
- Roger FH, Noothoven van Goor J, Staehr Johansen K. Case-Based Telematic Systems - Towards Equity in Health Care. IOS Press, Amsterdam, Oxford, Washington DC 1994: 1-207.
- Premik M. Alternative Medicine in Slovenia: Some Social Medical Views. Health Care Anal 1998; 6: 59-64.
- WHO. Recommendations of an International Conference on Health Promotion (Ottawa Charter for Health Promotion). WHO Regional office for Europe 1988.
- Svetovno zdravniško združenje. Deklaracija o Prizadevanjih za zdravje. In: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II. Razprave. Mihelač, Ljubljana 1997: 590-4.
- Lazar I, Premik M, Švab I. Ali slovenski zdravniki zdravo živijo? Zdrav Vestn 1996; 65: 687-90.
- Lazar I, Premik M. Odnos slovenskih zdravnikov do zdravega načina življenja. Zdrav Vestn 1997; 66: 17-20.
- Orešković S, Cerjan-Letica G. Liječnik budućnosti. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb 1991: 16-9.
- Jakšič Ž. Zdravstvena politika. In: Jakšič Ž et al. eds. Socialna medicina. Praktikum I. Sveučilište u Zagrebu. Zagreb 1985: 279-83.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list 9/92.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list 9/92.
- Premik M. Project Health. Republic Committee for Health and Social Welfare, Ljubljana 1984: 4-10.
- ZZZS. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 1997. Ljubljana, 1998: 83-5.
- Drinovec J, Cevc M, Fras Z et al. Kratkoročne in dolgoročne perspektive v zdravstvu. Zdrav Vestn 1993; 62: 489-510.
- Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Poročevalec Državnega zbora RS, Ljubljana 1993; letnik 19, št. 15: 47-66.
- Česen M. Posvet o spremembah zdravstvene zakonodaje. Gradivo Ministrstva za zdravstvo, Ljubljana, junij 1998.
- Rose R. Making CEE-NIS NGOs Health. Private voluntary Action in an Hour-Glass Society. Central European Health&Environment. Monitor 1995; 3: 1-2.
- Lawrence D, Brown D, Marmor T. Health care Reform in the United States: Clinton or Canada? In: Seedhouse D. Reforming Health Care. The Philosophy and Practise of International Health Reform. John Wiley & Sons, Chichester 1995: 54-70.
- Gladstone D, Goldsmith M. Health reform in the UK: Working for Patients? In: Seedhouse D. Reforming Health Care. The Philosophy and Practise of International Health Reform. John Wiley & Sons, Chichester 1995: 71-84.
- Ashton T. From Evolution to Revolution: Restructuring the New Zealand Health System. In: Seedhouse D. Reforming Health Care. The Philosophy and Practise of International Health Reform. John Wiley & Sons, Chichester 1995: 54-70.
- Gafenas E. Health Care in Lithuania: From Idealism to Reality? In: Seedhouse D. Reforming Health Care. The Philosophy and Practise of International Health Reform. John Wiley & Sons, Chichester 1995: 121-7.
- Guidey M. Institutions, Individuals and Professional Power. In: Moon G, Gillespie R. Society & Health. Routledge 1995: 127-40.
- Rose R. Making CEE-NIS NGOs Health. Private voluntary Action in an Hour-Glass Society. Central European Health&Environment. Monitor 1995; 3: 1-2.

Zdravljenje hiperholesterolemije je najučinkovitejši preventivni ukrep pri bolnikih s koronarno boleznijo.

HOLSTAR[®]

tablete po 20 mg lovastatin

- učinkovito in varno zdravi izolirano primarno hiperholesterolemijo
- upočasni napredovanje ateroskleroze
- zmanjša tveganje za ponovitev kardiovaskularnih zapletov pri bolnikih z angino pectoris in prebolelim srčnim infarktom

Skrajšano navodilo

Indikacije

- primarna hiperholesterolemija tipa IIa in IIb
- kombinirana hiperlipidemija, če je hiperholesterolemija osnovna motnja

Doziranje

začetna doza 1 tableta po 20 mg, zvečer med obrokom
največja doza* 80 mg**

* 40 mg za bolnike, ki jemljejo tudi imunosupresive.

** Večjo dozo zdravila bolnik lahko vzame v celoti zvečer ali pa v dveh odmerkih.

Dozo po potrebi spremenimo po 4 tednih.

Kontraindikacije: Preobčutljivost za katerokoli sestavino zdravila, aktivna faza jetrne bolezni, trajno povečana aktivnost serumskih transaminaz, nosečnost in dojenje. **Previdnostni ukrepi:** Zdravljenje z lovastatinom moramo prekiniti, če se izrazito poveča aktivnost kreatinske fosfokinaze (10-kratno povečanje zgornje meje normalne vrednosti), če ugotovimo miopatijo, pri bolnikih s hudimi akutnimi obolenji, ki kažejo na miopatijo ali pomenijo potencialno nevarnost za razvoj ledvičnega odpovedovanja po rabdomiolizi. **Interakcije:** Sočasno jemanje lovastatina in antikoagulantov lahko podaljša protrombinski čas, ki ga je treba redno kontrolirati. Pri bolnikih, ki sočasno jemljejo imunosupresive, niacin v odmerkih, ki zmanjšujejo koncentracijo maščob, ali fibrate, je nevarnost pojava miopatije večja. **Stranski učinki:** Napihanje in bolečine v trebuhu, driska, zaprtje, prebavne motnje, anoreksija, krči in bolečine v mišicah, slabost, vrtoglavica, zamegljen vid, glavobol in kožni izpuščaji. Redkeje se pojavijo utrujenost, srbečica, suha usta, nespečnost, motnje spanja in okusa, sindrom preobčutljivosti, rabdomioliza. Nenormalno povečane vrednosti laboratorijskih testov (povečana aktivnost transaminaz, alkalne fosfataze in nekardialne frakcije kreatinske fosfokinaze ter povečana koncentracija bilirubina) so večinoma začasne. **Oprema:** 20 tablet po 20 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

KAKOVOST V ZDRAVSTVU SKOZI OČI PACIENTA

THE QUALITY OF HEALTH SERVICES THROUGH THE EYES OF THE PATIENT

Maja Dovjak-Plešej

Zveza potrošnikov Slovenije, Frankopanska 5, 1000 Ljubljana

Ključne besede: pravice pacientov; pritožni postopki; zakonodaja; zaščita uporabnikov; odnos zdravnik-pacient

Key words: patients rights; complain procedures; legislation; consumers' protection; doctor-patient relation

Izvleček – Kakovost skozi oči pacienta ni vedno kakovost, razpoznanana s strani oblikovalcev zdravstvenega sistema in izvajalcev storitev. Pacienti kakovost zdravstvene storitve neločljivo povezujemo s kakovostjo človeškega stika in odnosa vseh, ki pri zdravljenju sodelujejo. Pomemben sestavni del kakovosti zdravstvene storitve je upoštevanje temeljnih človeških pravic, predvsem varovanje osebne integritete in dostojanstva pacienta.

Uporabniki zdravstvenega varstva pa niso le tisti, ki že potrebujejo zdravniško pomoč, so tudi zdravi ljudje, ki kot plačniki zdravstvenih prispevkov preprosto želijo vedeti, kaj lahko pričakujejo od zdravstvenega varstva.

Zaradi tega se v nekaterih evropskih državah organizacije za varstvo pacientov in potrošniške organizacije zavzemajo za pojmovanje vloge pacienta kot »potrošnika zdravstvenega varstva«, ker daje takšen pristop pacientu večjo težo in možnost družbenega vpliva.

Vse več evropskih držav pravice pacientov definira v posebnem zakonu ali listini o pravicah pacientov. Na mednarodni ravni so pravice pacientov opredeljene v Deklaraciji o promociji pravic pacientov v Evropi, ki jo je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija leta 1994. V Sloveniji so pravice pacientov v zakonih ustrezno opredeljene, vendar izkušnje kažejo, da jih je v praksi težko uresničevati. Analize so pokazale, da v slovenskem zdravstvu ni ustreznih pritožnih mehanizmov za paciente, saj so obstoječi pritožni postopki neformalizirani in zapleteni. Ustreznejša rešitev se kaže v sistemskem pristopu k reševanju pritožb, ki naj bi zagotovil različne ravni reševanja pritožb in njihovo medsebojno dopolnjevanje z jasno razmejitvijo pristojnosti vpletenih institucij ali organov glede na vsebino pritožbe.

Abstract – The quality of health services perceived through the eyes of the patient may be different from what is usually taken for quality by providers of services and those who create the health care system. Patients see the quality of health services closely associated with the quality of human relations among all who take part in the process of treatment. Respect for human rights, personal integrity and patient's dignity are relevant factors for assessing the quality of health services.

The users of health services include so patients who need medical help, as well as healthy individuals. The latter, while also being payers of health taxes and contributions wish to be well informed of what to expect from health care.

This is the reason why in some European countries, patient and consumer organizations regard the patient as a »consumer«. Such an approach delivers greater authority to the patient and thus provides him or her more impact on the decision-making process in health care. European countries have increasingly begun to define patient rights in a special law or a patient charter. At the international level patient rights have been laid down in a Declaration on the Promotion of Patient Rights, adopted by WHO in 1994. In Slovenia, patient rights are adequately defined in different pieces of legislation. The experience has, however, shown that they are frequently not followed by appropriate enforcement. Analyses have shown a substantial gap between patient rights laid down in the law and their enforcement which is due to inadequate complaint procedures available to patients in health care. These procedures are complicated and not formalized. A several stage complaint scheme with clear allocation of responsibilities and competencies of institutions and bodies involved in complaint handling, appears to be a far better solution.

Uvod

Zdravstveno varstvo je čedalje bolj kompleksen družbeni sistem, v katerem se poleg medicine medsebojno prepletajo številna druga strokovna področja. Medicina se prepleta s sodobno tehnološko znanostjo, vse pomembnejša pa so tudi managerska, pravna in sociološka znanja. Analitiki ugotavljajo, da je zdravstvo eno najhitreje rastočih področij, s pospešenim vključevanjem tržnih elementov pa tudi vedno večje in perspektivno tržišče.

Zapletenost in zahtevnost sistema zdravstvenega varstva nam vse prerada zamegli pogled na temeljni cilj prizadevanj in komu so le ta pravzaprav namenjena. Pacient in njegovo zdravstveno blagostanje naj bi vendarle bil končno merilo uspešnosti in kakovosti zdravstvenega sistema. Kakovost skozi oči pacienta pa ni vedno tudi kakovost, kot je razpoznanana s strani oblikovalcev zdravstvenega sistema in izvajalcev sto-

ritev. Dostopnost in kakovost strokovne medicinske pomoči, kadar jo potrebujemo, je nedvomno na prvem mestu, vendar jo neločljivo povezujemo s kakovostjo človeškega stika in odnosa vseh, ki pri zdravljenju sodelujejo. Pomemben sestavni del kakovosti zdravstvene storitve je upoštevanje temeljnih človekovih pravic, predvsem varovanje osebne integritete in dostojanstva pacienta. Še toliko bolj, ker so pacienti zaradi bolezni nemočni in se težje postavijo zase.

Pacient ali potrošnik?

Uporabniki zdravstvenega varstva pa niso le tisti, ki že potrebujejo zdravniško pomoč, so tudi zdravi ljudje, ki kot plačniki zdravstvenih prispevkov preprosto želijo vedeti, kaj lahko pričakujejo od zdravstvenega varstva. Vse bolj se namreč zahteva od uporabnikov, da odgovorno ravnamo s svojim zdrav-

jem, enakopravno in aktivno sodelujemo pri izbiri in poteku zdravljenja. Vedno več tudi neposredno prispevamo k stroškom zdravljenja. Z odgovornim in zavestnim ravnanjem naj bi vse bolj postajali enakopraven partner in soustvarjalec sistema zdravstvenega varstva.

Zaradi tega se v nekaterih evropskih državah, kot so Nizozemska, Švedska, Velika Britanija, organizacije za varstvo pacientov in potrošniške organizacije zavzemajo za pojmovanje vloge pacienta kot »potrošnika zdravstvenega varstva«, ker daje takšen pristop pacientu večjo težo in možnost družbenega vpliva. Pacient - potrošnik je osveščen, aktiven in zavzet soustvarjalec zdravstvenega varstva.

Razmerje med vlogo pacienta in potrošnika zdravstvenega varstva prikazuje tabela 1.

Tab. 1. Razmerje med vlogo pacienta in vlogo potrošnika.

Vloga pacienta	Vloga potrošnika
Potrpežljivost	Aktivnost
Ovisnost	Celovitost
Nenačakana pozicija	Enakopravnost
Pomanjkanje svobode	Mobilnost, možnost izbire
Zastopanje prek strokovnjakov	Samostojnost
Nepoznavanje kvalitete	Poznavanje kvalitete
Nepoznavanje stroškov	Poznavanje stroškov

Pravice pacientov v Evropi

Zahteva po prepoznanju in upoštevanju pacientovih pogledov in mnenj je v Evropi vse glasnejša. Težnje po spremembi zdravstvenih sistemov postavljajo v ospredje reform izziv, kako načrtovati takšno zdravstveno varstvo, ki bo ustrezalo dejanskim potrebam uporabnikov in zagotoviti takšno kvaliteto zdravstvenih storitev, ki pomeni poleg primernega zdravljenja in nege tudi upoštevanje temeljnih vrednot pacienta kot človeškega bitja.

Osnovna načela pravic pacientov so zapisana v Deklaraciji o pravicah pacientov v Evropi, ki jo je leta 1994 sprejela Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) (1). Deklaracija govori o temeljnih pravicah pacientov, ki so povezane v naslednje skupine: človekove pravice in vrednote v zdravstvenem varstvu, pravica do privolitve, pravica do obveščeniosti, do zasebnosti in zasebnosti ter pravica do zdravljenja in zdravstvene nege.

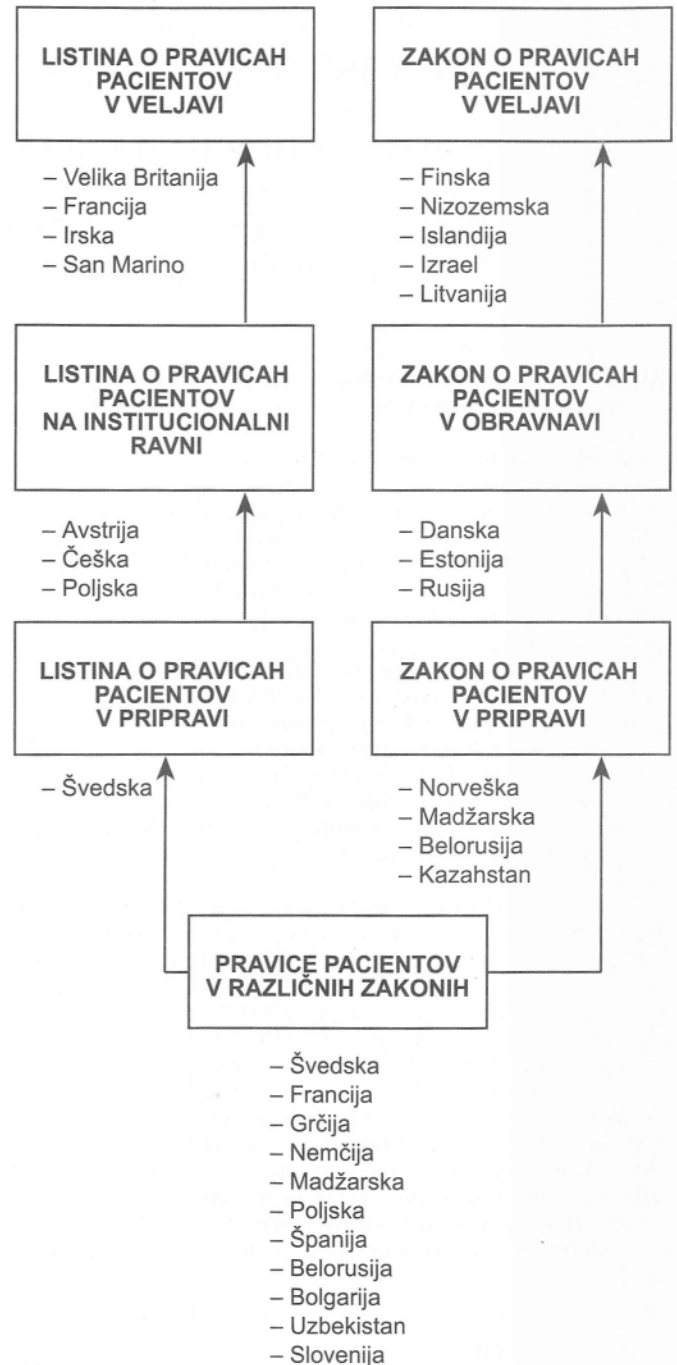
O pravicah pacientov govori tudi Ljubljanska listina o reformi zdravstvenega varstva, ki je bila sprejeta na konferenci Svetovne zdravstvene organizacije, leta 1996 v Ljubljani. V njej je zapisano, da morajo reforme zdravstvenega varstva zagotoviti, da so želje, potrebe in pričakovanja državljanov glede zdravja in zdravstvenega varstva upoštewane (2).

Kaj lahko pravzaprav razumemo s pojmom pravic pacientov? Za nekatere so pravice pacientov le tiste zakonske pravice, ki jih lahko uveljavljamo na sodišču, za druge pa skupek raznovrstnih listin, deklaracij, kodeksov in drugih dogovorov. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) definira pravice pacientov kot kombinacijo pravic, ki jih zagotavlja zakonodaja in sprejetih pravil, ki vključujejo etične smernice za različne skupine izvajalcev zdravstvenega varstva (3).

Kako so urejene pravice pacientov v evropskih državah vidimo v shemi 1 (sl. 1.).

In kako je z urejenostjo pravic pacientov v Sloveniji?

Slovenija se je ob prehodu sistema splošnega zdravstvenega varstva v sistem zdravstvenega zavarovanja zavedla vloge in pomena pacientovih pravic, zato jih je določila z reformo zdravstvene zakonodaje v letu 1992. V zgornjem shematskem prikazu jo najdemo med državami, ki imajo pravice pacien-



Sl. 1. Razvoj pravic pacientov v Evropi.

to opredeljene v več zakonih. Neposredno določata pravice pacientov. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakon o zdravstveni dejavnosti, posredno pa se jih dotikajo tudi drugi zakoni, na primer Zakon o lekarniški dejavnosti in Zakon o nalezljivih boleznih.

V 47. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti so naštet praktično vse temeljne pravice, ki jih pacientom priznava večina evropskih držav.

Kljub temu, da so pravice pacientov v naši zakonodaji, tudi če jih primerjamo z ureditvami v zahodnoevropskih državah, primerno opredeljene, lahko iz izkušenj preteklih let ugotovimo, da so nekatere pravice, zapisane v zakon, v praksi zelo težko uresničljive. Težava je še večja zato, ker so pacienti s svojimi pravicami praviloma slabo seznanjeni. Celo za

izvajalce zdravstvenega varstva je seznanjanje pacientov z njihovimi pravicami novost, ki se ji bodo morali šele privaditi. Po drugi strani so odgovorni tudi pacienti, kadar svoje pravice poznajo pa jih zaradi strahu ne uveljavljajo. Položaj se bo izboljšal le takrat, ko se bo povečalo medsebojno zaupanje.

Pritožni postopki v zdravstvu

Svetovalna praksa na Zvezi potrošnikov Slovenije kaže, da se na nas obrača vse več pacientov ali uporabnikov zdravstvenega varstva, ki so se pri uresničevanju pravic počutili na različne načine oškodovani. Včasih gre le za nesporazum z zdravnikom ali drugim zdravstvenim osebjem, včasih pa so težave tudi resnejše. Opazamo, da pacienti velikokrat nimajo dostopa do informacij, vsaj ne v takšni meri kot ga potrebujejo in tudi ne vedo kam se obrniti in kako ravnati, ko nastopijo težave. Počutijo se odrinjene, njihov položaj pa se zdi marsikomu zaradi tega še bolj obremenjujoč. Stiska, v kateri se znajdejo, prav gotovo ne pripomore k hitrejšemu okrevanju. Pritožbo in način njenega reševanja namreč lahko vidimo tudi kot del procesa okrevanja po nekem travmatičnem dogodku. Če je postopek oviran, si pritožnik težje opomore od svoje negativne izkušnje.

Kadar gre do stvari narobe, želijo pritožniki večinoma dobiti pojasnilo, ki bi jim pomagalo razumeti njihov položaj in nekakšno zagotovilo, da se bo stanje popravilo ali da se dejanje ne bo več ponovilo. Če so sprejeti z razumevanjem in dobijo zelena informacijo, se potreba po obtoževanju ali odškodnini lahko povsem umakne.

V preteklem letu je Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave opravil analizo pritožnih postopkov v zdravstvu, ki je pokazala, da so ti mehanizmi pri nas precej zapleteni, neformalizirani in netransparentni. Zakon sicer določa, da morajo imeti zdravstvene ustanove pravilnik, ki ureja ravnanje s pritožbami pacientov, vendar podatki kažejo, da kar 73 odstotkov ustanov nima takšnega pravilnika.

Slabo so opredeljene pristojnosti institucij, ki sprejemajo pritožbe pacientov, zaradi česar pacient vse prevečkrat roma od vrat do vrat brez pravega odgovora. Dodatna težava je v neobveščenosti pacientov, saj ti ne vedo kam se lahko obrnejo in kaj lahko od pritožbe pričakujejo.

Nenazadnje, v Sloveniji ni možnosti za neodvisno izvenodno obravnavo in razreševanje konfliktov med izvajalci in pacienti, kjer bi o primeru odločali ne le predstavniki izvajalcev temveč tudi predstavniki širše javnosti in predvsem predstavniki pacientov.

Zakaj sistem pritožb in ne parcialne rešitve?

Sedanja ureditev sicer res omogoča, da se lahko pacient v vsakem primeru pritoži. Nima pa nikakršnega zagotovila, da bo njegova pritožba tudi obravnavana in da bo v primernem času dobil ustrezen odgovor. Nikakršnega zagotovila nima, da bo njegov konflikt v resnici ustrezno rešen. Prepričani smo, da je celovit in sistemski pristop k reševanju pritožb ustrenejši in učinkovitejši. S sistemskim pristopom k reševanju pritožb bi lahko zagotovili različne ravni reševanja pritožb in njihovo medsebojno dopolnjevanje z jasno razmejitvijo pristojnosti vpletenih institucij ali organov glede na samo vsebino pritožbe. Tako bi uporabniki imeli zagotovilo, da bo njihova pritožba v vsakem primeru rešena in imeli bi jasen pregled nad tem, kdo je pristojen za reševanje njihove pritožbe. Koristi, bi bile večkratne:

- izboljšanje odnosa med zdravstvenim osebjem in pacientom, ki bi se razvijalo v duhu sodelovanja in ne konfrontiranja,

- večje zadovoljstvo pacientov in s tem tudi hitrejša okrevanja,
- večja osveščenost pacientov o njihovi lastni odgovornosti in vlogi v zdravstvenem sistemu,
- povečanje zaupanja pacientov v zdravstveni sistem kot celoto,
- spremljanje kvalitete zdravstvenih storitev skozi povratno zvezo pritožnih postopkov, njihovega evidentiranja in analize,
- povečanje odgovornosti vseh akterjev v zdravstvenem sistemu.

Kako rešujejo pritožbe pacientov v Evropi ?

Izkušnje evropskih držav so različne od države do države, prav tako pa načini in instrumenti reševanja pritožb pacientov. Kljub temu, je moč opaziti nekatere skupne značilnosti. Pritožbe navadno rešujejo na več ravneh, tako da se pacient v primeru, če pritožba ni zadovoljivo rešena na prvi ravni, lahko obrne na naslednjo raven.

V večini držav dajejo poudarek reševanju konflikta tam, kjer je nastal, na primer pri splošnem zdravniku, v bolnišnici ali kateri drugi ustanovi. Navadno je na tej ravni zadolžena za reševanje pritožbe pooblaščen oseba, ki skrbi da je pritožba rešena v skladu s sprejetimi načeli.

V nekaterih evropskih državah se je kot instrument izvenodnega reševanja sporov uveljavila nepristranska arbitraža, ki jo sestavljajo predstavniki vseh udeleženih strank, vodenje postopka pa je v rokah nepristranskega strokovnjaka (največkrat je to pravnik), ki ne sme biti kakorkoli interesno povezan s strankami v postopku.

Na tretjo raven se nazadnje pacient lahko pritoži le, kadar ni imel možnosti obravnave primera na arbitraži ali je bila pritožba rešena negativno; ta pritožni organ ima različne nazive. Ponekod je to nacionalni zdravstveni svet (Finska), ponekod zdravstveni ombudsman (Velika Britanija, Avstrija...) ali kakšno drugo telo na nacionalni ali regionalni ravni.

Ne glede na raven, so načela reševanja postopkov naslednja:

- seznanjenost: možnosti pritožbe morajo biti dobro poznane širši javnosti;

- dostopnost: pacientom, mora biti omogočeno, da z minimalnim naporom vložijo pritožbo; to pomeni, da mora pritožba potekati po formaliziranih, enostavnih in pacientu lahko razumljivih postopkih, ne glede na vsebino;

- hitrost: udeleženci bi se morali truditi za čim hitrejšo reševanje pritožbe, saj je to v interesu vseh, tako pacienta kot tudi tistih zoper katere je vložena pritožba;

- nepristranskost: če naj bi imel pritožnik zaupanje v pritožni postopek, mora biti ta nepristranski, kar pomeni, da pritožbe ne smejo raziskovati strokovnjaki, ki so interesno povezani s tistimi, na katere je pritožba naslovljena;

- učinkovitost: odgovor pacientu mora biti jasen in razumljiv; pokazati mora tudi, kakšne izboljšave ali spremembe bodo storjene kot rezultat pritožbe.

Za konec

V zadnjih letih smo na Zvezi potrošnikov Slovenije razširili dejavnost na področje zdravstva v želji, da bi vzpodbudili proces izboljševanja položaja uporabnikov zdravstvenega varstva pri nas. Informiranje pacientov o njihovih pravicah in kako jih odgovorno uveljavljati v praksi vidimo kot najpomembnejši del našega poslanstva. Paciente opozarjamo tudi na odgovornosti, ki jih morajo kot uporabniki zdravstvenega varstva prav tako upoštevati.

S podporo Ministrstva za zdravstvo smo pripravili izobraževalno akcijo o pravicah in dolžnostih pacientov, ki jih pred-

stavljamo s plakatoma in brošuro. Izobraževalni material je te dni tik pred izidom. Akcija bo uspešnejša, če bomo s skupnimi moči sledili cilju, da bo izobraževalni material tudi v resnici prispel do tistih, ki jim je namenjen - pacientom v čakalnicah zdravstvenih domov, bolnišnic in drugod. Za podporo in sodelovanje vseh izvajalcev zdravstvenih storitev pri naših prizadevanjih se že vnaprej iskreno zahvaljujemo.

Literatura

1. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. Citizens choice and patients rights. Copenhagen, 1996.
2. Dločič T, Dovjak-Plešej M, Tivadar B. Pravice pacientov, pritožni postopki in podpora pacientov - primerjalna študija ZR Nemčije in R Slovenije. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave, 1997.
3. World Health Organization: Consultation on the development of patients rights in Europe. Gothenburg, 1997.

V tej številki so sodelovali:

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

Aleš Butala, dipl. iur., namestnik varuha človekovih pravic, Ljubljana

prof. dr. Zlata Črepinko-Stropnik, dr. med., Ljubljana

Maja Dovjak-Plešej, dip. oec., Zveza potrošnikov Slovenije, Ljubljana

prof. dr. Jože Drinovec, dr. med., specialist internist, Krka Ljubljana

prim. Jože Felc, dr. med., specialist psihiater, Psihiatrična bolnišnica Idrija

prof. dr. Martin Janko, dr. med., specialist nevropsihiater, Klinični oddelek za nefrofiziologijo, KC Ljubljana

prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana

dr. Tone Pačnik, klinični psiholog spec., Psihiatrična klinika Ljubljana

prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., specialist internist, predsednik Slovenskega zdravniškega društva, Ljubljana

doc. dr. Marjan Premik, dr. med., specialist ortodont in specialist socialne medicine z organizacijo zdravstvenega varstva, Inštitut za socialno medicino, MF Ljubljana

doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., specialist medicine dela, Nova Gorica

akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., specialist nevropsihiater, predsednik Državne komisije za medicinsko etiko, Ljubljana

prim. Janez Zajec, dr. med., specialist fiziater, državni sekretar, Ministrstvo za zdravstvo Ljubljana

ODNOS ZDRAVNIK-BOLNIK Z VIDIKA NORMATIVOV V ZDRAVSTVU

Janez Zajec

Ministrstvo za zdravstvo, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Z našo osamosvojitvijo smo morali tudi povsem na novo postaviti zdravstveno zakonodajo in tako sprejeti tri najpomembnejše zakone: Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakon o lekarniški dejavnosti. Že tedaj je bilo ugotovljeno, da bo potrebno te zakone v bodoče dograjevati. S tem, ko smo v zakonih dovolili zasebno dejavnost in osamosvojili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije od državega proračuna, smo napravili velik korak naprej in smo med vsemi državami v tranziciji praktično edini, ki se jim zdravstveni sistem ni povsem finančno razgradil. Kljub temu ugotavljamo, da je potrebno v sedaj veljavni zakonodaji in ob vstopanju v Evropsko zvezo marsikaj spremeniti, kar smo označili kot zdravstvene reforme, ki jih moramo izpeljati v najkrajšem možnem času.

Kako si te zdravstvene reforme predstavljamo?

1. Nujno je pripraviti kratko analizo obstoječe zdravstvene zakonodaje.

2. Potrebno je uskladiti finančna sredstva, ki jih zdravstvo ima, s pravicami, ki jih imajo zavarovanci. (Tu ne bi govoril o ukinjanju posameznih pravic, ampak le o ravnovesju med financami in pravicami.)

3. Potrebno je dograditi in poenostaviti pogoje in dogovarjanje za obseg programov za razdelitev finančnih sredstev. Z zakonom določiti partnerje in način njihovega predstavljanja ter skrajšati sprejemanje splošnih in področnih dogovorov.

4. Na prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju moramo vpeljati vzajemne zavarovalnice, da bi se med njimi vzpostavila konkurenca in tekmovalnost. Cilj bi nam moral biti, da bi bilo prostovoljnega zavarovanja proti obveznemu vedno več in da bi bil končni cilj okrog 15-20% prostovoljnega zavarovanja. Na ta način bi le prilagodili pravice vplačilu.

Obdržati pa je potrebno en zavod za obvezno zdravstveno zavarovanje, da ne bomo doživeli primera bivših socialističnih držav, ko se je z množico novih zavarovalnic tudi za obvezno zavarovanje celotni sistem zdravstva sesul. Nujno je vzpostaviti odvisnost med plačevanjem prispevkov in pravicami iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

5. Nosilci zdravstvene dejavnosti bi morali sklepati delovno razmerje le za določen čas (na 4 ali 5 let), šele po 50. letu starosti bi lahko sklepali delovna razmerja za nedoločen čas.

6. Določiti natančna pravila zasebnega dela.

- Koliko in kaj bo država dala v zasebni sektor? Tu je potrebno razmisliti o celotni zobozdravstveni dejavnosti (razen otroškega preventivnega zobozdravstva) in jo dati v zasebnost.

- Kolikšen odstotek osnovnega zdravstva bomo dali v zasebni sektor in v kakšnem časovnem razmaku.

- Kaj je s sprejemnimi ambulanti pri bolnišnicah? (Po mojem mnenju bi le-te morale ostati v bolnišnici, ostala specialistična dejavnost pa bi morala v zdravstvene domove ali v zasebne roke.) Na ta način bi praktično povsem odpravili čakalne dobe.

- Kolikšen odstotek bolnišnične dejavnosti se bo lahko dalo v zasebnost in v katerih dejavnostih?

7. V zakonu vgraditi pogoje in postopke za racionalno poslovanje izvajalcev (predvsem na področju porabe zdravil, tehničnih pripomočkov in zdravstvenih storitev).

- Pri vseh nosilcih zdravstvene dejavnosti vpeljati stroškovno zavest.

8. Nujna je določitev mreže za primarno, terciarno in sekundarno raven.

9. Vpeljati je potrebno Svet za koordinacijo bolnišnic, ki bi imel za osnovno nalogo, da bi potrjeval vse nabave, večje od 50.000 DEM. Tako bi lahko država koordinirala nabavo razne opreme in se ne bi moglo zgoditi, da si manjše bolnišnice nabavljajo stvari, ki jih nimajo niti v vrhunskih institucijah oziroma je novo nabavljena oprema izkoriščena le v nekaj odstotkih namesto stodontno.

10. V letošnjem letu je izdan Pravilnik o kategorizaciji bolnišnic. Za vsako bolnišnico se bo določilo minimalno število dežurnih ekip, ki bodo plačane s strani plačnika in pričela se bo standardizacija bolnišnic. Tu se stvari zapletajo, ker se takoj spolitizirajo. Standardizacija namreč ne pomeni, da dobijo vsi več, ampak da se v okviru razpoložljivih sredstev ta sredstva razdelijo bolj pravično. Prvi izračuni so pokazali, da je najbolj podcenjena prav ljubljanska regija in sedaj direktorji bolnišnic po Sloveniji že na široko obveščajo poslance svojih regij, da se godi velika krivica v smislu centralizacije zdravstva v Ljubljano.

Standardizacija je nujno potrebna, saj uporabljamo še vedno stari sistem financiranja izpred leta 1990 in smo ga uravnali le indeksacijsko. Edina sprememba (ki pa je ogromna) je, da smo ločili zdravstvene finance od državnega proračuna in sedaj natančno vemo, s kakšnimi sredstvi razpolagamo. Nismo pa dodali nobene nove vsebine bolnišnicam. Prav zato smo tudi vsem natančno razložili, da gre za poskus standardizacije in če se bo že v letu 1998 pokazalo, da so bile stvari nepravilno izračunane, se bodo popravljale tekoče - sproti. Standardizacija, kot si jo predstavlja Ministrstvo, pa ni nič drugega kot vsem prebivalcem Slovenije zagotoviti enako kakovost in enako dostopnost do bolnišničnega zdravljenja. Danes so razlike med posameznimi regijami tudi stodontne.

Kar zadeva zdravstvene domove, je nujno potrebno razmisliti o upravičenosti ustanoviteljskih pravic posameznih občin. To je še posebej pomembno, ko gre za vprašanje investicij. Ob tem se bo ponovno postavljalo vprašanje in celotna paleta pripomb, ki se postavljajo o vprašanju centralizacije v slovenskih bolnišnicah. Sedaj je zadeva podobna, kot pri nabavljanju opreme za bolnišnice. Od sredstev občine je odvisno, kakšna bo opremljenost zdravstvenega doma in pri tem država nima nobenih predpisov, da ne bi doživljali velikih razlik med posameznimi zdravstvenimi domovi. Na tem področju bi bilo potrebno razmisliti, ali ne bi podobno kot v mnogih državah zahodne Evrope spustili celotne primarne dejavnosti v zasebne roke in določili obdobje, v katerem naj bi se to dogodilo. Da ne bi bilo preveč moteče,

bi to zahtevo izpeljali najprej za celotno področje zobozdravstva.

Seveda te spremembe zdravstvene zakonodaje vključujejo tudi spremembe normativov tako na področju kadra kot opreme. Pri tem bomo nujno naleteli na nerazumevanje posameznih zdravstvenih zavodov, saj bodo tako, kot je že v navadi, vsi želeli delati vse, ne glede na to, ali so to sposobni ali ne. Pri tem omenim kot primer, ali lahko določeni javni zavod opravi določeno operacijo, nima pa nobenih pogojev, da bi morebitne zaplete tudi sam odpravil oz. ali sploh ima pogoje za spremljanje tega bolnika npr. v intenzivni terapiji. Izdelava takih predpisov bo izjemno težka, ker bo težko dobiti soglasje strok in edina rešitev, ki jo vidim, je da o tem odločijo posamezni razširjeni strokovni kolegiji stroke, svoje mnenje posredujejo Zdravstvenemu svetu in ta predlaga Ministrstvu končne rešitve.

Pri tem bo potrebno ugotoviti, ali je trend v svetu v zniževanju ležalne dobe, v zniževanju bolniških postelj in v močnem porastu diagnostične opreme in storitev na posameznega izvajalca. Ne bo se moglo več dogoditi, da bodo pri bolniku v bolnišnici, ko bo hospitaliziran, najprej dva ali tri dni opravljali diagnostične postopke in ga šele nato predali v terapevtski postopek. Tujina te zadeve ureja ambulantno in z našim

vstopanjem v Evropsko zvezo bo potrebno to tudi pri nas pogledati in se primerjati.

Seveda bodo vse te zadeve nujno vplivale tudi na odnos zdravnika do bolnika. Ta stehnziranost moderne medicine se bo morala počasi umakniti tudi bolj humanim medčloveškim odnosom, ko si bo zdravnik moral vzeti več časa za osebni pogovor z bolnikom. To je v tem trenutku, ko je zdravstvo pod posebno budnim očesom javnosti, še toliko pomembnejše. Dogodki, ki smo jim priča v zadnjem času, se bodo morali umakniti bolj humanim postopkom in večji zavzetosti za bolnika. Trdno sem prepričan, da je večina slovenskega zdravstvenega osebja, tako zdravnikov kot medicinskih sester, odličnih ljudi (že prof. Janez Milčinski je povedal, da je zdravnik predvsem dober človek), vendar če je med tem kadrom samo en promil kadra, ki se ne obnaša v skladu s Hipokratovo prisego in humanimi odnosi, pade celotni očitek na vse zdravstveno osebje. Prav zato vidim veliko vlogo stanovskih združenj, tako zdravniških kot sestriških. Ta bodo morala tem posameznim kolegom in kolegicam jasno povedati, da ni nobenega opravičila za njihovo ravnanje in take ljudi izključiti iz svojih vrst. Šele potem bo obraz slovenskega zdravnika in slovenske medicinske sestre ponovno pridobil tisto veljavo, ki si jo vsi skupaj želimo, to pa je visoka humana in naravna drža.

ODNOS MED ZDRAVNIKOM IN BOLNIKOM IN KAKOVOST ZDRAVSTVENEGA VARSTVA Z VIDIKA OBSTOJEČE ZAKONODAJE IN NORMATIVOV V ZDRAVSTVU

Marko Bitenc

Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V naši novi zdravstveni zakonodaji so kot izvajalci zdravstvene dejavnosti še vedno navedeni zdravstveni zavodi. Vsekakor je bilo leta 1992 preveč pričakovati, da bi se po 45 letih življenja v prejšnji družbeni ureditvi takoj rehabilitiralo zdravniški poklic in mu uzakonilo dejansko vlogo, odgovornost, zahtevnost, svobodo in ne nazadnje tudi ugled.

Po vsebini je nova zdravstvena zakonodaja v Sloveniji, kar se tiče odnosa bolnik-zdravnik, uvedla oziroma ponovno legalizirala možnost opravljanja svobodnega zdravniškega poklica. To je v tistem času predstavljalo revolucionarno novost. Vse ostalo je ostalo enako. Verodostojne strokovne ocene o vplivanju uvajanja zasebnega dela v naš javni zdravstveni sistem presenetljivo še ni. Rezultati anket o laični oceni kakovosti javnega zdravstva po uvedbi zasebnih zdravnikov kažejo, da so uporabniki zdravstvenih storitev z zasebniki zadovoljni.

Zlasti nova kazenska zakonodaja je prinesla poostrene spremembe o individualni kazenski odgovornosti zdravnikov za diagnostiko in zdravljenje bolnikov ne glede na njihov delovnopравни položaj. Za vsako strokovno napako tudi zaposleni zdravnik v javnem zdravstvenem zavodu individualno odgovarja.

Zlasti v večjih zdravstvenih zavodih z velikim številom zaposlenih zdravnikov na posameznih oddelkih obstaja nevarnost, da se »teamsko« delo spremeni v kolektivizem, kar je verjetno najslabša možnost za odnos med zdravnikom in bolnikom.

Bistveno spremembo zakonodaje, ki bo rehabilitirala zdravniški poklic, pričakujemo s sprejemom Zakona o zdravniški službi. V tem zakonu je zdravnik končno definiran kot glavni in odgovorni izvajalec zdravstvene dejavnosti. Zakon bo lahko postal podlaga za t. i. individualizacijo zdravniškega poklica, ki je ob pravem »teamskem« načinu dela vsekakor podlaga za najboljše možne odnose med bolnikom in zdravnikom. Pričakujem, da se bodo s tem začele spremembe v organizaciji našega dela od t. i. germanskega hierarhičnega modela (Nemčija, Avstrija) proti severnoevropskemu nehierarhičnemu vzoru (Nizozemska, skandinavske dežele, Kanada).

Drugi, enako pomemben dejavnik kakovosti zdravnikovega dela in odnosa zdravnik-bolnik, so vsekakor normativi (časovni, kadrovski, oprema). V našem sistemu smo zdravniki zaradi različnih razlogov na žalost še vedno prisiljeni delati prehitro, z nesodobno opremo in v slabih delovnih pogojih. Prepričan sem, da je delo na tak način najdražje možno izvajanje zdravstvenih storitev, da ne govorim o možnostih za dobro in izenačeno kakovost ter dober odnos z bolnikom. Na srečo prav v tem obdobju poteka standardizacija javnega zdravstvenega sistema v naši državi. Na žalost v tokratno standardizacijo niso vključili tudi standardizacije zdravstvenih prostorov in opreme, kar bi bil enako pomemben predpogoj za izenačevanje kakovosti zdravstvenih storitev v državi.

TUDI V TABLETI S POČASNIM SPROŠČANJEM
NESTEROIDNI ANTIREVMATIK

ELDERIN®

*Da bi telo v gibanju,
ostalo v gibanju.*

ELDERIN® SR
etodolak

ELDERIN® FORTE
etodolak



*Lek, tovarna farmacevtskih
in kemičnih izdelkov, d.d.
Ljubljana*

Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu

PRITOŽBENE MOŽNOSTI V ZDRAVSTVU

COMPLAINTS FEASIBILITY IN HEALTH SERVICE

Aleš Butala

Varuh človekovih pravic, Dunajska 56, 1109 Ljubljana

Izvleček – Zanimanje za vprašanja pravic bolnikov se stalno povečuje. Vse popolnejše je zavedanje posameznika o njegovih pravicah v vlogi bolnika. Kadar pride do napake v postopku zdravljenja oziroma kadar bolnik meni, da njegove pravice niso bile upoštevane, mora biti omogočena učinkovita pritožbena pot. Bolnik mora imeti možnost s pritožbo doseči obravnavanje svojega primera in, če se le da, tudi odpravo napake. Bolniki morajo biti s pritožbenimi možnostmi seznanjeni, sicer je enako, kot če jih ne bi bilo. Pregled pritožbenih možnosti in njihovo izvajanje kaže, da posamezniku učinkovita pravica do pritožbe v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti v praksi ni zagotovljena. Interni pritožbeni poti znotraj zdravstvenega zavoda, kjer je prišlo do zatrjevanje nepravilnosti, bi bilo treba dati večji poudarek. Zunanje pritožbene poti, zlasti pri Zdravniški zbornici Slovenije, morajo zagotavljati objektivnost in tudi (cеноvno) dostopnost. Pritožbeni postopek mora biti pošten (fair), nepristranski, neodvisen in zaupen. Odločitev mora biti sprejeta v razumnem roku. Zagotoviti je treba primerne poti za odpravo napak oziroma za sankcioniranje nepravilnosti. Pritožniku gre natančno pojasnilo in utemeljitev pritožbene odločitve z jasnimi razlogi v dejanskem, strokovnem in pravnem pogledu. V interesu pravic bolnika je treba zagotoviti spoštovanje strokovnih in znanstvenih naslovov tudi v medicini.

Abstract – An interest in patients rights questions is constantly increasing. The awareness of an individual about his rights in the role of a patient is more and more perfect. When an error is committed in the procedure of treatment, or when a patient believes that his rights have not been paid regard to, an effective complaints channel should be permitted. A patient should have a possibility to achieve proceedings of his case by a complaint, and if possible to suppress also the error. Patients should be acquainted with the complaints feasibility, otherwise it is just the same as if it does not exist. The complaints feasibility survey and their implementation show that the efficient right to complain as regards performing the health service in practice is not ensured to an individual. The internal complaints channel inside a health institution where the asserted irregularity has been committed should be given a greater stress. External complaints channels, especially those with the Medical Chamber of Slovenia should ensure objectiveness and also (price) accessibility. The complaints proceedings should be fair, impartial, independent and confidential. The decision should be made in a reasonable time limit. It is necessary to assure proper ways to eliminate errors, or to sanction irregularities respectively. The complaint is entitled a detailed explanation and argument of the complaints decision with clear motives in actual, professional and legal respect. It is also in the interest of the patient rights to assure respect for professional and scientific titles in medicine.

Zdravstveno varstvo je usmerjeno k boljšemu zdravljenju ljudi in boljši kakovosti njihovega življenja. Nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva je v skladu z interesi in pravicami bolnika. Zanimanje za vprašanja pravic bolnikov se stalno povečuje. Vse popolnejše je zavedanje posameznika o njegovih pravicah v vlogi bolnika. Splošno priznane človekove pravice in temeljne svoboščine se odražajo tudi v sistemu zdravstvenega varstva: zlasti pri zaščiti dostojanstva in integritete ter spoštovanja bolnika kot osebe. Zdravstveni delavci, to je zdravniki, medicinske sestre, zdravstveno in pomožno zdravstveno osebje, so dolžni opravljati zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino, s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način ter spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice (1).

Kot na vseh področjih človekovega delovanja prihaja do napak tudi v postopku zdravljenja, in to v diagnostičnem postopku, v samem aktivnem zdravljenju ter pri nasvetih v postoperativni fazi. Lahko gre za aktivno napačno ravnanje ali za opustitev pravilnega ravnanja. Pojem zdravniške napake je v teoriji opredeljen kot kršitev splošno priznanih pravil zdrav-

ljenja zaradi pomanjkanja dolžne skrbnosti ali previdnosti¹. Kadar se zdravstveni delavec zmoti, stori napako oziroma kadar bolnik meni, da njegove pravice niso bile upoštevane, mora biti omogočena pritožbena pot. Poleg sodne poti, ki je običajno dolgotrajna in draga, morajo biti bolniku na voljo tudi druge, manj formalne pritožbene možnosti, ki so lahko celo učinkovitejše, predvsem pa hitreje in cenejše. Pomembno je, da ima bolnik možnost s pritožbo doseči obravnavanje svojega primera in, če se le da, tudi odpravo napake. Pritožbene možnosti pripomorejo k omejevanju samovolje, k temeljitejšemu in kakovostnejšemu delu, pa tudi k temu, da zaradi slabega dela redkih posameznikov niso ožigosani kar vsi, ki na primer delajo v nekem zdravstvenem zavodu. Seveda pa morajo biti bolniki seznanjeni s pritožbenimi možnostmi, sicer je enako, kot da jih ne bi bilo. Varuh človekovih pravic v letnem poročilu za 1996 ugotavlja, da je javnost slabo seznanjena z nadzorstvenimi in pritožbenimi možnostmi v zdravstvu. Ljudi bi bilo treba bolje seznaniti s pritožbenimi možnostmi zlasti v zdravstveni dejavnosti. Pri tem pa je treba zagotoviti neukim strankam tudi pravno pomoč v ustreznem obsegu in na razumljiv način. Kot primer pomanjkljive informacije velja opozoriti na decembra 1995 izdano knjižico Kli-

¹ Povzeto po: prof. dr. Ada Polajnar-Pavčnik: Od zdravniške napake do »informed consent« – Medicina in pravo 1994: 69–89.

ničnega centra v Ljubljani. Ta priročnik pojasnjuje sprejem in bivanje v bolnišnici, navaja pravice bolnikov, žal pa ne pove ničesar o tem, komu in kam se lahko prizadeti posameznik pritoži, če meni, da so njegove pravice ogrožene oziroma kršene. Le sramežljivo je ob koncu knjižice naveden urad Kliničnega centra za pritožbe in pohvale, ki pa je lahko le organ internega nadzora. Drugih nadzorstvenih in pritožbenih možnosti, ki jih določa zakon o zdravstveni dejavnosti, priročnik ne omenja.

V cilju boljšega seznanjanja s pritožbenimi možnostmi je varuh človekovih pravic predlagal Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, naj doseže, da bodo v vsaki čakalnici izvajalca zdravstvenih storitev, ki sodi v javno mrežo, tudi obvestila, kam se lahko obrne bolnik kot zavarovanec, ki ne bo zadovoljen s storitvami (2).

Ureditev po zakonu o zdravstveni dejavnosti ne daje preglednih pritožbenih možnosti v zdravstveni dejavnosti. Zakon določa pritožbene oziroma nadzorstvene poti znotraj posameznega zdravstvenega zavoda, na Ministrstvu za zdravstvo in pri Zdravniški zbornici Slovenije. Kljub precejšnji izbiri pritožbenih možnosti pa izkušnje kažejo, da zaradi pomanjkanja jasnih pravil o pristojnosti ter omejene dostopnosti prizadetemu posamezniku *učinkovita pravica do pritožbe v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti v praksi ni zagotovljena.* Varuh človekovih pravic je zato že predlagal spremembo in dopolnitev tistih določb zakona o zdravstveni dejavnosti, ki urejajo pritožbene možnosti bolnika oziroma njegovih svojcev. Zakon naj pritožbene poti uredi na pregleden, enostaven in prizadetemu posamezniku razumljiv način. Določiti naj, da mora biti odločitev pritožbenega organa pisna in obrazložena, torej utemeljena z razlogi v dejanskem, strokovnem in pravnem pogledu. Minister za zdravstvo je varuhu potrdil soglasje, da se ob prvih spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti dopolnijo oziroma precizirajo vse tiste določbe zakona, ki urejajo možnost pritožbe zavarovanih oseb.

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 47. členu določa pravico bolnika do ugovora na pristojni organ nadzora, če meni, da niso bila uporabljena dovolj učinkovita sredstva za njegovo zdravljenje ali da so bila kršena etična načela (3).

Že po naravi stvari velja, da gre največji poudarek *interni pritožbeni poti.* Odločilna dejstva in okoliščine je namreč najlažje ugotoviti pri notranjem nadzoru, torej tam, kjer je prišlo do zatrjevanja nepravilnosti. Mnogo pritožb bi lahko enostavno in v najbolj zgodnjih fazah postopka razrešili znotraj zdravstvenega zavoda ob sodelovanju prizadetih zdravstvenih delavcev. Seveda pritožb uporabnikov zdravstvenih storitev pri tem ne gre razumeti kot vmešavanje v redno delo ali kot motečo kritiko ravnanja in odločitev, pred katero se morajo prizadeti zdravstveni delavci braniti. Nezadovoljstva bolnikov in njihovih pritožb ni dopustno razlagati kot goli kritikizem; nasprotno: služijo naj kot spodbuda za izboljšave. Učinkovita interna pritožbena pot prihrani čas in stroške ter spodbuja dobre odnose in komunikacijo z javnostjo oziroma ljudmi kot potencialnimi uporabniki teh storitev. Interna pritožbena pot pomaga odkrivati, kje so problemi pri zagotavljanju zdravstvenih storitev, kar omogoča njihovo odpravo in izboljšanje kvalitete zdravstvenih storitev. Učinkovito in nepristransko obravnavanje pritožb prispeva tudi k izogibanju neželene negativne publicitete. Uporabniki zdravstvenih storitev utemeljeno pričakujejo, da bo interni pritožbeni postopek omogočil *korektno, hitro in ekonomsko dostopno (poceni) odločitev o pritožbi.* Zagotoviti je treba pošteno obravnavanje in utemeljitev pritožbene odločitve z jasnimi razlogi, pa čeprav ta za pritožnika ni ugodna.

Upornost internega nadzora je odvisna tudi od *zaupanja* pritožnika v nepristranost njegovega izvajanja. Ni znano, če obstajajo statistični podatki o uspešnosti pritožb bolnikov v internem strokovnem nadzoru. Pobude, vložene pri varuhu

človekovih pravic, pa ne kažejo na posebno uspešnost in učinkovitost teh pritožb. Eden od razočaranih pritožnikov je svojo dolgotrajno in neuspešno interno pritožbeno pot ilustriral s pregovorom: vrana vrani oči ne izkljuje (4).

Tudi za pritožbene poti v zdravstvu velja *načelo subsidiarnosti:* ni treba, da o pritožbi odločajo zunanji organi, če se lahko reši znotraj zdravstvenega zavoda, v katerem je prišlo do zatrjevanja nepravilnosti. Šele podrejeno pridejo zato v poštev *zunanjje pritožbene možnosti,* vključno s tistimi pri ministrstvu za zdravstvo in Zdravniški zbornici Slovenije. Za učinkovitost zunanjih pritožbenih poti je treba zagotoviti neodvisne mehanizme in pregledne postopke, ki omogočajo *preprosto vlaganje pritožb,* njihovega obravnavanja in odločanja. Ti mehanizmi morajo med drugim zagotavljati, da so *informacije o pritožbenih postopkih na voljo bolnikom* in da je na voljo in dostopna neodvisna oseba, ki bolnikom svetuje glede najprimernejšega načina za ukrepanje. Kadar je to potrebno, mora biti bolniku na voljo (pravna) pomoč in posredništvo (5).

Zakon o zdravstveni dejavnosti daje med pritožbenimi možnostmi največji poudarek *strokovnemu nadzoru.* Za strokovni nadzor nad delom zdravnikov oziroma zdravstvenih delavcev je pooblaščen Zdravniška zbornica Slovenije. Izvaja ga kot javno pooblastilo. Zbornica opravi strokovni nadzor tudi na predlog posameznika (bolnika). Toda pritožbena pot je za prizadetega posameznika uporabna le, če mu je tudi dejansko dostopna. V tej luči je značilen primer, ki ga varuh človekovih pravic obravnava v letnem poročilu za 1996. Pobudnik je zatrjeval strokovno napako pri izdelavi zobnoprostetičnih nadomestkov. Z ugotovitvami internega strokovnega nadzora zavoda, ki je storitev opravil, se ni strinjal in je zahteval strokovni nadzor zdravniške zbornice. Ta pa ga je obvestila, da strokovni nadzor stane 4000 DEM v tolarški protivrednosti, kar mora kot naročnik plačati pred pričetkom izvajanja nadzora. Zdravniška zbornica je hkrati pojasnila, da ima naročnik možnost do povrnitve teh sredstev prek odškodninskega zahtevka, če se izkaže pravilnost njegovih trditvev o strokovni napaki. Ni presenetljivo, da se prizadeti posameznik za strokovni nadzor za 4000 DEM ni odločil.

Zaračunavanje stroškov in še posebej tako *visokih stroškov* za opravljanje strokovnega nadzora je le težko uskladiti z javnim pooblastilom zdravniške zbornice. Nedvomno pa takšen način izvajanja strokovnega nadzora omejuje, če že ne povsem *onemogoča uporabo te pritožbene poti.* Pritožbena pot, ki je pogojevana z vnaprejšnjim plačilom 4000 DEM, je lahko dostopna le izbranim, ki zmorejo takšen strošek. Strokovni nadzor zdravniške zbornice si torej lahko privoščijo le premožni. To pa je v nasprotju z 22. členom ustave, da je vsakomur ne glede na gmotno stanje zagotovljeno enako varstvo njegovih pravic tudi v postopku pred nosilci javnih pooblastil, ki odločajo o njegovih pravicah, dolžnostih in pravnih interesih.

Zakon v zdravstveni dejavnosti v 82. členu določa, da se strokovni nadzor *financira iz republiškega proračuna.* Če pa se pri tem ugotovijo nepravilnosti, poravna stroške nadzora zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravstveni delavec, pri katerem so bile nepravilnosti ugotovljene. Kljub takšnemu zakonskemu določilu pa je skupščina zdravniške zbornice, in to celo s soglasjem Vlade R Slovenije, sprejela pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem, katerega 5. člen je mogoče razumeti tako, da izredni nadzor, ki se izvede na zahtevo posameznika, *financira naročnik.* Seveda pravilnik kot splošni akt zdravniške zbornice ne more financiranja naloge, ki jo zbornica opravlja kot javno pooblastilo, urediti drugače, kot je določeno v zakonu. Po 153. členu ustave morajo biti podzakonski predpisi in drugi splošni akti v skladu z zakonom. Zakonodajalec je financiranje strokovnega nadzora določil v breme proračuna, da bi tako prizadetemu posamezniku omogočil dostop do tega pravnega sredstva.

Še posebej pri strokovnem nadzoru *bode v oči visoka cena, ki jo za to storitev zahteva zdravniška zbornica*. Minister za zdravstvo je v tej zvezi varuhu človekovih pravic pojasnil, da višino plačila za opravljen nadzor zbornica določi na podlagi pravilnika o zdravniški tarifi. Ta pravilnik pa je sprejela skupščina Zdravniške zbornice Slovenije *brez soglasja* ministrstva za zdravstvo, ker potreba po soglasju ni opredeljena v nobenem predpisu. Pri tem pojasnilu ministra za zdravstvo je treba dodati, da noben zakon ne pooblašča zdravniške zbornice za sprejem pravilnika o zdravniški tarifi. Prav tako zakon ne določa, da bi lahko zdravniška zbornica sama določala ceno storitev, ki jih opravlja kot javno pooblastilo. Ker zdravniška zbornica ni pooblaščen za sprejem zdravniške tarife, na podlagi katere bi se določala cena strokovnega nadzora, seveda tudi ni zakona oziroma predpisa, ki bi zahteval soglasje državnih organov (na primer ministra za zdravstvo) za sprejem zdravniške tarife. Zgolj v primerjavo: odvetniško tarifo sprejema Odvetniška zbornica Slovenije, vendar v soglasju z ministrom za pravosodje. Podobnega nadzora glede zdravniške tarife (žal) ni.

Izvajanje strokovnega nadzora pa ne postavlja vprašanja njegove ustavnosti in zakonitosti le v zvezi s ceno, ki jo zdravniška zbornica zahteva za to storitev. Gre tudi za *zaupanje v objektivnost izvajanja javnih pooblastil* zdravniške zbornice. Po 4. členu statuta izvaja zdravniška zbornica nadzor v povezavi s svojimi nalogami, med katerimi je omenjeno tudi *»varovanje in zastopanje interesov zdravništva«*. V zborničnem glasilu revije ISIS je bilo leta 1996 v tej zvezi zaslediti zanimivo stališče predsednika Zdravniške zbornice Slovenije, da mora biti naloga njene pravne službe *»prvenstveno ščitjenje pravic in interesov zdravniškega stanu ter posredovanje ob spornih zadevah«*. Ob takih izhodiščih ni mogoče pričakovati objektivnega izvajanja javnih pooblastil zbornice. Zato je varuh človekovih pravic poudaril, da je treba zbornici bodisi odvzeti pooblastila, ki predvidevajo objektivnost, bodisi zagotoviti drugačen pristop zbornice (6).

Nepravilnosti pri opravljanju zdravniške službe obravnava tudi *razsodišče* zdravniške zbornice. Razsodišče je samostojen organ, ki na zahtevo tožilca zbornice, drugih organov ali članov zbornice ter na zahtevo ministrstva za zdravstvo odloča o odgovornosti zdravnikov za kršitev kodeksa medicinske deontologije, statuta zbornice in za druge nepravilnosti pri opravljanju zdravniške službe. Razsodišče svojega dela ne opravlja kot javno pooblastilo. Stranki v postopku sta le zdravnik kot obdolženec in tožilec zbornice. Posameznik nima neposrednega dostopa na razsodišče, lahko pa v svojstvu uporabnika zdravstvenega varstva posreduje razsodišču svojo prijavo. V postopku ne sodeluje, vroči pa se mu pisni odpravek sklepa z odločitvijo razsodišča zbornice. Prijavitelj pravice do pritožbe na organ druge stopnje nima. Vpliv bolnika na pravilno in zakonito odločanje razsodišča zbornice je torej minimalen in povezan le z vložitvijo prijave, nadaljnji postopek pred razsodiščem pa teče brez njegovega sodelovanja in brez možnosti, da bi vplival na potek postopka in na odločitev (7).

Pri ministrstvu za zdravstvo deluje *komisija za medicinsko etiko*, ki proučuje in daje mnenja o etičnih in deontoloških vprašanjih izvajanja zdravstvene dejavnosti. Svoje delo lahko opravi tudi na predlog posameznika. Pri tem pa kaže, da v praksi niso povsem natančno razmejene pristojnosti z odborom za pravno-etična vprašanja, morda pa tudi z odborom za strokovno medicinska vprašanja, ki sta organa izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije (8).

Po izkušnjah varuha človekovih pravic ministrstvo za zdravstvo pritožbo posameznika, ki zatrjuje nestrokovno zdravljenje, *praviloma odstopi zdravniški zbornici*. Tako o ravnanju zdravnikov izven sodne veje oblasti skoraj po pravilu odločajo le organi zbornice. Pritožbe prizadetih posameznikov kažejo, da te pritožbene poti niso dovolj učinkovite. Neza-

dovoljstvo leti na dolgotrajnost postopkov ob izražanju dvoma o objektivnosti, saj o odgovornosti zdravnikov odloča njihova stanovska organizacija (9).

Na predlog bolnika, njegovega svojca ali skrbnika opravi tričlanska komisija ministrstva za zdravstvo *upravni nadzor*. Postopek se začne z obrazloženo zahtevo oziroma pobudo za nadzor. Upravni nadzor določa zakon o zdravstveni dejavnosti kot nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev. Poizvedbe varuha človekovih pravic pri opravljanju tovrstnega nadzora kažejo, da ministrstvo za zdravstvo pojma zakonitosti ne povezuje z opravljanjem zdravstvene dejavnosti v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in kodeksom medicinske deontologije oziroma drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. To pomeni, da ima ta pritožbena pot za ugotavljanje nestrokovnega zdravljenja le omejeno uporabnost (10).

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 83. členu določa, da *nadzor* izvaja tudi *zavod za zdravstveno zavarovanje*. Ta nadzor pa se nanaša le na izpolnjevanje pogodb, ki jih je zavod sklenil za opravljanje zdravstvene dejavnosti (11).

Prizadeti posamezniki, to je bolniki in njihovi svojci, imajo pravico, da se njihove pritožbe obravnavajo temeljito, pravično, učinkovito in hitro ter da so obveščeni o odločitvi. Napačen je pristop, da bi pritožbe bolnikov obravnavali *kot neprijetnost*, s katero so se zdravstveni delavci dolžni soočiti le zato, da bi s tem prispevali k boljši podobi zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih zavodov v javnosti. Sposobnost priznati, da je bila storjena napaka, pomeni moč, ne pa slabost odgovorne osebe. Uporabnikom zdravstvenih storitev je treba s pravilnim pristopom pri obravnavanju njihovih pritožb utrditi prepričanje, da se je vredno pritožiti ter jim hkrati zagotoviti, da ne bodo trpeli posledic zaradi pritoževanja.

Pritožbeni sistem mora biti *dostopen vsakomur*, kar terja *preprosta navodila* za vložitev pritožbe, vključno z natančno *navedbo pritožbenega organa* oziroma naslovnika za sprejem pritožbe. Razložen mora biti način, kako pritožbeni postopek poteka. Postopek mora biti neformalen in pritožniku razumljiv, da lahko sledi posameznim fazam ter se tako seznanji z obravnavanjem vložene pritožbe. Postopek mora biti *hiter*, v primeru dolgotrajnejšega postopka pa gre pritožnika obveščati o napredku oziroma o posameznih fazah obravnavanja. Postopek mora biti *pošten (fair), nepristranski, neodvisen ter zaupen*. Odločati morajo osebe, ki niso bile vpletene in niso sodelovale v postopku zdravljenja oziroma kritiziranega odločanja. In ne nazadnje, postopek mora biti *učinkovit*: ko se ugotovi, da so bile storjene napake, je treba zagotoviti tudi primerne *poti za odpravo napak* oziroma za *sankcioniranje nepravilnosti*. Če je le mogoče, je pritožniku treba omogočiti stanje, ki bi bilo, če bi ne bilo napačnega ravnanja. Gre mu *natančno pojasnilo zadeve*. Pogosto bo na mestu tudi *pisno opravičilo*. V primeru nastale škode pa tudi *odškodninski zahtevek* za denarno zadoščenje. Pritožnika, ki ni zadovoljen s pritožbeno odločitvijo, pa je treba *seznaniti z nadaljnjimi pritožbenimi možnostmi*, vključno z vložitvijo pobude pri varuhu človekovih pravic (12).

Posebno pozornost velja nameniti *pritožbenim potem za bolnike v psihiatričnih bolnišnicah*. Neprostovoljna oziroma prisilna hospitalizacija pomeni omejitev pravice do osebne svobode po 19. členu, zdravljenje proti volji bolnika pa omejitev pravice do prostovoljnega zdravljenja po 51. členu slovenske ustave. Obstoječa normativna ureditev je vsaj pomanjkljiva, če ne tudi neživljenska in neustrezna. Pravic bolnika z duševno boleznijo ter zdravljenje proti njegovi volji zakonodaja ne ureja. V pripravi je nov zakon z delovnim naslovom *»Zakon o duševnem zdravlju«*, ki pa še ni prispel v obravnavo na vlado, kaj šele v državni zbor. Varuh človekovih pravic je ugotovil kar nekaj nepravilnosti pri psihiatričnih bolnišnicah, še več pa pri okrajnih sodiščih v zvezi z izvajanjem veljavne zakonodaje, ki ureja pridržalni postopek za osebe z

duševnimi motnjami v psihiatričnih bolnišnicah. Zakon o nepravdnem postopku določa postopek in roke za sodno kontrolo neprostopoljnega pridržanja v psihiatrični bolnišnici. Posledica prakse nespoštovanja procesnih predpisov je, da hospitalizirane osebe nimajo možnosti hitrega in učinkovitega ugovora zoper neprostopoljno hospitalizacijo. S tem so njihove pritožbene možnosti močno okrnjene, v nasprotju z določili zakona pa so prepuščeni zgolj odločitvi zdravnika oziroma bolnišnice. Instituta zagovornišтва naše pravo ne pozna, pridržane osebe pa praviloma nimajo sposobnosti oziroma možnosti, da bi si same zagotovile učinkovito varstvo svojih pravic ob neprostopoljnem odvzemu prostosti. Zaradi pomanjkljivih pritožbenih možnosti in nespoštovanja veljavnih predpisov so pravice hospitaliziranih oseb z duševnimi motnjami še posebej ogrožene (13).

Pomembna pravica bolnika je *pravica do informiranosti*. Predpogoj za vsak medicinski poseg je informirano soglasje bolnika. Tako mora biti bolnik, preden da soglasje za kakršenkoli medicinski poseg, obveščen o vseh možnih metodah diagnosticiranja in zdravljenja ter njihovih posledicah in učinkih. V tej povezavi ima bolnik pravico do odklonitve ali celo ustavitve medicinskega posega. To pravico, da soglasja z medicinskim posegom ali ga odkloni, pa lahko bolnik polno izvršuje le, če ima na voljo vse ostale informacije, povezane z opravljanjem zdravstvenih storitev. Zato mora biti bolnik pred medicinskim posegom oziroma ob sprejemu v zdravstveni zavod obveščen tudi o *identiteti in strokovnem statusu izvajalcev zdravstvenega varstva*, ki zanj skrbijo oziroma opravljajo določeno zdravstveno storitev. Ta informacija bolniku tudi omogoča *prosto izbiro zdravnika* in zdravstvenega zavoda. Takšna izbira je mogoča le, če je bolnik seznanjen z identiteto in strokovnim statusom izvajalcev predlaganih medicinskih posegov.

Identiteto in zlasti strokovni status zdravstvenih delavcev pa lahko bolnik razbere predvsem iz *strokovnega ali znanstvenega naslova*, ki ga uporablja zdravstveni delavec. Žal pa v praksi na tem področju vlada velik nered. Diplomant univerzitetnega študijskega programa medicine pridobi strokovni naslov doktor oziroma doktorica medicine, z okrajšavo »dr. med.«, s tem, da se strokovni naslov pristavlja za imenom in priimkom. V praktično vsakem zdravstvenem domu v Sloveniji, pa tudi v drugih zdravstvenih zavodih, lahko ugotovimo, da mnogi zdravniki s končanim dodiplomskim študijskim programom medicine namesto strokovnega naslova, ki jim gre, uporabljajo znanstveni naslov tako, da uporabljajo okrajšavo »dr.«, ki jo pristavljajo *pred* imenom in priimkom ali vsaj pred imenom.

V juniju 1998 sprejet zakon o strokovnih in znanstvenih naslovih določa kot prekršek z denarno kaznijo najmanj

100.000 SIT, če kdo uporablja strokovni oziroma znanstveni naslov, ki si ga ni pridobil. Morda bo vsaj zagrožena kazen prinesla več reda na tem področju, čeprav zakon o strokovnih in znanstvenih naslovih ne določa organa, ki je dolžan nadzirati pravilno uporabo strokovnih oziroma znanstvenih naslovov.

Nad *zakonitostjo* dela zdravstvenih zavodov in s tem zdravstvenih delavcev izvaja *upravni nadzor* posebna komisija, ki jo imenuje minister za zdravstvo. Po nam dostopnih informacijah vprašanje zakonite uporabe strokovnih in znanstvenih naslovov pri zdravnikih doslej ni bilo predmet obravnave v upravnem nadzoru. Tudi nam niso znana morebitna tozadevna prizadevanja Zdravniške zbornice Slovenije kot samostojne poklicne organizacije zdravnikov, ki skrbi za pravilno ravnanje in ugled zdravnikov. Zlasti se zdi za obravnavanje zakonite uporabe strokovnih in znanstvenih naslovov posebej primeren Odbor za pravno-etična vprašanja pri zdravniški zbornici. Žal pa smo lahko ugotovili, da je celo ta organ v svojem uradnem dopisu uporabil strokovni naslov v nasprotju z zakonom.

Ni videti, da bi bilo *bolniku na razpolago pravno sredstvo*, ki bi zdravnika prisililo, da uporabi strokovni oziroma znanstveni naslov, do katerega je upravičen. Takšno stanje pravni državi ni v ugled, bolniku pa otežuje, če že ne onemogoča, da bi pri izvajanju pravice do izbire upošteval vse zanj relevantne okoliščine, vključno z resnično pridobljeno formalno izobrazbo zdravnika. Zaradi opisanega nereda in nespoštovanja zakona je kršena pravica bolnika do informiranosti v zvezi s prosto izbiro zdravnika in zdravstvenega zavoda.

Viri

1. Letna poročila varuha človekovih pravic za 1995, 1996 in 1997.
2. Polajnar-Pavčnik A. Od zdravniške napake do »informed consent« - Medicina in pravo II, Slovensko zdravniško društvo v Mariboru in Pravniško društvo v Mariboru, Maribor 1994.
3. Ustava Republike Slovenije (Ur. l. RS, št. 33/91-I in 42/97).
4. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/92 in 8/96).
5. Zakon o nepravdnem postopku (Ur. l. SRS, št. 30/86).
6. Zakon o strokovnih in znanstvenih naslovih (Ur. l. RS, št. 47/98).
7. Declaration on the promotion of patients' rights in Europe - WHO European consultation on the rights of patients, Amsterdam, 28-30 March 1994.
8. Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko (Ur. l. RS, št. 30/95).
9. Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu (Ur. l. RS, št. 14/95).
10. Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem (Ur. l. RS, št. 56/94).
11. Statut zdravniške zbornice (Ur. l. RS, št. 64/96 in 22/98).
12. Pravilnik o organizaciji in delu razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije, ki ga je skupščina Zdravniške zbornice Slovenije sprejela 12. 3. 1994 na 23. rednem zasedanju.
13. ISIS, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, leto V, št. 8-9, avgust-september 1996.

ODNOS ZDRAVNIK-BOLNIK - NJEGOVO OCENJEVANJE IN MERJENJE

PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP - HIS ESTIMATION AND MEASURING

Jože Drinovec

Krka, Dunajska 65, 1000 Ljubljana

Ključne besede: zdravnik; bolnik; zdravstvena oskrba; zadovoljnost bolnika; kakovost

Key words: physician; patient; medical care; patient's satisfaction; quality

Izvleček – Izhodišča. Pregled literature zadnjih 30 let kaže na povečano zanimanje medicine za odnos med zdravnikom in bolnikom. Predusem pri kroničnih boleznih in v starosti izboljšana komunikacija povečuje zadovoljnost bolnika in pri nekaterih boleznih tudi ugodno vpliva na njihov potek.

Abstract – Background. Last 30 years literature survey shows an increased interest of medicine in the relationship between a physician and a patient. Mainly with chronic diseases and in old age the improved communication increases the patient's satisfaction, and with some diseases it also favourably influences on their process.

Metodologija. Psihosocialne raziskave odnosa zdravnik-bolnik so opredelile vrsto modelov tega odnosa. Od zgodovinsko najstarejšega paternalističnega oz. avtoritativnega s strani zdravnika in pasivnega s strani bolnika do danes prevladujočega modela partnerskega odnosa, ki povečuje bolnikovo avtonomnost in ga postavlja na mesto, ko odgovorno izbira med več možnostmi.

Methodology. Psycho-social studies of the physician-patient relationship have defined a series of this relationship models. From the historically oldest paternal or authoritative one from a physician side respectively, and a passive one from the side of a patient, to a nowadays prevailing partnership relation model which increases the patient autonomy, and places him into a responsible position to choose among various possibilities.

Raziskovanje odnosa zdravnik-bolnik je v prvi vrsti usmerjeno v preučevanje bolnikove zadovoljnosti s pomočjo preverjenih anketnih vprašalnikov. Najpomembnejši kriteriji zadovoljnosti bolnika so: osebni pogledi na oskrbo, tehnična kakovost oskrbe, dostopnost in koristnost oskrbe, neprekinjenost oskrbe, prikladnost, fizično okolje, materialna ocena, učinkovitost.

The physician-patient relationship research is primarily oriented towards the patient's satisfaction study by means of verified inquiry questionnaires. The most important criteria on the patient's satisfaction are: personal view of care, technical quality of care, accessibility and advantage of care, continuance of care, convenience, physical environment, material evaluation, efficiency.

Zaključki. Odnos zdravnik-bolnik je možno preučevati in meriti. Celostni pristop zdravnika, ki vključuje kakovostno in odgovorno sporazumevanje z bolnikom, izboljšuje zdravstveno oskrbo.

Conclusions. The physician-patient relationship may be studied and measured. A wholesome physician approach which includes a quality and responsible understanding improves medical care.

Kakovost medicinske obravnave je kazalnik civilizacije.
(R. L. Wilbur 1933 v 1)

Uvod

Različni sofizmi do neke mere opredeljujejo odnos med zdravnikom in bolnikom, pa tudi definicije zdravnika in medicine. Npr.: medicina je znanost plus humanizem; Bog zdravi, zdravnik pa izstavi račun; primum nil nocere; zaupaj mi, jaz sem zdravnik; medicina je tako znanost kot tudi umetnost (spretnost) (1).

Vsi bolj ali manj vključujejo bolnika, odnos do bolnika, sporazumevanje z njim, trud, da zdravnika razume in se ravna po njegovih strokovnih in dobronamernih nasvetih in sprejema posege ter priporočila. Osnovni medicinski študij daje zdravnikom znanje, manj pa nas usposablja za sporazumevanje z bolnikom in drugimi. Osnovni smotri komunikacije med zdravnikom in bolnikom so prikazani v tabeli 1 (2-4). Čeprav se je v zadnjih 30 letih nabralo dovolj podatkov, ki dokazujejo prednosti pri zdravljenju, če je odnos med zdravnikom in bolnikom dober, učinkovit, so v praksi številne ome-

Tab. 1. Smotri komunikacije med bolnikom in zdravnikom.

- Večje bolnikovo znanje in pomnjenje
- Povečana zadovoljnost bolnika
- Pristni informirani pristanek
- Boljše sodelovanje bolnika in svojcev
- Manj stresno doživljanje bolezni in hitrejša okrevanje

jitve in v bistvu zdravnik nadzira informacije in njihovo izmenjavo. Bolniki se praviloma obnašajo pasivno, malo vprašujejo zunaj tega, v kar jih usmerja zdravnik. Še bolj pasivni so bolniki iz nižjih socialnih slojev, ženske so aktivnejše, več vprašujejo. Zdravniki-moški pa dajejo krajše in manj strokovne odgovore bolnicam kot bolnikom. Zdravnice se dalj časa posvečajo bolnikom kot zdravniki, vzpostavljajo boljše medosebne odnose in pridobijo boljše poslušalce. Bolj potrošniško usmerjeni bolniki iščejo več informacij, so zahtevnejši. Za številne nespornosti je kriv medicinski žargon, ki ga uporablja zdravnik tehnično, bolnik pa si ne drzne povedati, da ga ne razume. Za gotovo zavre prizadevanje bolnika preslišano vprašanje, dvomljiv odgovor ali spreminjanje teme razgovora. Prehod na zaporedna ali zaprta vprašanja bolnika prav tako zablokira. Zdravnik je omejen pri komunikaciji z

bolnikom zaradi časa. Čim daljši čas nameni zdravnik posameznemu bolniku, tem manjše število bolnikov obravnava, tem manjši je njegov zaslužek (5-9).

Od informacije do razumeti, od razumeti do sprejeti, od sprejeti do upoštevati in se po tem ravnati so silno dolge poti. Tudi informacija sama ni zastoj, je rezultat dela, prizadevanja (1, 5).

Zdravnikov čas, porabljen v razgovoru z bolnikom, je investicija, ki naj se povrne in celo obrestuje. Večina razgovorov zdravnikov z bolniki traja dve minuti in pol ali manj. Po raziskavah so številni zdravniki prepričani, da bolniki ne želijo vedeti mnogo o svoji medicinski oskrbi. Sodobna medicina je po drugi strani zelo tehnološka, brezosebna. Nagrajevanje zdravnikov in drugih medicinskih sodelavcev temelji na storitvah, ne na kakovosti in času, namenjenemu za razgovor z bolnikom. Pomen kakovosti življenja pri bolniku oz. tisti kakovosti, ki je odvisna od zdravja in zdravljenja, ni v ospredju niti pri izobraževanju zdravnikov niti pri nagrajevanju. Zdravstveni ekonomizem je v nasprotju z dobrim razumevanjem med bolnikom in zdravnikom. Ni pa mogoče zanemariti dejstva, da dobra komunikacija ni neposredno odvisna od dolžine časa, ki je namenjen zanjo. Zdravnikova slaba volja ali celo jeza bolnika odvrta od želje po pogovoru (5, 10-13). Bolnik je v strokovnem, medicinskem smislu v neenakopravnem položaju z zdravnikom. V človeškem smislu pa to ne velja (5).

Sodobni razvoj medicine gre v ekonomskem smislu v smeri »managed care« oz. ekonomizma v medicini. V strokovnem smislu gre v smeri medicine, ki temelji na dejstvih (evidence based medicine), v psihološkem smislu pa v smeri k bolniku usmerjene medicine (patient oriented medicine). Razvite družbe povečujejo družbeni vpliv bolnikov v zdravstvu, ne nalagajo jim samo vse večjih ekonomskih bremen (14-19).

Modeli odnosa zdravnik-bolnik

Dinamike odnosa med bolnikom in zdravnikom se je lotil že L. Milčinski na letnem srečanju zdravnikov in ga objavil v Zdravstvenem vestniku leta 1980 (20). Kot možne modele odnosa zdravnik-bolnik je predstavil tiste po Szaszu in Hollenderju, ki so prikazani v modificirani obliki tudi v tabeli 2 (21).

Tab. 2. Trije osnovni modeli odnosa zdravnik-bolnik (modificirano po 21).

Model	Vloga zdravnika	Vloga bolnika	Klinična uporaba modela	Prototipni odnos
1. aktivnost-pasivnost	napravi nekaj za bolnika	sprejemnik (nesposoben za odzivanje ali sodelovanje)	anestezija, koma, delirij, akutna poškodba	starši-dojenček
2. vodenje-sodelovanje	pove bolniku, kaj napraviti	sodelavec (upošteva)	akutne infekcijske bolezni	starši-otrok (adolescent)
3. med-sebojno partnerstvo	pomaga bolniku, da ta pomaga sebi	sodelavec v partnerstvu (uporablja pomoč eksperta)	večina kroničnih bolezni, psihoanaliza	odrasli-odrasli

V razvitejšem svetu gre odnos v smeri partnerskega, pogodbenega. Odnos temelji na dogovoru, ne na vnaprejšnjih obveznostih, na dogovarjanju. Tega ni mogoče uporabiti v vseh okoliščinah in pri vseh bolnikih. Pogodbeni odnos ima svoje omejitve. Tudi zunaj pogodbenega odnosa se ravna zdravnik po etičnih načelih, ki jim je poklicno zavezan, obveznosti do družbe in osebni obvezi do bolnika (22).

Razvoj zdravstvenega varstva gre iz paternalističnega odnosa do bolnika v smeri bolnikove avtonomnosti. Bolnik izbira

možnosti, ki mu jih predstavi in ponudi zdravnik. Ta model žrtvuje popolni nadzor zdravnika, usmerja ga k prepričevanju. Odločanje in moč se med zdravnikom in bolnikom delita, služila naj bi v čim večjo korist bolnika. Avtonomni model in model neodvisne izbire sta prikazana v tabeli 3 (23).

Tab. 3. Bistvene lastnosti dveh modelov za odločanje v medicini (modificirano po 23).

Model večje avtonomnosti	Model neodvisne izbire
Znanje in izkušnje si bolnik in zdravnik delita	Bolnikove izkušnje in vrednote so v ospredju
Bolnik in zdravnik sodelujeta	Bolnik je neodvisen in odloča
Usmerjenost na odnos	Usmerjenost na bolnika
Zdravnik je dejanski vodnik	Zdravnik je pasivni informator
Izkušnje se dodajajo (dobim-dobiš)	Medsebojna interakcija (dobim-zgubim)
Temelji na kompetentnosti	Temelji na nadzoru
Temelji na dialogu	Temelji na razpravi
Izid prizadeva zdravnika osebnostno	Zdravnik dela nepristransko
Bolnik in zdravnik sta skupno odgovorna za izid pri bolniku	Zdravnik prenese odgovornost na bolnika

Quill in Brody (23) priporočata zdravnikom za povečanje bolnikove avtonomnosti naslednje:

- Svoje izkušnje naj v polnosti posredujejo bolnikom in hkrati skrbno poslušajo, kaj si bolniki želijo.
- Navodila za bolnike naj vsebujejo tako klinična dejstva kot tudi osebne izkušnje.
- V prvi vrsti naj se osredotočijo na splošne cilje, ne na tehnične podrobnosti in možnosti.
- Nesporazumi naj pomenijo začetek poglobljenega razgovora.

- Končna izbira pripada polno obveščnemu bolniku.
- Zdravnik naj se trudi za izoblikovanje in uveljavitev svojih na znanju in odgovornosti temelječih predlogov. Skrajno nasprotna modela odnosa zdravnik-bolnik sta avtonomnost in paternalizem. E. J. Emanuel in L. L. Emanuel sta razčlenila štiri modele tega odnosa.

Prvi je *informativni*. Značilnosti tega so, da ima bolnik opredeljene cilje in se tega zaveda, da zdravnik poseduje bolniku nujno potrebne podatke in izvrši izbrane posege. Da bolnik izbira in nadzira medicinsko oskrbo, da je zdravnik v vlogi pristojnega tehničnega eksperta.

Drugi model je *interpretativni*. Značilnosti tega so neizdelani in nasprotujoči si cilji pri bolniku, zdravnikova obveznost je pojasniti možne izide in obvestiti bolnika o uporabljenih izbranih posegih. Bolnikova avtonomija temelji na razumevanju medicinske oskrbe, zdravnik pa je v vlogi svetovalca. Tretji model je *preudarni*. Bolnik je odprt, pripravljen v razgovoru na spremembo cilja, zdravnik je dolžan oblikovati in prepričati bolnika o najbolj zelenih ciljih in mu pojasniti izbrane uporabljene posege. Bolnikova avtonomija temelji na osebnostnem razvoju, zdravnik pa je v vlogi prijatelja ali učitelja.

Četrti model je *paternalistični*. Temelji na objektivnih ciljih, ki so skupni zdravniku in bolniku, zdravnik uveljavlja bolnikovo korist neodvisno od njegovih želja. Bolnikova avtonomija je žrtvovana objektivnim ciljem, zdravnik je v vlogi skrbnika (24).

Lahko bi dodali še peti, *instrumentalni* model. Pri tem modelu so bolnikovi cilji nepomembni, zdravnikova hotenja niso odvisna od bolnika, stremijo h koristim družbe ali znanosti. Ta model ni idealen, je zmoten in moralno obsojan.

Ocenjevanje in merjenje odnosa zdravnik-bolnik

Ocenjevanje in merjenje odnosa zdravnik-bolnik v literaturi največkrat opredeljujejo z merjenjem bolnikove zadovolj-

nosti z zdravnikom, njegovim delom oz. medicinsko oskrbo. Objave vsaj od leta 1969 dalje nakazujejo, da je ta odnos mogoče meriti, primerjati zadovoljnost pri različnih zdravnikih, boleznih, v različni starosti itd. Zadovoljnost je tesno povezana z bolnikovo voljnostjo, to je sodelovanjem (25, 26). Meritve odnosa zdravnik-bolnik morajo upoštevati bolnikove lastnosti, pričakovanja, izbiro, medicinsko oskrbo, izid zdravljenja, bolnikovo sodelovanje, željo po nadaljnjem zdravljenju pri istem in drugem zdravniku.

Instrumentalna metoda za takšno raziskavo je anketa, ki jo opravi tretji neodvisni partner (raziskovalna organizacija) na osnovi validiranega vprašalnika z navzkrižnim preverjanjem najbistvenejših možnosti pri odgovorih. Različne bolezni oz. strokovna področja zahtevajo specifično prilagojene anketne vprašalnike. Pri kroničnih boleznih je treba preverjanje zadovoljnosti ponavljati. Poleg medicinskih vidikov o bolezni je treba upoštevati tudi nemedicinske, kot so: pomoč doma, prilagoditve v stanovanju, varnost, materialno stanje in podobno (27).

Kravitz in sodelavci (28) so raziskovali neuresničena pričakovanja pri 688 bolnikih na ambulantnem pregledu pri internistu. Hierarhično zaporedje njihovih pričakovanj je prikazano v tabeli 4.

Tab. 4. Hierarhično zaporedje bolnikovih pričakovanj (modificirano po 28).

	% bolnikov
Telesni simptomi	74
s strani prebavil	42
okrnjena funkcija	14
trajanje simptomov	49
kako hudi so simptomi	35
Sprejete posledice bolezni	50
vezano na starost	12
vezano na prej ugotovljeno bolezen	26
vezano na družinsko anamnezo	9
vezano na osebni življenjski slog	9
izvirajoči iz pripomb medicinskega osebja	9
Prejšnje izkušnje	42
s podobnimi simptomi in boleznimi	40
spoznanje pri oskrbi drugih	8
Posredovano znanje	54
osebna izobrazba in usposobljenost pri skrbi za zdravje	7
prijatelji in sorodniki iz medicinskih vrst	7
pripombe prijateljev in sorodnikov-nestrokovnjakov	8
izjave drugih zdravnikov	42
sredstva javnega obveščanja	7

Najpomembnejši so telesni simptomi in njihovo trajanje, prejšnje izkušnje s podobnimi simptomi in boleznimi ter izjave drugih zdravnikov.

Najpomembnejši kriteriji, ki odločajo o zadovoljnosti 1205 bolnikov z zdravnikom, so prikazani v tabeli 5 (29).

Tab. 5. Najpomembnejši kriteriji, odločilni za zadovoljnost bolnika z zdravnikom (modificirano po 29).

1. Čas, ki ga zdravnik porabi za bolnika (anamneza, pregled, zdravljenje in navodila)
2. Pojasnitev diagnoze in zdravljenja
3. Tehnična usposobljenost zdravnika
4. Osebnostni pristop zdravnika
5. Uporaba najnovišje tehnologije
6. Osredotočenost na preventivo
7. Vpliv na čustveno ravnovesje
8. Celokupna zadovoljnost
9. Bi priporočali vašega zdravnika drugim?

Najmanj cenjeni elementi so 5, 7 in 6. Oskrba pri izbranem osebnem zdravniku je statistično pomembno izboljšala bolnikovo zadovoljnost.

Cleary in McNeil povzemata najpogostejše merjene podatke bolnikove zadovoljnosti (30) (tab. 6).

Tab. 6. Najpogostejše merjeni podatki bolnikove zadovoljnosti z oskrbo (modificirano po 30).

- Osebni pogledi na oskrbo
- Tehnična kakovost oskrbe
- Dostopnost in koristnost oskrbe
- Neprekinjenost oskrbe
- Prikladnost
- Fizično okolje
- Materialna ocena
- Učinkovitost

Od česa je odvisna zadovoljnost bolnika pri prvem in ponovnem obisku pri zdravniku, je prikazano v tabeli 7.

Tab. 7. Statistično pomembne korelacije med zadovoljnostjo bolnikov glede različnih meril pri prvem in ponovnem obisku pri zdravniku (modificirano po 31).

	Prvi obisk	Ponovni obisk
Čakalna doba	da	da
Trajanje obiska	da	da
Prijaznost zdravnika	da	da
Razumevanje zdravnika za zaskrbljenost	da	da
Videz preveč zaposlenega zdravnika	da	ne
Razumevajoči zdravnik	da	da

Številne raziskave dokazujejo, da izboljšani odnos zdravnik-bolnik oziroma večja zadovoljnost bolnikov izboljšuje tudi končni izid zdravljenja vsaj pri kroničnih boleznih. Skrajšuje se invalidnost in odsotnost z dela (32).

M. A. Stewart je pregledala prospektivne klinične raziskave, pri katerih so zdravnike usposobili za izboljšano anamnezo in boljše informiranje bolnikov. Po intervenciji so bili ugotovljeni statistično pomembno boljši rezultati zdravljenja pri 400 bolnikih in 40 zdravnikih splošne medicine pri obravnavanju anksioznosti, pri 252 bolnikih, zdravljenih zaradi hipertenzije, pri obravnavanju 21 zdravnikov 235 bolnikov zaradi glavobola, pri 169 bolnicah z rakom na dojki in anksioznostjo ali depresijo, ki jih je obravnavalo 22 kirurgov. Niso pa našli statistično pomembnih razlik po usposabljanju zdravnikov za anamnezo in komunikacijo pri obravnavanju diabetesa in pri bolnikih, kjer ni bilo mogoče ugotoviti diagnoze (33).

Zdravniki raje pripisujemo neuspeh pri razumevanju bolnikom kot pa svojim omejenim sposobnostim. Najpogostejši vzroki zdravnikove frustracije so po podatkih iz literature naštetih v tabeli 8 (2, 34).

Tab. 8. Najpogostejši vzroki frustriranosti pri zdravnikih zaradi neuspešnega sporazumevanja z bolniki.

- Pomanjkanje zaupanja/soglasja
- Preveč problemov hkrati
- Občutek stiske
- Pomanjkanje razumevanja
- Zahtevnost, nadzorovanje bolnika
- Posebni problemi

Namesto zaključka

V najbolj celostnih učbenikih sodobne somatske medicine najdemo tudi poglavja o zdravstvenih koristih medsebojnega odnosa zdravnik-bolnik in spoštovanju bolnikove izbire. Iz ene od takšnih knjig povzemam (35):

Čeprav lahko analiziramo in preučujemo proces zdravljenja, je medicinsko zdravljenje hkrati tudi umetnost. Vsak zdravnik na svoj lastni, neponovljivi način sintetizira biopsihosocialno znanje, sposobnosti, nagnjenja, združuje to sintezo z intuicijo, sposobnostjo za vživeti se v drugega in skrbjo za bolnika. Domišljeni pristop pri odnosu zdravnik-bolnik ima za posledico medicinsko oskrbo, ki je bolj znanstvena in bolj človeška.

Literatura

1. Millenson ML. Demanding medical excellence. Chicago: The University of Chicago Press, 1997: V-V.
2. Drinovec J. Pomen pojasnjevalne dolžnosti v procesu zdravljenja. In: Flis V, Gorišek J eds. Medicina in pravo III, Pojasnilna dolžnost. Maribor: Slovensko zdravniško društvo, Pravniško društvo, 1995: 25-34.
3. Wachter RM, Katz P, Showstack J, Bindman AB, Goldman L. Reorganizing an academic medical service. *JAMA* 1998; 276: 1560-5.
4. Ley P, Bradshaw PW, Kincey JA, Atherton ST. Increasing patients' satisfaction with communications. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15: 403-13.
5. Gochman DS. Handbook of health behavior research II. Provided determinants. New York: Plenum Press, 1997: 11-22.
6. Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med* 1991; 115: 470-7.
7. Smith RC, Lyles JS, Mettler JA, Marshall AA et al. A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. *Acad Med* 1995; 70: 729-32.
8. Vickery DM, Lynch WD. Demand management: enabling patients to use medical care appropriately. *JOE M* 1995; 37: 551-7.
9. Moss F, Garside P. The importance of quality: sharing responsibility for improving patient care. *Brit Med J* 1995; 310: 996-9.
10. Zwitter M. Communication with the patient in clinical research. *Ann NY Acad Sci* 1997; 809: 83-96.
11. Kupst MJ, Dresser K, Schulman JL, Paul MH. Evaluation of methods to improve communication in the physician-patient relationship. *Amer J Orthopsychiat* 1975; 45: 420-9.
12. Grant A. Does doctor know best? Patient input into medical decision making. *J Roy Soc Med* 1994; 87: 716-7.
13. Meit SS, Williams D, Mencken FC, Yasek V. Growing: effects on patient satisfaction. *J Fam Pract* 1997; 45: 397-401.
14. Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient relation and satisfaction. *J Fam Pract* 1977; 5: 217-22.
15. Siegler M. The physician-patient accomodation. *Arch Intern Med* 1982; 142: 1899-902.
16. Glass RM. The patient-physician realtinoship. *JAMA* 1996; 275: 147-8.
17. Grayson L. Evidence-based medicine: the patient perspective. *Int J Pharm Med* 1998; 12: 29-32.
18. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316: 361-7.
19. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. *JAMA* 1996; 275: 152-6.
20. Milčinski L. Dinamika odnosov med bolnikom in zdravnikom. *Zdrav Vestn* 1980; 49: 235-9.
21. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine. *Arch Intern Med* 1976; 97: 585-9.
22. Quill TE. Partnerships in patient care: a contractual approach. *Ann Intern Med* 1983; 98: 228-34.
23. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-9.
24. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
25. Joyce CRB, Caple G, Mmason M, Reynolds E, Mathews JA. Quantitative study of doctor-patient communication. *Quart J Med* 1969; 38: 183-94.
26. Sanzaro PJ. A survey of patient satisfaction, knowledge and compliance. *West J Med* 1985; 142: 703-5.
27. Weaver M, Patrick DL, Markson LE, Martin D, Frederic I, Berger M. Issues in the measurement of satisfaction with treatment. *Am J Man Care* 1997; 3: 579-94.
28. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and patients' unmet expectation for care. *Ann Intern Med* 1996; 125: 730-7.
29. Schmittiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP. Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organization. *JAMA* 1997; 278: 1596-9.
30. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25: 15-36.
31. Smith NA, Ley P, Seale JP, Shaw J. Health beliefs, satisfaction, and compliance. *Patient Education and Counseling* 1987; 10: 279-86.
32. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: 110-27.
33. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423-37.
34. Levinson W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care* 1993; 31: 285-95.
35. Novack DH. Therapeutic benefits of the physician-patient interaction. In: Kassirer JP, Greene HL. Current therapy in adult medicine. Fourth edition. St. Louis: Mosby, 1997: 11-6.

PSIHOLOŠKI ELEMENTI V ODNOSU BOLNIK-ZDRAVNIK

PSYCHOLOGICAL ELEMENTS IN PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP

Tone Pačnik

Oddelek za adolescentno psihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, KOMZ, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

Ključne besede: odnos; zdravnik; bolnik

Izvleček – Izhodišča. Odnos je opredeljen kot nekaj, kar obstaja med dvema človekoma ali med več ljudmi, ki imajo nekaj skupnega. Odnos se kaže ali izraža v ravnanju s kom in/ali ravnanju do koga.

Odnos med bolnikom in zdravnikom je že v osnovi problematičen in kontradiktoren. Na prvi pogled gre za idealen, popoln odnos, v katerem se bolnik zaradi določenih tegob obrača na zdravnika, ki zna te tegobe odpraviti, zdravnik pa sprejme bolnika prav zaradi tega, da bi mu pomagal. Vendar soodvisnost, ki jo kaže tak odnos, ni prednost.

Ta odnos ni tako preprost niti s strani bolnika, ki na eni strani zdravniku zaupa, hkrati pa se ga tudi boji. Zdravnik je avtoriteta, ta pa ima moč in znanje, ki ga bo, ali pa ne, uporabil. Na drugi strani je zdravnik, ki se zaveda, ali pa tudi ne, svoje avtoritete in njenih omejitev. Je tudi človek, ki se lahko zaradi zahtev okolja (zakonska odgovornost, posebne zahteve zavarovalnic, pritiska ponudb farmacevtskih firm itn.) in vedenja bolnika tudi sam znajde v zagati ali stiski.

Članek govori o takšni problematiki in drugih posebnostih, ki se pojavijo v situacijah, ko se srečata bolnik in zdravnik. Poseben poudarek bo na pričakovanih bolnika v takšnem odnosu in nekaterih zdravnikovih odzivanjih na bolnike iz različnih starostnih skupin.

Key words: relationship; physician; patient

Abstract – Background. Patient-doctor relationship is not as simple as it looks. Patients for instance trust his doctor in one side, on other side they are afraid of him. Medicine man has a great authority on patient because of his power and knowledge he possesses. On the other side there is doctor who is aware or not about this. Beside, doctor is at last only human being who might find himself in trouble because of demands of legality, special demands of insurance companies etc. We discuss also about specific communication between doctor and different age groups.

Uvod

Že pred 41 leti je Leary (1) izrazil misel, da je funkcionalno najpomembnejši vidik človekovega obnašanja medosebni odnos. Zato, da bi ga lahko razumeli, ga moramo imeti možnost videti v dejanskih relacijah z drugimi tako, da lahko razumemo njegove stiske, zadovoljstva in reakcije. Interpersonalni odnos v kakršnikoli terapiji ali zdravljenju mora biti v osnovi usmerjen na vzpodbujanje in pripravo za čim boljši medosebni odnos.

Prav to je potrdila novejša in skrbno izdelana raziskava zdravljenja depresije, v kateri Krupnick (2) zaključuje, da so pozitivne vezi med zdravnikom in bolnikom bistvene za izid zdravljenja, in to ne glede na to, kakšen način zdravljenja je bil uporabljen (z zdravili, z različnimi vrstami psihoterapij in kombinaciji zdravila-psihoterapija).

Ta zelo pomembni odnos med tistim, ki zdravi, in tistim, ki išče ozdravitve, se je z leti zelo spremenil. Od splošnega zupanja v zdravnika, ki mu ni bilo moč ugovarjati, saj bo le tako vse v najlepšem redu: bolnik je bil v takšnem odnosu pasiven in je naredil vse, kar se je od njega zahtevalo. V času hitrega pretoka informacij se je ta odnos bistveno spremenil. Še vedno obstajajo dvomi o tem, ali na boljše. Ljudje imajo danes več znanja kot nekoč in se bolj zavedajo tega, da zdravniki niso nezmotljivi. Tako kot je prej pri bolnikih porajalo

strahospoštovanje, da so v rokah skoraj vsemogočnega, so danes v ospredju strahovi, ki temeljijo na informacijah, ki jih ne razumejo dobro, in zapletih boleznih, ki jih mediji navadno takoj in brez strokovnih komentarjev izstrelijo v svet.

Lahko rečemo, da ima strah svoje častno mesto pri odnosu bolnik-zdravnik že od pradavnine. Moderna psihologija govori ravno o tem, da je strah destruktivni dejavnik v medosebnih odnosih. Ta povzroči nezaupanje, posledično nasprotovanje ali zavračanje nasvetov zdravnika. To se kaže pri številnih bolnikih tudi s tem, da npr. predpisanih odmerkov zdravil sploh ne jemljejo ali pa si jih odmerjajo kar po svoje. Strah se v tem odnosu lahko pojavi tudi v smislu smrti ali pa zavedanja, da se človekovo življenje vendarle konča s smrtjo. Torej bolniki, paradoksalno, zdravnika velikokrat povezujejo s smrtjo in ne samo z zdravjem. Zdravnik je namreč edina avtoriteta (po zakonu), ki ne odloča samo o tem, kdaj je kdo zdrav, temveč kdaj je človek mrtev.

Prve oblike odnosa med zdravnikom in bolnikom so temeljile na magiji in veri. Tako nekateri primitivni narodi še vedno verujejo, da ima oni, ki zdravi, nadnaravno moč, ki jo imenujejo (Malezijci) bodisi mana – nadnaravna moč, ki jo ima zdravilec, ali pa manitu pri Indijancih Alonquin ali wakonda pri Siouxih. Primitivna ljudstva so verjela, da se boleznih, kot je epilepsija ali oblike čudaškega vedenja, pojavljajo pri ljudeh, ki so v stiku s svetom duhov in da z njimi delijo

nadnaravno moč. Zdravilci ali izganjalci duhov so se bistro okoristili z lastnim čudaštvom. Apaški šaman pa še zdaleč ni sledil samo nekim navdihom ali razsvetljenosti, bil je tenkočuten, skrben delavec, ki je znal dobro presojati človeka in njegove tegobe.

Nastanek krščanske religije odkrije očiščevalno zdravljenje s pomočjo vere ali verovanja. Jezus je pri zdravljenju izkoriščal vero tistih, ki so prihajali k njemu po pomoč, in to pri telesno in duševno bolnih. To prinese v odnos med zdravnikom in bolnikom novo razsežnost. Očiščevalno zdravljenje s pomočjo krščanske vere spremeni koncept, da je v tem odnosu pomembno nadnaravno, pomembna je človekova lastna aktivnost. Verovanje je značilno za srednji vek.

Zmesi med rituali, mysticizmom in vero, ki so narekovale odnos med zdravilcem in bolnikom, se začno zaključevati z nastajanjem helenistične kulture, kjer prično uporabljati zdravnik v odnosu do bolnika racionalistični pristop v smislu materialnega vzroka in posledice, ki odseva v določeni bolezni. Ta koncept so oblikovali iz znanj, ki so jih dobili iz starodavne Azije in Južne Afrike.

Z razvojem znanosti, sploh pa hitrim spoznavanjem na področju medicine, je zdravnik vedno bolj pridobil na ugledu, s tem pa tudi moči, ki so jo v njem videli bolj ali manj pasivni bolniki. V naslednjem koraku v razvoju znanosti, posebno pa še komunikacijskega sistema in sistema izobraževanja, pa se je ta odnos začel spet spreminjati.

Prav ta relacija je v zadnjem času na področju somatske medicine v ospredju zanimanja. Pravcata ekspanzija moči medicine je hitro spreminjala ta odnos s poročanjem o malomarnem opravljanju dela nekaterih zdravnikov in opisovanju primerov, ko so bili opravljeni nepotrebni kirurški posegi.

In tako je bolnik začel upravičeno spraševati zdravnika o okoliščinah, ki narekujejo določen način zdravljenja, postopkih med zdravljenjem, tveganjih in ne nazadnje tudi o usposobljenosti zdravnika. Takšna vprašanja so se še pred desetletjem zdela nenavadna, večinoma so jih zdravniki razumeli kot zlonamerna, kot izraz skrajnega nezaupanja in podcenjevanja njihove persone.

Dinamika odnosa med bolnikom in zdravnikom

V odnos bolnik-zdravnik se vpleta vedno več dejavnikov: ne samo zahteve zavarovalnic, pač pa spreminjanje celotnega zdravstvenega sistema k tako imenovanemu »cost benefitu«. To so izjemno hudi pritiski na zdravnika, ki sicer sledi etičnim načelom, ki ga zavezujejo, ob tem pa se mora obnašati ekonomsko racionalno. Posledica tega je preobremenjenost z obrobni zadevami, ki so pretežno zunaj njegove osnovne izobrazbe, jih pa mora upoštevati, da ne pride navzkriž z zakonom in zavarovalnico ter se soočiti z bankrotom. Vendar vse to ni tako slabo, saj zna čez čas prinesiti umiritev in obrambno vedenje zdravnikov. Žal pa vse to umirno občuti bolnik. V takšnem sistemu je razdvojen: na eni strani zdravnik brani, na drugi mu očita, »saj mora biti tako, da se enkrat uredi celodnevno čakanje pred ordinacijo«.

Pa še nekaj novega prinaša novi sistem v ta odnos: bolnik si lahko sam izbira zdravnika, kar pomeni, da pri skrbi za svoje zdravje tudi tako nosi svojo odgovornost. In tam, kjer pride pacient na vrsto ob uri, kot je bil naročen, se bo med njim in zdravnikom vzpostavil zaupnejši odnos, ki bo obema pomagal - zdravniku, da bo hitreje ukrepal, in bolniku, da bo hitreje okreval.

Zdravnik mora slediti bolniku in mu razložiti naravo njegovega problema in postopke, kako ga odpraviti, vprašati bolnika, ali ima še kakšno vprašanje, preden zapusti ordinacijo, ga ob predpisovanju določenega zdravila tudi poklicati na dom in povprašati, kako se na predpisane odmerke odziva.

Vendar je tudi res, da se mora bolnik tudi zavedati, da je zdravnik zmotljiv, kar ni nobena katastrofa, če mu je zdravnik kdaj sposoben naravnost povedati: »tega pa ne vem«. V dobrem medosebnem sodelovanju to zdravniku ne bo težko, bolnik pa zaradi tega tudi ne bo izgubil zaupanja vanj.

V zadnjem času je veliko pisanja o tem, da bosta povpraševanje in ponudba povsem ustrezno uredila odnos med bolnikom in zdravnikom. Menimo, da vendarle ni moč v takem odnosu uporabljati ekonomskih zakonitosti, saj so te povsem materialne ali materialistične in ne vključujejo emocionalnih dejavnikov, ki so vključeni v ta odnos. Razvoj v zdravstvu naj ne bi šel v smeri produciranja zdravnikov-tehnologov, saj tega »uporabniki« ne bodo sprejeli. Najbolje bo sprejet tisti zdravnik, ki se je sposoben neposredno živeti v doživljanje bolnika in zna pokazati zanimanje za vsakega posameznika posebej; to je tisti zdravnik, ki ne govori o »primeru« ali »obdeluje« samo ranjeni del telesa.

Hipotetično menimo, da je prav močna prisotnost tehnike oz. njena pretirana uporaba v svetu povzročila, da so se začeli ljudje zatekati k skrajno problematičnim oblikam iskanja pomoči, pretežno k ljudem, ki nimajo nikakršnega medicinskega ali drugega znanja, znajo pa prisluhniti, pri svetovanju uporabiti zdravo pamet, povedati, kar bi bolnik rad slišal, in na račun človeka, ki odhaja od njih zadovoljen, tudi dobro zaslužiti.

Tako pridemo do glavnega problema sodobnega človeka, ki mu rečemo osamljenost in negotovost. Ta problem pa lahko odpravimo le s korektnim medosebnim odnosom, posluhom za potrebe in tegobe drugega in za ukrepanje takrat, ko je potrebno in kot je prav. Prav to je tisto, kar dela dober zdravnik.

Odnos med bolnikom in zdravnikom se začne že pri registraciji obiska, ko pacient zdravnika še sploh ni videl. Prijazen postopek sestre ali administrativnega uslužbenca je najboljši start za kasnejše oblikovanje dobrega stika z zdravnikom. Če je način sprejemanja tak, kot da smo prišli na bančno okence, bo postal pacient pretirano zadržan, previden in nesproščen ob stiku z zdravnikom. To bo zdravniku močno otežilo delo, saj spontana pripoved bolnika zdravnika hitro pripelje do diagnostične ocene oz. diagnostičnih hipotez. V zaupljivem vzdušju bo lahko zdravnik hitro preverjal hipoteze in imel tudi več časa za pogovor oziroma terapevtsko presojo.

Najbrž so otroci najbolj občutljivo področje, ko govorimo o odnosih pri zdravljenju. Tu se zdravnik sreča ne samo z mladim bolnikom in njegovimi strahovi, temveč tudi s staršem, katerega strahovi so ob otrokovi bolezni povsem drugačni od otrokovih. Torej mora zdravnik obvladovati komunikacijo med več ljudmi hkrati, za kar pa po navadi ni kvalificiran. Kako preprosto si zapravi zdravnik sodelovanje otroka tako, da prisloni na njegove prsi mrzli stetoskop. Vznemirjenost takega otroka se preseli na starše, ki pa spet reagirajo na svoj način. Poseben problem, ki ga ne bomo obravnavali na tem mestu, so otroci in zobozdravniki.

Zelo pomembno pri obravnavi malih bolnikov je, da si zdravnik vzame dovolj časa za starše. Tu nikakor ne sme veljati tisti pogosti »nimam časa«, pa če ga zdravnik izreče ali ne. Posebno pozoren v tej komunikaciji mora biti zdravnik, da staršem razumljivo razloži, kaj je z otrokom in kako morajo postopati. S takšnim odnosom se lahko izogne številnim zapletom pri zdravljenju otroka kot konfliktom, do katerih bi lahko prišlo s starši. Ekonomski dejavniki ali »normativi« so spet tisti dejavniki, ki lahko zdravnika časovno stisnejo, kar ima pomemben vpliv na počutje bolnika in njegove starše kot tudi zdravnika.

Podoba trdega, nezgovornega in neomajnega zdravnika naj bi bila preteklost. Vendar se pisateljica Rebecca A. Clay v zadnjem času ukvarja prav s tem problemom, ko se sprašuje, kako brzdati zdravniški mačizem. Pri tem si lahko takoj postavimo vprašanje: »Kakšno psihologijo se naj gremo ob

10-minutnem obisku bolnika?« Odgovor na to je pravzaprav zelo preprost: z ustrezno psihološko izobrazbo na medicinski fakulteti ali posebnih, specializiranih tečajih, ki temeljijo na izkustvenem delu v skupini, podobno kot so Balintove skupine. Tu gre za delovne skupine zdravnikov, ki ob primerih iz svoje prakse pod vodstvom psihoanalitika obravnavajo psihodinamske probleme zdravniškega dela.

Posebej v času študija so nekateri študentje medicine zagreti za znanja s področja psihologije, takrat se jih tudi da naučiti, da psihosocialne cilje prevedejo v biomedicinske. Namesto da bi študente učili lepega vedenja pri oskrbi, se jim pokaže, da so ljudje bolj dojemljivi, če so sicer z njimi v dobrem medčloveškem stiku. Čeprav bodo še neizkušeni začetniki, morajo zdravniki vedeti, da bodo bolniki bolj sledili njihovim nasvetom, če jih bodo imeli radi.

Najvažnejša je topla, razumljiva medosebna komunikacija med zdravnikom in starši mladega bolnika. Zato je povečevanje samozavedanja spet eden odločilnih dejavnikov pri izobraževanju zdravnikov, kot pravi McDaniel (3).

Pri delu z mladostniki mora biti zdravnik še posebej pozoren. V fazi, ko morajo mladostniki opraviti z vprašanji, kdo sem, kaj hočem in kam grem, je njihov spoznavni sistem nenehno na preži. Ko zbolijo, se njihova občutljivost glede normalnih senzacij v telesu močno poveča.

Mladostnik ni občutljiv samo na telesno doživljanje in odnosu zdravnik-bolnik, najpomembnejše je, kako bo zdravnik vzpostavil z njim tak stik, da mu bo zaupal, da se bo v njegovi ambulanti počutil dovolj varnega.

Posebno pozornost naj posveti zdravnik telesnemu pregledu. To je področje, kjer bo vzbudil v mladostniku kup strahov in dvomov v same namere. Za pregled si mora vzeti zdravnik kar največ časa in mora biti opremljen z veliko strpnosti. Vprašanja zdravnika naj bodo enoznačna. Njegovi komentarji razumljivi, predvsem pa naj vsako svojo akcijo napoveduje vnaprej in tudi razloži, zakaj.

Najslabšo uslugo zdravju nekega človeka bo naredil tisti zdravnik, ki bo s svojim stilom komuniciranja, čeprav dobronamernim, ponižal mladostnika in bo ta prenehal ustrezno skrbeti za svoje zdravje tako, da bo odlašal z nujnimi pregledi pri zdravniku ali jih celo odklanjal. To, kar mislimo s »ponižanjem«, ni namerno poniževanje ali sploh blizu tega, vendar mladostnik to doživi v takem pomenu.

Tudi verbalna komunikacija mora biti ustrezna, da jo mladostnik dojame kot dobronamerno. Zelo narobe je, če se bo zdravnik pogovarjal z njim v žargonu ali »slangu« (npr.: kdo te je prbou? Sej nis' odštekan! Sej s' dost kul) ali pa bo z njim poskušal govoriti v dialektu, ki ga ne obvlada. V takšnih primerih lahko pride do hudih nesporazumov.

Modro molčanje zdravnika si bo mladostnik razlagal, kot da je z njim nekaj hudo narobe, kar lahko kasneje preide v pravo obsedenost, da je npr. neozdravljivo bolan. In v takih primerih lahko pride celo do tragičnega izida. Tudi pripombe, kot »predebel si, zato je to tako«, bo mladostnik razumel kot negativno vrednotenje njegove osebnosti v celoti. Seveda so mladostniki različni in je treba k njim pristopati povsem individualno. Upoštevanje individualnosti pri mladostniku pa zahteva znanje o psihologiji tega razvojnega obdobja.

Zdravnik naj bo pri mladostnikih pozoren tudi na neizrečene misli, posebno pri tistih, ki se jim zdijo preveč potrti, nezgovorni in mrki. Veliko pozornosti je potrebno posvetiti tistim mladostnikom, ki se nenehno obračajo na zdravnika s številnimi telesnimi tegobami, ki jim ne najde vzroka. V takšnih primerih lahko nadaljevanje vrste preiskav bolniku samo utrjuje prepričanje, da je z njim res nekaj narobe. Nekoliko bolj poglobljen pogovor bi to lahko preprečil.

Posebno skrb in taktiko mora zdravnik izbrati pri kontaktih z ostarelimi bolniki. Ti cenijo neposrednost, prijaznost. Kljub številnim telesnim tegobam so mentalno večinoma dobro ohranjeni in čustveno dojemljivi. V odnosu do zdravnika so

nekateri starostniki preveč pasivni, povsem se mu prepuščajo. V takšnih primerih jih mora zdravnik aktivirati, da so pri zdravljenju tudi sami udeleženi in odgovorni.

Večji problem so starostniki, ki povsem odklanjajo pomoč, saj to za nekatere pomeni potrditev odvisnosti, ki je za nobeno ceno nočejo. Pri teh je najboljši način najti posrednika (bližnjega sorodnika), ki z bolnikom pretehta prednosti srečanja z zdravnikom v tem smislu, da ta sprejme njegovo pomoč, kot jo dajejo ljudje drug drugemu. Pri njih ne hitimo, izkažimo jim potrebno spoštovanje in ne prilizujemo se s »kako smo kaj, mam'ca« in podobno. Pred sabo imamo zrelega človeka z veliko in s čisto posebnimi izkušnjami, pričakovani in potrebami.

Tu še posebej velja – odnos do teh pacientov naj bo skrajno strpen. Kadar jim dajemo pojasnila, naj ta ne bodo v stilu »ne skrbite, to je za vas dobro! Ne ravnajmo z njimi kot z otroki, saj se zna zgoditi, da vam bo nekdo nekoč vrgel osebno izkaznico na mizo in odkorakal. Pri odnosu z njimi naj zdravnik upošteva njihov način razumevanja in dojemanja ter čutilne sposobnosti. Občutek, da je zdravnik do njega pokroviteljski, bo povsem pokvaril specifični medosebni odnos.

Jasno je, da je odnos bolnik-zdravnik zaupen in reguliran z zakonom. Odnos mora biti profesionalen in osnovan na zaupanju. Bolniki vstopajo v ta odnos zaradi neke težave, ki je niso sposobni sami rešiti, naj bo to psihična ali telesna tegoba ali bolečina. Na vse potrebe bolnika bi se moral zdravnik odzvati tako, da bi bolniku pomagal doseči tudi čimvečjo osebno učinkovitost.

Dolgoročnejši zdravnikov cilj naj ne bi bil razrešiti samo aktualni problem, pač pa odnos z bolnikom krmiliti tako, da bo bolnik sam začutil, da je bolj učinkovit tudi na drugih področjih. Na ta način pri bolniku vzbudimo večjo željo po lastnem angažiranju in težnjo, da svojo tegobo čimprej odpravi tudi z lastno močjo.

Kot piše Greenson (4), sicer res bolj za psihoterapevtski odnos, vendar bi to veljalo na splošno za odnos zdravnik-bolnik, pri čemer meni, da gre pri tem odnosu za prepletanje treh elementov:

1. pristnost v odnosu,
2. oblikovanje transfernega odnosa, v katerem se pojavljajo in prenašajo pozitivni in prijazni občutki med obema oseba, in kar je najpomembnejše
3. delovni pakt.

Delovni dogovor je vzpostavljen takrat, ko bolnik prepozna v zdravniku strokovnjaka, ki je vreden zaupanja. Da do tega pride, mora zdravnik (5) postati za bolnika pomembni »nekdo«, da lahko z njim odprto komunicira. Posledično pa zdravnik spoznava njihovo stisko, čuti z njimi, njihovo trpljenje se ga dotakne, je vedno na njihovi strani in skrbi za največje koristi njihovega zdravja, je stalno zavezan, da dosežejo optimalno zdravje.

Pri psihoterapevtskem odnosu je velik poudarek na aktivnosti pacienta. V medicinskem modelu je dejavnik vendarle zdravnik. Zadnje raziskave nas prepričujejo, da postaja tudi v tem modelu vedno večji poudarek na aktivnosti bolnika. Za to govorijo široke akcije zdravstvenih preventivnih programov po vsem svetu.

Kadar govorimo o odnosu med ljudmi, ne moremo mimo njihovih osebnosti. Pristopi k temu so različni. Prav iz teorij osebnosti lahko razberemo, da se je z razvojem raziskovanja spreminjalo znanje o osebnosti. Človekovo vedenje ali odnos je pogojen z zunanjimi in notranjimi dejavniki. Zdravnik naj ne bi doživljal bolnika kot objekt, na katerem dela ali ga raziskuje, kot sta ga konceptualizirala v svojih teorijah osebnosti npr. Freud in Skinner (6), pač pa v smislu teorij osebnosti »tretje smeri«, ki so jo oblikovali humanistični teoretiki. V tem pojmovanju je pojmovanje odnosa med ljudmi povsem spremenjeno. Poudarek je sedaj na dveh glavnih prepričanjih:

1. da so ljudje v osnovi dobri in vredni spoštovanja in
2. da gre pri tem za naravni proces rasti, ki ga lahko ovirajo neugodne okoliščine.

Prav ta izhodišča nam jasno pokažejo dinamiko medosebnega odnosa med zdravnikom in bolnikom znotraj neke socialne združbe in njene zdravstvene politike na eni strani, in splošnih življenjskih pogojih, v katerih živi posameznik, na drugi strani.

Tudi Carl Rogers (7) da v svoji teoriji novo dimenzijo medosebnim odnosom. Njegov osnovni pogled na ljudi je, da so po naravi odprti, pošteni in v stiku s svojimi čustvi. Do težav pride le zaradi vplivanja drugih, zato si lahko zmotno tolmačijo določeno situacijo ali namere drugih.

Ljudje naj bi imeli vrojene sposobnosti za osebno rast in psihološki razvoj (kamor spadajo tudi medosebni odnosi), ki pa nastajata samo v neogrožajočem, svobodnem vzdušju. Analogno smo trdili za odnos zdravnik-bolnik, kjer mora odnos že v samem začetku zagotavljati bolniku čim manjši občutek ogroženosti in čim večji občutek lastne vrednosti - svobode. Kot smo videli, je percepcija boleznin za različne ljudi različna. Eni jo zanikajo, drugi jo tesno vpletejo v mrežo socialnih odnosov. Upoštevati moramo še to, da je to doje-manje delno pogojeno tudi s kulturnimi vzorci, v katerih posameznik živi.

To različnost med bolniki lahko razumemo tudi s pomočjo Maslowe (8) teorije osebnosti, osnovane na samoaktualizaciji. Njegova osnovna misel je, da so motivi tisti, ki označujejo posameznika in ga vodijo v njegovem vedenju, čustvovanju in ukrepanju. Vsem je poznana njegova teorija o hierarhiji potreb: nekje na dnu te lestvice so instinktivne potrebe (hrana, voda), najvišja pa je potreba po samouresnitvenju. To je potreba spoznati sebe in svet okrog sebe, da je človek lahko kreativen, uživa v lepoti in dosega določene cilje. V njegovi teoriji se torej srečamo z lastno aktivnostjo, ki je s strani bolnika v odnosu do njegovega zdravnika izjemno pomembna.

V zaključku velja opozoriti na »osebno« tipologijo, ki nudi zdravniku hitro orientacijo v situaciji z bolnikom, ki ga prvič sreča. Za zdravnike bi bilo priročno poznati to novejšo in precej razširjeno teorijo ali tipologijo osebnosti »A« in »B«, ki ni pomembna samo za orientacijo v odnosu bolnik in zdravnik, temveč tudi kot možnost predvidevanja pojavljanja določenih boleznin.

Osebnostne karakteristike tistih, ki so verjetni kandidati za težave s srcem, so označeni kot tip A. Ljudi tega tipa lahko opišemo kot tekmovalne, ambiciozne. Imajo povečan občutek za pomembnost časa; preokupirani so s časovnimi termini, roki in težijo k temu, da v čimkrajšem času naredijo čimveč, preplavlja jih občutek, da čas prehitro teče. Opisali jih bi lahko še kot neodvisne, dominantne in samozadostne. V te-

lesnem izrazu opazimo krčevito, napeto telesno držo, togo obrazno mimiko. Njihov način govorenja je hiter in eksploziven. Ti ljudje delajo dolge ure, prebijejo večino časa v službi, malo spijo, porabijo premalo časa za rekreacijo in sprostitve, z zakonskim partnerjem manj komunicirajo.

Ti ljudje so, enako kot z drugimi, v odnosu do zdravnika nepotrpežljivi, nestrpni in celo agresivni. Ko so pod časovnim pritiskom, da opravijo neko delo, postanejo izjemno angažirani in delo opravijo najraje sami, ker menijo, da se je najboljše zanesti nase. To je deloma tudi zato, ker se počutijo posamezniki tipa A nelagodno, negotovo in celo mučno v tesnejših medosebnih odnosih, kot je tudi npr. odnos z zdravnikom.

Tipi osebnosti, označene kot B, so drugačni. Nasprotno kot tipi A so bolj umirjeni. Ne postavljajo si nerealističnih ciljev ali ciljev, ki jih ne bi zmogli doseči. Ne pričakujejo, da so naloge izpeljane natančno tako, kot so jih predvideli, zaupa drugim in radi delajo z drugimi. Za njih hitrost ni bistvena, kar pa počnejo, posvetijo temu polno pozornost. Imajo občutek za mero. Vedno obdržijo občutek ravnotežja v različnih življenjskih situacijah. Občutek osebne identitete je njihova značilnost. Nimajo občutka, da se morajo nenehno potrdjevati, dobivati izraze spoštovanja, so sigurni vase in v to, kar počnejo, ne mislijo, »kaj bi, če bi«, ampak »kaj je bilo in kaj je«, so realisti.

Tak tip osebnosti bo lahko zelo dobro sodeloval z zdravnikom, vzpostavil z njim tesnejši stik in vztrajno sledil njegovim navodilom.

Seveda moramo upoštevati, da se komunikacija med bolnikom tipa A in B spremeni ob stiku osebnosti zdravnika tipa A ali B. Če se srečata ekstremna in nasprotna tipa bolnik-zdravnik, bo zanesljivo prišlo do kratkega stika, v najboljšem primeru do slabega sodelovanja ali komunikacije.

Literatura

1. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald, 1957: 55-6.
2. Krupnick JI et al. Therapeutic bond found to be key in improving depressive symptoms regardless of type of treatment used. *J Consult Clin Psych* 1997; 64: 532-9.
3. McDaniel SH. Family-oriented primary care: A manual for medical providers. New York: Springer Verlag, 1990.
4. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis (Vol. 1). New York: International Universities Press, 1967.
5. Teyber E. Interpersonal process in psychotherapy - a rational approach. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1997: 33-5.
6. Krasner L. The future and the past in the behaviorism-humanism dialogue. *Am Psychologist* 1978; 33: 799-804.
7. Rogers CR. Carl Rogers on personal power - inner strength and its revolutionary impact. New York: Delacorte, 1977.
8. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1970.

Pismo uredništvu

ETIKA BIOMEDICINSKE RAZISKAVE NA LJUDEH

NASVETI NAČRTOVALCEM RAZISKAV IN NAVODILO PREDLAGATELJEM VLOG ZA ETIČNO OCENO

Jože Trontelj

Klinični oddelek za nevrofiziologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Uvod

Mnoge biomedicinske raziskave na zdravih ali bolnih ljudeh so povezane s pomembnimi etičnimi vprašanji in utegnejo biti z etičnega vidika problematične ali celo nesprejemljive, ko kršijo njihove pravice in dostojanstvo, so v nasprotju z njihovimi legitimnimi koristmi ali ogrožajo njihovo zdravje ali celo življenje. Zato je že dolgo predpisano, da mora vsako biomedicinsko raziskavo na ljudeh pred začetkom odobriti neodvisna komisija za medicinsko etiko. Slovenija ima po zaslugi pokojnega akademika prof. dr. Janeza Milčinskega, pa tudi vrste drugih zdravnikov velikega moralnega ugleda, ki so že od petdesetih let dalje skrbeli za etičnost slovenskih medicinskih raziskav, vsega spoštovanja vredno tradicijo (1). Manj je znano, da je naša država kot prva v Evropi (in morda na svetu) imela stalno državno komisijo za medicinsko etiko že od konca sedemdesetih let (2, 3).

Ob vse hitrejšem razvoju biologije in medicine so se začela zastavljati – sicer že od prej znana – etična vprašanja z novo ostrino. K temu je še posebno prispeval nürnberški zdravniški proces, ki je svetovni javnosti razkril hudodelske raziskave nacističnih zdravnikov v nemških koncentracijskih taboriščih. V zadnjih desetletjih so se začela pojavljati tudi nova etična vprašanja, ki jih je sprožila vse večja zavest o tem, da je treba dosledno uveljavljati človekove pravice. Odgovore na ta vprašanja je iskalo več mednarodnih forumov; nastala je vrsta smernic raziskovalcem, pa tudi komisijam za etično ocenjevanje predlogov raziskav. Med temi dokumenti izstopata predvsem dva: Helsinška deklaracija in Oviedska konvencija.

Komisije za medicinsko etiko morajo poskrbeti, da sta načrt in izpeljava raziskave usklajena z načeli *Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah* Svetovnega zdravniškega združenja (zadnja revizija iz leta 1996, Somerset West, JAR [4]), od lanskega leta dalje pa še z določili *Konvencije Sveta Evrope za varstvo človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine*, sprejete v Oviedu leta 1997 (5), ki jo je podpisala tudi naša država (uporabljata se tudi krajši imeni: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino in Oviedska konvencija). Ta dva dokumenta sicer ne spreminjata doslej veljavnih etičnih načel, uveljavljata pa nekaj novih, podrobnejših opredelitev. Zato raziskovalci potrebujejo nove praktične napotke za pripravo vloge za mnenje o etični neoporečnosti predloga raziskave. Ker so raziskave zelo različne, bi bilo nesmiselno uveljavljati enotno, za vse obvezno navodilo. Smernice so zato lahko le okvirne; nekateri elementi vloge pa so vendarle obvezni za vse. V naslednjem tekstu je navedeno vse bistveno, kar naj vsebuje vloga, naslovljena na Državno komisijo za medicinsko etiko; omenjena pa so tudi nekatera na novo definirana etična načela in pravila.

Navodilo je začasno. V dveh letih pričakujemo sprejetje *Dodatnega protokola o biomedicinskih raziskavah* k Oviedski

konvenciji, ki bo pravila na tem področju uredil še podrobneje (6). Navodilo izhaja iz dosedanje prakse etičnega ocenjevanja medicinskih raziskav na človeku v naši državi (3), upošteva pa tudi priporočila (7), sprejeta v delovni skupini za Protokol o biomedicinskih raziskavah k Oviedski konvenciji (ta je komisija Usmerjevalnega odbora za bioetiko pri Svetu Evrope). Obenem je navodilo bolj ali manj skladno tudi z nekaterimi drugimi splošno priznanimi priporočili, npr. s smernicami Royal College of Physicians, London (8), CIOMS in Svetovne zdravstvene organizacije (9, 10), deloma tudi s smernicami Evropskega foruma za dobro klinično prakso (11) in britanskega Sveta za medicinske raziskave (12). Raziskovalci bodo opazili, da so zahteve navodila glede vsebine in oblike vloge nekoliko večje kot v dosedanih praksi; vendar je to spričo naraščajoče zapletenosti etičnih vprašanj potrebno. Ne glede na to nas k temu zavezujejo navedeni dokumenti, zlasti Oviedska konvencija. Poleg tega je prav, da se pri etičnem ocenjevanju raziskav tudi v formalnem pogledu približamo praksi v deželah z dobro razvito medicinsko etiko (13, 14). Po vstopu v Evropsko zvezo se bomo morali držati tudi nastajajoče podrobne odredbe o dobri klinični praksi pri kliničnem preizkušanju zdravil (15). Predlagatelj biomedicinske raziskave na ljudeh mora upoštevati naslednja pravila oz. predložiti naslednje podatke:

Odgovorne osebe

1. *Ime vodje raziskave* oz. odgovornega raziskovalca in podatek o njegovi strokovni izobrazbi. Priloženi naj bodo njegovi *življenjepisni podatki*, iz katerih naj bo razvidna njegova usposobljenost za predlagano raziskavo. Biomedicinsko raziskavo, v kateri gre za posege na ljudeh, lahko vodi oz. izvaja le zdravnik (ali stomatolog, če gre za stomatološko raziskavo, ali klinični psiholog v primeru raziskave z njegovega področja) z veljavno licenco za opravljanje poklica. To pravilo ne velja za raziskavo na podatkih ali vzorcih tkiv, odvzetih za druge namene, in ne vedno, kadar gre le za besedni stik z vključenimi ljudmi, kot so raziskave na podlagi vprašalnikov ali intervjujev. Vendar je tudi za takšne raziskave potrebno soglasje komisije za medicinsko etiko.

2. *Ime zdravnika, odgovornega za varnost oseb v raziskavi*. Ta mora biti usposobljen, da bo ustrezno ukrepal ob medicinskih zapletih, ki se utegnejo pojaviti v zvezi z raziskavo.

Opis raziskave, znanstvena in etična neoporečnost

3. *Popoln načrt raziskave*, vključno s podrobnim *protokolom*. Če si je predlagatelj že pridobil pozitivno mnenje Komisije o morebitni prejšnji raziskavi, ki se od sedanje po etičnih vidikih le nepomembno razlikuje, naj ga priloži. Navede naj *namen raziskave*; utemeljiti mora, zakaj je potrebna in upravičena raziskava na človeku. *Utemeljitev* mora podpreti s pregledom dovolj sveže znanstvene literature. Priloži naj *recenzijo znanstvene veljavnosti in kvalitete predloga raziskave*,

če je bila pridobljena. Priloži naj tudi *povzetek načrta* raziskave v jeziku, ki bo razumljiv članom komisije za medicinsko etiko, ki niso zdravniki. Podrobno naj opiše predvidene *metode in postopke*. Predlagatelj naj oceni tudi *etični vidik raziskave*. Navede naj, kakšne koristi pričakuje od raziskave – za ljudi, vključene v raziskavo, ali samo za znanost – in kakšne so te koristi v primerjavi z neprijetnostmi, ki jih bodo morali pretrpeti vključeni zdravi prostovoljci ali bolniki, še zlasti v primerjavi s tveganjem škode za svoje zdravje. Razmerje med prvimi in drugimi je eno od bistvenih meril za etično sprejemljivost raziskave. Posebno vestno in nepristransko je treba opisati nevarnosti in obremenitve takrat, ko ljudje, na katerih se bo opravljala raziskava, *niso sposobni dati veljavne zavestne in svobodne privolitve* (mladoletni otroci, duševno nesposobni, bolniki v urgentnem stanju).

Osebe, povabljeni v raziskavo

4. Predlagatelj mora navesti, od kod in kako bo vabil *ljudi (zdrave ali bolnike) v raziskavo*, in o tem, po kakšnih merilih bodo izbrani. Povabila ne sme spremljati niti pritisk (kar posebno velja za osebe v odvisnem položaju) niti nepošteno napeljevanje (kot npr. obljubljanje neupravičenih ali nereálnih koristi ali plačila, ki bistveno presega nadomestilo za porabljeni čas ali izgubljeni zaslužek). Navesti je treba predvideno *število* teh oseb (to mora biti zadostno za potrditev znanstvene veljavnosti rezultatov in ne večje, kot je za ta namen potrebno), merila za vključitev, ne vključitev in morebitno izključitev.

Zavestna in svobodna privolitve

5. Ljudje, ki so povabljeni v raziskavo, morajo biti *primerno in na razumljiv način poučeni o namenu, načrtu in metodah* raziskave. Povedati jim je treba tudi o oceni komisije, ki presoja etično upravičenost raziskave. Posebej pa morajo biti *poučeni o predvidljivih nevarnostih in neprijetnostih*, ki jim jih prinaša raziskava, pa tudi o tem, kako bodo *odškodovani* v primeru, da bi raziskava okvarila njihovo zdravje. Vedeti morajo, da svojo privolitve lahko kadarkoli umaknejo. Zagotoviti jim je treba, da bo varovana *zaupnost* njihovih osebnih podatkov. Vedeti morajo, da je odgovorni nosilec oz. vodja raziskave dolžan, da jih takoj obvesti o morebitni novi nevarnosti, ki se je pokazala med potekom raziskave.

6. Raziskave, pri katerih bodo opravljeni kakršni koli medicinski posegi na ljudeh, vključno s tistimi, kjer gre le za besedni stik (izpraševanje, ankete), se ne smejo začeti brez *dokumentirane zavestne in svobodne privolitve prizadetih, dane izrecno in posebej za predvideni poseg*. Osebam, povabljenim v raziskavo, je treba povedati, da zaradi zavrnitve ali poznejšega preklica svoje privolitve ne bodo prikrajšane za primerno in pravočasno medicinsko pomoč. Dati jim je treba dovolj časa za premislek.

Na ljudeh, ki *niso sposobni veljavne zavestne in svobodne privolitve* (mladoletni otroci, duševno nesposobni, bolniki v urgentnem stanju), je praviloma mogoče opravljati le takšne raziskave, ki so lahko neposredno koristne za njihovo zdravje. Na takih osebah so dovoljene le raziskave, ki jih ni mogoče opraviti na ljudeh, sposobnih privolitve. Če od vključitve v raziskavo ni mogoče pričakovati neposredne koristi za zdravje takšne osebe, mora raziskava obetati vsaj rezultate, pomembne za znanstveno razumevanje njene bolezni ali zdravstvenega stanja in potencialno koristne za druge ljudi z enako boleznijo ali zdravstvenim stanjem. Tudi tedaj pa smejo biti obremenitve in nevarnosti, ki jih prinaša raziskava, le minimalne. Nevarnost šteje za minimalno, kadar je poseg na posamezniku lahko povezan samo z zelo blago in prehodno neugodno posledico za zdravje prizadetega. Obremenitev šteje za minimalno, kadar je mogoče pričakovati samo takšne težave ali neprijetnosti, ki jih bo prizadeti občutil kvečje-

mu kot zelo blage in kratkotrajne. V teh primerih tudi na račun velike pričakovane koristi ni dopustno povečati tveganja in obremenitve.

Pogoj za vključitev osebe, nesposobne privolitve, je soglasje njenega zakonitega varuha. Prizadeto osebo pa je treba v največji meri, ki jo dopušča njeno razumevanje, seznaniti s predvidenim posegom in ji dati priložnost, da ga zavrne. Zavrnitev je treba spoštovati.

Bolnika v urgentnem medicinskem stanju, ki zaradi narave svojega stanja ni sposoben privoliti, je praviloma mogoče vključiti v raziskavo šele potem, ko so bili o verjetni opredelitvi bolnika vprašani njegovi bližnji. Če se zdi, da bi bolnik vključitvi nasprotoval, je treba od tega odstopiti. Tudi raziskave na bolnikih v urgentnih stanjih so upravičene samo pod pogojem, da obetajo vsaj rezultate, pomembne za znanstveno razumevanje njihove bolezni ali zdravstvenega stanja in potencialno koristne za druge ljudi z enako boleznijo ali zdravstvenim stanjem. Pogoj je tudi pisno soglasje zakonito določenega bolnikovega zastopnika k posegu, ki mora biti podrobno opredeljen.

Skrb za varnost in koristi oseb v raziskavi

7. Opis *narave in verjetnosti predvidljivega tveganja za zdravje* udeleženi oseb in opis ukrepov za preprečevanje oz. ublažitev posledic neugodnih dogodkov. Predlagatelj mora opisati tudi ukrepe za nadzor nad potekom raziskave, za ugotavljanje nepredvidenih dogodkov in za reagiranje nanje. Če narava raziskave in nevarnost neugodnih pojavov narekuje ta posebno pozorno spremljanje poteka, naj navede tudi merila za spremembo protokola oz. prekinitev raziskave. Zavezati se mora, da bo o resnih neugodnih dogodkih med raziskavo brez odlašanja obvestil komisijo za medicinsko etiko, ki je protokol odobrila.

8. Glede vključevanja *ženske v rodni dobi* – zdravih ali bolnih prostovoljk – v raziskavo, kjer gre za *nevarnost mutacij oz. teratogenosti*, veljajo naslednja načelna stališča: Če je mogoče, naj se ženske v rodni dobi ne vključujejo v raziskavo, ki so povezane s tveganjem mutagenih oz. teratogenih okvar. To ne velja za primere, ko bi z izključitvijo prizadeli pravice in koristi žensk (npr. bolnic, ki bi jim raziskava lahko koristila). Neposredno pred vstopom v raziskavo je treba uporabiti dovolj občutljivo in zgodnjo metodo ugotavljanja oz. izključevanja morebitne nosečnosti, razen če le-ta po izjavi prostovoljke ne prihaja v poštev. Zdrave ali bolne prostovoljke morajo v času tveganja uporabljati eno od zanesljivih kontracepcijskih metod ali se zateči k spolni vzdržnosti.

9. Če je predvidena *primerjalna skupina bolnikov* na placebo ali zdravljen drugače oz. nezdravljen, je treba potrebnost take skupine utemeljiti. Poskrbeti je treba, da se zaradi odtegnitve aktivnega zdravljenja ne prizadene škoda zdravljenim bolnikom v taki skupini. Če naj bi bila primerjalna skupina zdravljen na drug način, je treba zagotoviti, da bo to zdravljenje glede na priznana pravila medicinske stroke in razpoložljivost metod in sredstev najustreznejše. Interesi bolnikov v primerjalni skupini ne smejo biti prizadeti bolj, kot utegne biti sprejemljivo glede na pričakovano korist raziskave tudi za to skupino.

Zaupnost osebnih podatkov in upravičenost do vpogleda v rezultate

10. Predlagatelj se mora zavezati, da bo poskrbel za *varovanje zaupnosti osebnih medicinskih podatkov* ljudi v raziskavi, kakor tudi drugih njihovih osebnih podatkov, ki jih bodo on sam in sodelavci dobili med raziskavo. Kadarkoli je mogoče, je treba osebne podatke v čim zgodnejši fazi raziskave anonimizirati (zabrisati njihovo identiteto). Če to ni mogoče, je uporaba neanonimnih podatkov mogoča le s privolitvijo lastnika podatkov in za namen, ki ga je lastnik odobril.

Raziskava na osebnih medicinskih podatkih (npr. iz zdravstvene dokumentacije ali na shranjenih vzorcih krvi ali tkiv) je brez privolitve njihovih lastnikov dopustna le izjemoma, in to pod naslednjimi pogoji: da prizadeti niso izrecno nasprotni; da kljub velikemu trudu ne bi bilo mogoče poiskati lastnikov in si pridobiti njihove privolitve; da gre za znanstveni projekt, ki ga je odobrilo Ministrstvo za zdravstvo ali njegov pooblaščen organ in ki je potreben zaradi varovanja javnega zdravja. Tudi v teh primerih se podatki ne smejo uporabiti na način, ki bi omogočil prepoznavo njihovih lastnikov v javnosti.

11. Osebe, ki sodelujejo v raziskavi, so upravičene do vpogleda v podatke o svojem zdravju, pridobljene med raziskavo. Izjemoma je mogoče zahtevani vpogled zavrniti, kadar je to v interesu preiskovane osebe (npr. kadar gre za nepričakovano odkritje resne bolezni, ki se bo razvila v prihodnosti in za katero ni uspešnega zdravljenja). Prostovoljci, ki so sodelovali v raziskavi, imajo pravico, da izvedo za glavne rezultate raziskave.

Finančni vidiki raziskave in odškodninsko zavarovanje

12. Vloga naj vsebuje podatek o naročniku in plačniku raziskave. Navesti je treba višino morebitnega denarnega nadomestila, ki bo ponujeno sodelujočim osebam. Skromno denarno nadomestilo za izgubljeni čas in za neprijetnosti, povezane s sodelovanjem v raziskavi, etično ni sporno; denarna izplačila ali druge ugodnosti pa nikakor ne smejo biti tolikšne, da bi vplivale na svobodo privolitve. Dovoljeno je poravnati tudi dejanske stroške ali izgubo zaslužka zaradi sodelovanja v raziskavi. Če pa gre za opravilno nesposobno osebo, niso dovoljena nikakršna denarna nadomestila njenemu zakonitemu varuhu.

Odgovornost raziskovalca mora biti odškodninsko zavarovana za primer škode na zdravju ali smrti zaradi postopkov v raziskavi. Vloga mora vsebovati dokazilo o odškodninskem zavarovanju (kopijo zavarovalne police), pa tudi zagotovilo o poravnavi stroškov zdravljenja, razen če gre za bolnike, ki so že sicer ustrezno zavarovani (kot za primer nezgod pri zdravljenju). Pri raziskavah, ki ne prinašajo več kot le minimalno tveganje škode za zdravje, posebno zavarovanje ni potrebno.

Etično ocenjevanje pri drugih komisijah

13. Predlagatelj naj navede, ali je raziskava že bila predložena kakšni drugi komisiji za medicinsko etiko in kakšno odločitev je komisija sprejela. Če gre za večcentrično raziskavo, ki je zasnovana v drugi državi in od tam tudi vodena, mora predlagatelj podati dokumentirano izjavo, da je bila raziskava etično ocenjena kot sprejemljiva tudi v tisti državi.

Po uveljavljeni praksi vse predloge raziskav na ljudeh, ki jih financira Ministrstvo za znanost in tehnologijo, ocenjuje Državna komisija za medicinsko etiko. Enako velja za raziskave, ki so del magistrske ali doktorske naloge, in za vse raziskave, ki naj bi potekale v več centrih in več državah. Državna komisija je pristojna tudi za vse raziskave, ki prinašajo posebno občutljiva etična vprašanja ali vprašanja, ki so pomembna za vso državo, in za raziskave, glede katerih člani področnih komisij ne dosežejo soglasne opredelitve. Državni komisiji je mogoče nasloviti morebitne pritožbe na odločitve področnih komisij.

Izjave odgovornih in sodelujočih

14. Predstojnik ustanove ali oddelka, na katerem bo tekla raziskava, ali strokovni predstojnik ali mentor odgovornega raziskovalca mora podati izjavo, da so vključeni raziskovalci usposobljeni za delo v zvezi z raziskavo, in posebej, da so

zmožni pravočasno prepoznati morebitne zaplete, ki bi lahko ogrožali zdravje ali življenje oseb v poskusu, in da so zmožni pravilno ukrepati; da je na ustanovi poskrbljeno za strokovnost dela in varnost oseb v raziskavi; da bo nadziral raziskovalec, da se bodo držali načel Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, Konvencije Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Oviedske konvencije) in načel slovenskega Kodeksa medicinske deontologije.

15. Odgovorni raziskovalec mora dati izjavo, da se bo držal načel Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, določil Oviedske konvencije in načel slovenskega Kodeksa medicinske deontologije. Navede naj možne konflikte interesov (npr. finančni interes za določen izid raziskave).

16. Vloga mora vsebovati obrazec izjave o zavestni in svobodni privolitvi sodelujočih zdravih oseb ali bolnikov v raziskavi, ki jo bodo podpisovali preiskovanci (ali njihovi zakoniti zastopniki, če gre za osebe, ki niso sposobne samostojne privolitve) po primerni in razumljivi ustni in pisni poučitvi o morebitnih koristih, neprijetnostih in tveganjih (navedenih na istem obrazcu ali na posebnem pojasnilu za sodelujoče prostovoljce). Ta izjava (ki jo sopodpiše raziskovalec) ima lastnosti pogodbe med raziskovalcem in osebo (bolnikom) v raziskavi. V njej mora biti zapisano, da oseba v raziskavi lahko katerikoli trenutek odstopi, ne da bi to imelo zanjo kakršnekoli neugodne posledice. Zapisano mora biti tudi, kje lahko oseba v raziskavi dobi nujno medicinsko pomoč v primeru resnega neugodnega pojava.

17. Prostovoljke v rodni dobi (zdrave ali bolne) v raziskavah, kjer obstaja nevarnost mutagenosti ali teratogenosti, morajo biti o tveganosti zanositve dovolj skrbno poučene; podatki morajo izjavo o tem, da se bodo zavarovale pred zanositvijo, vse dokler ne mine nevarnost učinkov te vrste na plod. Vloga naj v tem primeru vsebuje obrazec take izjave.

18. Vlogo podpiše predlagatelj, ki je odgovoren za raziskavo. Vloga naj bo tudi datirana z dnem, ko bo oddana na pošto oz. izročena osebno na sedež komisije. Dokumenti naj bodo predloženi v dveh izvodih.

Spremembe protokola, neugodni dogodki, končno poročilo

19. Odgovorni raziskovalec si mora za vsako spremembo protokola, ki utegne vplivati na etični vidik (že odobrene) raziskave, pridobiti soglasje Komisije. Brez odlašanja mora Komisijo obvestiti o vseh resnih neugodnih dogodkih (poslabšanje zdravja ali smrt oseb v raziskavi), ki utegnejo biti povezani s postopki v raziskavi. Komisijo mora obvestiti tudi o predčasni prekinitvi raziskave in razlogih zanjo, enako tudi, če se je raziskava končala z negativnim rezultatom (ni potrdila delovne hipoteze). Pri raziskavah, ki so povezane z večjimi tveganji, lahko komisija zahteva tudi končno poročilo.

Državna komisija za medicinsko etiko zaseda enkrat na mesec (razen v juliju in avgustu). Vloge, ki prispejo vsaj teden pred sejo, so navadno obravnavane še isti mesec. Predlagatelji praviloma niso vabljeni na sejo. Podatki o vlogi in podrobnosti iz razprave o njej so zaupni. Vloga se shrani v arhiv. Kadar ni potrebna zunanja recenzija, predlagatelj lahko pričakuje odgovor Komisije v 3–5 tednih. Na negativno mnenje se lahko Komisiji pritoži. Druga zavrnitev (če predlagatelj ne upošteva nasvetov Komisije) je dokončna.

Poštni naslov za vloge je: Državna komisija za medicinsko etiko, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana. Vlagatelji lahko dobijo opomnik za sestavljanje vloge po elektronski pošti na naslovu: TONE.ZAKELJ@uikn.mf.uni-lj.si

Literatura

1. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Razprave in članki. Ljubljana: Dopolna delavska univerza Univerzum, 1982: 195-202.
2. Rainer S. Slovenska bioetika skozi čas. Unesco glasnik 1995; 48: 2-2.
3. Milčinski J. Deklaracija iz Helsinkov. Priporočila za zdravnike pri biomedicinskem raziskovanju na ljudeh. Zdrav Vestn 1978; 47: 1-4.
4. World Medical Association Declaration of Helsinki: Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. Adopted by the 18th WMA Assembly, Helsinki, Finland, June 1964. Amended by the 29th WMA Assembly, Tokyo, Japan, October 1975; 35th WMA Assembly, Venice, Italy, October 1983; 41st WMA Assembly, Hong Kong; and the 48th WMA Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996.
5. Konvencija za varstvo človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine: Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino. Svet Evrope, Strasbourg, Francija, december 1996, Oviedo, Španija, april 1997.
6. Draft Protocol on biomedical research, to the Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. CDBI-CO-GT2 (98) 4 Revised 2. Strasbourg: Council of Europe, Steering Committee on Bioethics, 1998: 1-12
7. Povl Riis. Ethical review of biomedical research in Europe: Suggestions for best national practices. Council of Europe, CDBI-CO-GT2 (98) 3 Revised 1, Strasbourg: Council of Europe, Steering Committee on Bioethics, 1998: 1-21.
8. Guidelines on the practice of ethics committees in medical research involving human subjects. Third edition. London: Royal College of Physicians, 1996.
9. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS), in collaboration with the World Health Organization (WHO), 1993.
10. International guidelines for ethical review of epidemiological studies. Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS), Geneva 1991.
11. Guidelines and recommendations for European ethics committees. European Forum for Good Clinical Practice (Associate Member, CIOMS). Revised edition, 1997: 1-20.
12. MRC guidelines for good practice in clinical trials. London: Medical Research Council, 1998: 1-47.
13. Venables S. Survey of the procedures for ethical review in the Council of Europe member states. CDBI-CO-GT2(98) 1. Strasbourg: Council of Europe, Steering Committee on Bioethics, 1998: 1-34.
14. International conference on harmonisation of technical requirements for the registration of pharmaceuticals for human use (ICH). Guideline for guidance on good clinical practice (CPMP/ICH/135/95), 1 May 1996.
15. Proposal for a European Parliament and Council Directive on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use (COM[97] 369 final - 97/0197 COD).

Nekrologi

PROFESORJU LAVRIČU V SLOVO

Martin Janko

Profesor Anton Lavrič je bil rojen 26. januarja 1921 na Dunaju. Po končani gimnaziji v Ljubljani je študij medicine začel v Zagrebu, končal pa po vojni leta 1949 v Ljubljani.

Takoj se je zaposlil na takratnih Kliničnih bolnišnicah na Nevrološki kliniki.

Po specializaciji iz nevropsihiatrije je opravil specialistični izpit 1. 7. 1955, zatem pa je postal asistent na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Leta 1957 je za tri mesece odšel na dodatno izpopolnjevanje iz nevroradiologije v Lyon, zatem za enako dobo leta 1963 v Stockholm ter za en mesec na Češko v Prago. V inozemstvu se je kot prvi Slovenec izobrazil za nevroradiologijo, in to je bila njegova dodatna stroka v času, ko še nismo imeli radiologije s področja nevrologije. Bil je torej nekaj let naš prvi nevroradiolog. Poleg te dejavnosti je bil tudi izvrsten klinični nevrolog, ki je hkrati učil tudi študente.



Že tedaj je sodeloval s takratnim laboratorijem za klinično nevrofiziologijo in ko je malo kasneje na novo ustanovljeni Inštitut za klinično nevrofiziologijo ostal brez vodstva, je postal direktor te ustanove.

Inštitut je vodil v letih od 1974 do leta 1983, ko je postal svetnik na tej ustanovi do svoje upokojitve.

Ko je nenadoma umrl prof. Kartin, je prevzel predstojništvo na Katedri za nevrologijo, ki jo je vzorno vodil do upokojitve. Njegova pedagoška kariera je bila klasična, tako da je bil na vsakem mestu kar po nekaj let: asistent je postal leta 1959, docent leta 1967, izredni profesor leta 1978, redni profesor pa je postal leta 1983; katedro je vodil že kot izredni profesor, vodenje pa je zaključil z odhodom v pokoj.

Kot asistenta smo ga takratni medicinci naprosili, da nam je skupaj z docentom Žižo napisal sedaj vsem dobro poznano Nevrološko preiskavo. Doživela je tri predelave in ko smo pri zadnji želeli knjižico poimenovati po njem, ni pristal na to. Skromnost je bila ena od mnogih njegovih vrlin.

Profesor Lavrič je ves čas predaval nevrologijo za medicince: sprva le splošno nevrologijo oziroma nevrološko propedeutiko, ves čas, prav do svoje upokojitve je tudi vodil vaje za medicince. Nekaj let je predaval in izpraševal nevrologijo tudi študente stomatologije, kratko dobo pa je predaval še nevrologijo za psihologe. Študenti so ga spoštovali, saj je slovel po svoji poštenosti. Bil pa je tudi strog, vendar izredno pravičen.

Lahko rečemo, da se je nevrologija strokovno močno okrepila prav po njegovi zaslugi: sam je bil zelo solidno in široko izobražen, in to je v veliki meri posredoval tudi vsem sodelavcem. Vcepil nam je tiste osnove, ki so za klinično nevrologijo ključnega pomena. To pa je obvladovanje morfoloških strok, močno je poudarjal tudi poznavanje fiziologije, seveda pa nam je znal povedati in pokazati, kaj je dobra klinična praksa.

Do bolnikov je bil kljub navidezni robotosti topel in človeški, tako da še sedaj njegovi bolniki sprašujejo po njem in ga pozdravljajo.

Kljub svojim številnim obremenitvam je delal tudi nekaj let kot nevrolog v Kopru, nekaj let v Trbovljah ter vsa leta v Bolnišnici dr. Petra Držaja. Kot nevroradiolog-konzultant je sodeloval z nevrološkim oddelkom za pediatrijo.

Bil je tudi član številnih združenj in sekcij. Poleg mnogih strokovnih dejavnosti pa je imel tudi številne konjičke, ki se jim je posvetil z vsem svojim žarom. Tako je bil poznan filatelist, predvsem zbiralec različnih slovenskih poštних žigov. Ukvarjal se je tudi s sadjarstvom in z ribolovom na morju. Dejavnosti v prostem času je gojil z veliko ljubeznijo in na svojih področjih postal pravi ekspert.

Bila sva sodelavca. Pa še mnogo več. Bila sva prijatelja. Često sva delala načrte za prihodnost prav v čolnu na ribolovu. In prav v čolnu na ribolovu je umrl. Zanj lepo – pa toliko težje za vse, ki smo ga imeli radi.

Zanimivo je vedeti

PISATELJSKO DELO
PRIM. DR. JOŽETA FELCA

I

Jože Drinovec, Anton Prijatelj

O kolegu prim. dr. Jožetu Felcu in njegovem predvsem pisateljskem delu smo v Domu slovenskih zdravnikov spregovorili v februarju 1998. Širša slovenska javnost ga pozna kot pisatelja, strokovna kot psihiatra.

V treh nadaljevanjih bomo v ZV predstavili značilne odlomke iz njegovih literarnih del, hkrati z življenjepisom, seznama objavljenih del in aktualnim pogovorom. Literarna dela bomo skromno popestrili z izbranimi umetniškimi ilustracijami.

Prim. Jože Felc, dr. med. Vsi vemo, da je zdravnik. Poznamo pa ga predvsem kot pisatelja. Najdemo ga tudi v knjigi Sto slovenskih pisateljev, kamor ga je uvrstila prof. dr. Helga Glušič. Tudi danes smo se v tako lepem številu zbrali na predstavitvi njegovih pred kratkim izdanih del.

Prim. Jože Felc, dr. med., je do sedaj izdal kar enajst knjig. Rodil se je 26. marca 1941 v rudarski družini v Spodnji Idriji. Osnovno šolo je končal v Spodnji Idriji 1952, gimnazijo v Idriji 1960, medicinsko fakulteto 1966 v Ljubljani. Specializiral je nevropsihiatrijo na klinikah v Ljubljani. Zaposlil se je v Psihiatrični bolnišnici v Idriji 1967. Od tedaj neprekinjeno dela in živi v Psihiatrični bolnišnici trideset let. Petindvajset let je predstojnik ustanove. V tem času se je Psihiatrična bolnišnica v Idriji spremenila v polivalentno ustanovo. Število pacientov se je zmanjšalo od 450 na 215. Njegove zamisli so bile tudi organizacija psihiatrične izvenbolnišnične dejavnosti na Primorskem. V njegovem času so se razprla ali povsem odprla vrata ustanove. O tem govore tudi nekatere njegove knjige (Osamelci, Prošnji dnevi, številni zapisi v medijih, poleg tega tudi letna poročila ustanove). Vseskozi je publicistično deloval. Napisal je stotine poljudnih in strokovnih člankov ter jih objavljajl praktično v vseh slovenskih medijih. Je glavni urednik slovenske psi-



hiatrične revije Viceversa. Od leta 1987 ima naziv primarij. Leta 1990 mu je Univerzitetna psihiatrična klinika in psihiatrična sekcija Slovenskega zdravniškega društva izročila Priznanje za vrsto let uspešnega sodelovanja na področju psihiatrije in za nesebično pomoč bolnikom v duševnih stiskah. Leta 1966 je dobil Zahvalo za dobro, plemenito in človekoljubno delo. V Psihiatrični bolnišnici v Idriji je od leta 1973 častni predsednik Združenja terapevtske skupnosti. Psihiatrična bolnišnica v Idriji je prva v Sloveniji ukinila nekatere vprašljive oblike biološkega zdravljenja (elektrošok). Prim. dr. Felc je član Razširjenega republiškega Stokovnega kolegija. Petindvajset let je zaprisežen sodni izvedenec in v tem času je izdelal nad 850 sodnoizvedenskih ekspertiz, zbranih v petnajstih knjigah.

Svojo literarno pot je začel že kot enajstletni osnovnošolec s pesmico Pticek, ki je bila objavljena v Družini. Nadaljeval je z objavami v Mladih potih, Idrijskih razgledih. V šestdesetih letih je urejal idrijsko revijo Kaplje. Oblast je poskrbela, da revija ni mogla več izhajati. Ob dvajsetletnici ukinitve Kapelj je v Felčevi redakciji izšel zbornik Kaplje 20 let pozneje.

Do sedaj je izdal 11 knjig. Prva zbirka novel Dobro jutro, svoboda je izšla že leta 1971. Napisal jo je kot dijak idrijske gimnazije. Sledili so leta 1974 Osamelci, knjiga o življenju v »bolnišnici na griču«, njenih stanovalcih, tako bolnikih kot zdravnikih. Roman Rimska cesta je izšel po daljšem presledku leta 1986 in govori o emigrantu, ki se je vrnil v domovino in opazoval in kritično presojal spremembe v tem času. Leta 1991 je izšla zbirka novel V znamenju lipicanca, v kateri je prepletal svoja doživetja kot zdravnik–psihiater s portreti ljudi. Duša imena je izšla istega leta (1991) in je v bistvu saga o življenju mesta Idrije in ljudi v njem. V zbirki novel z naslovom Dom mojega doma razkriva različna človekova mejna stanja. Roman Radost poslednjih ur iz leta 1994 je v bistvu vojni roman, ki govori o usodi Mirsade, ljubljanske študentke arhitekture, begunke ob nesrečni vojni v Bosni. V romanu Oblast in Venera se zopet vrne v svoje rodno mesto in opisuje zgodbe in usode ljudi tudi na bolj humorističen način. Roman Oblast in Venera je izšel leta 1995.

Preklic obsednega stanja, Prošnji dnevi in Divje jezero ali Življenje in smrt Lepe Vide. Preklic obsednega stanja (1996) je roman ali kot ga tudi imenujejo sodobna ljubezenska zgodba, ki se dogaja v Sloveniji v burnih zgodovinskih časih v letu 1989. Fabula je ljubezenska zgodba med mladim studentom in prikupno Flamko Rito, ki v bistvu beži z Zahoda. Zgodba je v bistvu dogajanje med dvema, katerih eden beži iz Evrope, drugi pa želi vanjo. Psihiatrovi zapisi od adventa 1992 do velike noči 1993 z naslovom Prošnji dnevi (1996) so po avtorjevem mnenju »zapisi, kjer želi avtor skozi psihiatrovo optiko doumevati tragičnost sveta na eni in veličastne intime (duše, Boga) na drugi strani«. Zadnja knjiga Divje jezero ali Življenje in smrt Lepe Vide je izšla konec leta 1997. Avtor v prologu zapiše: »Ne vem, ali me je k pisanju o Lepi Vidi prisilila njena navzočnost v meni ali moja v njej. Bili so dnevi, leta in stoletja, ko me je ženska obsedala od jutra do večera. Enkrat se mi je predstavljala z lepoto letnih časov, drugič kot skrivnostna pravljica o oseba, tretjič kot važna predstava moje, narodove in celo človeške različnosti.«

V pripravi ima dr. Felc še dve deli: Luna v krošnji in Enajsta božja zapoved.

O sebi je v Primorskih novicah zapisal: »Najbrž sem eden redkih v nogah hromih popotnikov in eden redkih pisateljev, ki ne morejo sami zapisovati.«

Prim. dr. Felc je bil leta 1960 označen kot »človek z diagnozo« in mu je bilo kot takemu odsvetovano študirati na Medicinski fakulteti, kajti »njegova patologija« naj bi bila nezdržljiva z delom zdravnika. Postal je uspešen in znan zdravnik, petnajst let uporablja invalidski voziček in ni utesnen, njegov duh potuje, njegov um ustvarja.

Odlomki iz knjige »Osamelci«

Dolg, opuščen hodnik vojašnice je kot jalov rudarski rov, v katerem počivajo nekoč pomembne stvari človekovega snovanja, ki se je kasneje izživelo v drugačen smisel in red, kot si ga zamišljajo zdajšnji ljudje. Tihožitje odsluženih in odvrženih stvari in prostora ne potrebuje ne toplote ne mraza ne čiščenja ne pomilovanja. Svetlobe in teme je vedno prav za ta skrivnostna prebivališča.

Taki so dolgi hodniki vojašnic, ki se na enem koncu zavrtno približajo dnevu, na drugem pa se razčlenijo v prostorčke, v katerih se na vlažnih odpadkih bohotijo plesen in glive. Te stvari in predmete ter njihov prostor kdaj obiščejo vsega siti in naveličani zablodeli otroci. In po takih, od staršev prepovedanih obiskov vojašnice so otroci modrejši – manj otroci, bolj vojaki. V njih odtlej začne rovariti občutek moči, sle po obvladovanju in... zavest smrti – zadeve torej, ki so bolj lastne odraslim ljudem.

Čas prevrednoten in vsakovrstnih odpadkov, predvsem pa vseobvladujoče pameti, preračunavanja in statistike se je nazadnje namenil izmeriti ter oceniti tudi na videz sumljivi smisel kasarniških mrakov, žitja v opustelih dolgih hodnikih vojašnice, iz katerih so se – nihče več prav ne pomni, kdaj je bilo to – v smrt ali v zmagi preselili vojaki.

V dolg hodnik – rov – so posvetile luči; z lopatami in ognjem so se ljudje lötli tihožitja. Prebelili so stene, polovili podgane in drugo golazen, ki se je pred svetlobo in svežim zrakom poskrila po kotih. Kasarno so dokončno osvobodili in ji s svojo besedo odvzeli umirajoči glas. Premerili so jo in ji dali ime, ki ga morajo imeti prostori, kjer naj prebivajo ljudje. Kasarna, njeni prej opusteli rovi in koti, se je v človeško zavest prithotapila kot samosvoja dobrina, ki jo je v življenje spet priklical k vsemu dobremu in plemenitemu naravnani duh. Med tolikerkimi drugimi vrednotami je kot iz magme rasla zelena stavba s svojimi svetlimi, toplimi in zračnimi prostori.

Ljudje, ki so kaj dali na stari čas, so s pomisleki, vendar z dobrohotnostjo pozabljali trpkost ogroženost, ki se je v njihovo čast in ponos nekoč širila iz kasarne. Zato so se spraševali, kaj naj bi s temi vojaško-samostanskimi širjavami sploh počeli. Drugi so menili, da bi si bilo nemara dobro izmisliti v zvezi s kasarno kakšno posebnost, ki bi ljudem tod prinašala denar – tega v teh časih nikdar ni preveč. Spet tretji so rekli, da naj se v lepe, visoke, kockaste sobe z velikimi okni naselijo stari, onemogli in zapuščeni ljudje, ki naveličani vsega na čudaške načine ali pa presenetljivo brezbrizno čakajo svojo poslednjo uro.

Ker pa nobena stvar, na katero kdaj pomisli človek, ni odtlej več čisto samo svoja – duh in njegova roka se je slej ko prej polotita zares, jo spreminjata, preoblikujeta, na poseben način osmišljata, jo drugačita in jo tako vklepata v svoj red in postavo – zato je tudi kasarna dozorevala v svoj novi namen in voljo.

Izza ovinka so se vzeli avtomobili – bilo jih je za cel transport – v katerih so bili natačeni ljudje, kakršnih meščani še svoj dan niso videli. Zato so se jih nekateri malo bali, saj so bili prišleki mrki, nekateri prestrašeni, drugi divji, kateri izmed njih pa je bil malo iznakažen. Iz transporta so se vsuli kot čreda kaznjencev, ki ni vajena vdihavati tako velikih količin bistrega hrilovskega zraka, še manj pa se razpotegniti v širjavo, ki sama po sebi prebujala občutek prostosti.

Raztepli so se po kasarniških sobanah in v razsvetljene prostore prinesli nekakšno predrugačeno skrivnost, nerazumljeni red in - nekateri so tako videli - čudno vnemo, na trenutke posurovelo voljo po preživetju.

Še pred prihodom transporta so veliko kasarniško poslopje obmrežili in ga na poseben način zakovali v podobo nepremagljivega časa, ki ga ždi s trnjem obrasli grad; grad, ki nedolžnim deklicam zapira dolge, predolge noči, da se ne morejo in ne morejo razpreti v svetlo čud jutra.

S tem so že skoraj spet udomačeni hiši odvzeli veliko jasnosti, na poseben način so jo kot po stvariteljskem preudarku novič povrnili v temačno nedoločnost, ki je tej hiši pri nekaterih dvigala, pri drugih pa zniževala ceno. S svojimi čudnimi, da ne zapišem mrkimi ljudmi, je ta hiša za meščane postala spet tajinstven, nepriljubljen, za nekatere sanjski, varen, a preklet kraj, kjer zabloda tepta dobro misel in sanje ter je torej na telesu sončnega življenja senčni tvor, ki ga z zdravo pametjo ni moč do konca doumeti in do kakršnegakoli smisla dosanjati.

Hiša s svojimi novimi ljudmi je počasi spet postala v meščanovi zavesti skrivnostno prebivališče, ki buri domišljijo, ker najbrž živi nespametno življenje.

Iz podstrešnih oken kdaj ponoči prepara tišino glas. Ob mreži se vsak dan proti dopoldnevu po neznanih namerah pomika karavana in drug kot kasarne. Dolgo v noč so nekatera okna razsvetljena. Mogoče je za njimi smrtna martra, si misli gladek meščan. Mogoče se ljudje v hiši med seboj sovražijo, si pravi popotnik, oprezno gredoč mimo kamnite sohe v dolino. Med njimi lahko divja krvava rihta. Za zamreženim oknom je zakleti princ, ki ga lahko otme le moja sanja. Po dolgih hodnikih hodijo; ali so polni sovraštva ali vdanosti? Ali kam gredo ti ljudje, je njihov namen dospeti kam iz zamreženega kolosa?

Tisti, ki so bili kdaj tam, tisti, ki poznajo čas v skrivnost zavitega prostora, vedo povedati, da tudi ta prebivališča vodi modra pamet, razsoja. Vedo povedati, da se v gradu živi po redu, ki ga sicer določajo trpljenje, bolezen, nesreča, da pa je v njem vsekakor tudi dosti veselih in srečnih ljudi. Nemara več kot v mestu, so rekli pikreži; in več razuma je v gradu kot v občinski upravi, so dejali tisti, ki so vedno z vsem nezadovoljni. Bomo šli vprašat v kasarno, so se šalili nekateri, kadar se kdo od odgovornih ni mogel odločiti. Ti si za tja gor, so se muzali ljudje in se ozirali h kasarni, če se je kdo preveč obračal po vetru svojega srca, ne da bi prisluhnil prigovorom lastne pameti, predvsem pa presoji ljudi, ki so v majhnem kraju poklicani, da poleg svojih rešujejo tudi zadeve drugih.

Nasprotno pa se tako imenovani grajski prebivalci niso prav nič zanimali za kraj, kamor so jih bili pripeljali ljudje v belem. Vedli so se tako, kot da so prišli v znano hišo, domov, kot da so ti na novo posajeni vrtovi od zmeraj negovani zanje in ti beli ljudje njihovi sopotniki od bogve kdaj.

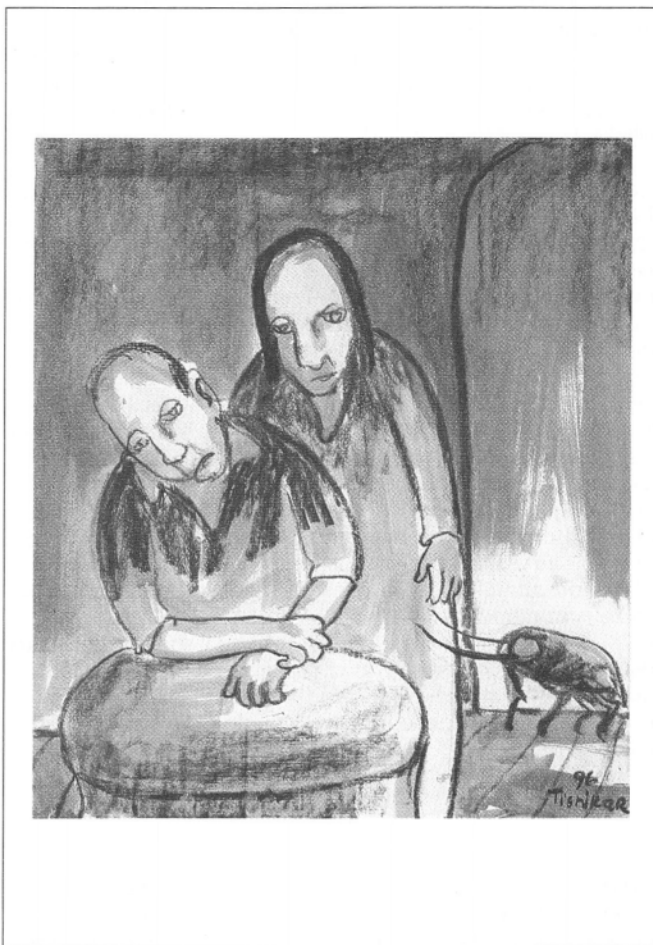
In tako sta se začudenost na eni in samoumevnost na drugi strani parili v nekakšen normalen odnos dveh znanih ljudi, ki sta sicer sosed, se dobro poznata, ki pa ne zahtevata drug od drugega ničesar, samo mir.

Mir pa se med ljudmi razpenja le, če se ljubijo ali če domujejo zelo narazen.

Meščani in grajski, oziroma kasarniški prebivalci so živeli v miru zato, ker so se slabo poznali; čeprav blizu drug drugega, so živeli blazno narazen.

Tu pa tam je že prišlo do drobnih zadreg ali prav takih zoprnanj, ki so nekoliko razvalovile modri tolmun sožitja. Kakšnemu prebivalcu gradu so namreč kdaj razprli debela, toga, okovana vrata, da se je spustil dol do mesta, da bi si nakupil bonbonov ali pomolil v mestni cerkvi. Kdo ve česa so prosili Boga grajski ljudje.

Postave, sence iz gradu, so se meščanom legitimirale s svojo uniformo, še bolj pa z oglati držo in hojo, ali pa tudi s srčnim smehom.



Med drobne pomote bi prišleli dogodek na božično noč, ko se je iz kasarne dol po hribu privarilo k polnočni maši dosti sivih senc, ki so posedle med svečane, kot spolitirane meščane. Med njimi je bila nekakšen vodja Marjana, malo ostarela, versko pa prehudo navdahnjena Poljakinja. Živela je bolj od božjega glasu kot od kruha, ki ga je bilo v gradu vedno dovolj. Za kruh in božji glas - stvari torej, ki človeku omogočajo preživeti - je že poskrbel gospod ravnatelj. Ta je pravzaprav v kasarno tudi pripeljal skrivnostni trop. Ravnatelj, visokorasel, tih, v obraz in postavo tajinstven mož, po poklicu zdravnik, je s svojo modro besedo in dobrimi odločitvami varoval svojo čredo, z izbranim molkom je krepil njeno pravo veljavo in jo branil z dostojanstvenim ukrepanjem pred nasiljem, v katero se navadno zapredejo ljudje, ki mogoče vidijo nevarnost za vsakim vogalom ali se s posebno vnemo posvečajo samim sebi, tako da so gotovo nevarni in se jih je bolje izogibati, ker... človek nikdar ne ve... Gospod ravnatelj je bil ljudem gori v kasarni, in v mestu tudi, dober, večnega življenja vreden mož.

Polnočnica. Ko so utihnile orgle in so gospod dekan še zadnjič poblagoslovili ovčice - te naj bi se tedaj tudi začele razhajati v svoje pobeljene hišice - se je v stolu vzdignila Marjana in z gromkim glasom ustavila množico.

- Še en očenaš za ravnatelja psihiatrične bolnišnice, je napovedala.

Med ljudmi je pošumelo, vsem je zastal korak, spet so bili zbujeni; z »daj nam danes naš vsakdanji kruh...« so končali mašo tako, kot si je bila zamislila Marjana.

Ni znano, če je bilo to ravnatelju všeč; mislim, kar vidim ga, da se je nasmehnil, ko je zvedel za ta božji glas in si mislil pri vsej stvari svoje. Ne upam si domišljati, kaj si je rekel. Tudi gospod dekan se je nasmehnil, nekatere še bolj pobožne žen-

ske, kot je bila Poljakinja Marjana, pa so se ob tem neznanško zgražale in se pohujševale. Toda gospod Bog, če je molitev slišal, je gotovo naslednje dni in morda vse čase v kasarni-gradu bolj uresničeval veliko, neuresničljivo idejo – mir ljudem na zemlji, ki so ob blage volje – kot bi jo bil, če glas verne Poljakinje ne bi bil priplul do njega.

Modri tolmun miru med »mestnimi« in »grajskimi« se je usodnejše zamajal tedaj, ko so iz reke potegnili mladega človeka, oblečenega v uniformo, kakršno so nosili »grajski«.

– Naš je, je rekel gospod ravnatelj, ko se je s ceste z očmi pognal v brezno, ki ga na vijugah izdolbe reka in kdaj zavrtin-či vase koga tistih, ki menijo, da iz njihovega hodnika ni nobenega izhoda na odrešujoči zrak. Mladeniča so potegnili iz vode, pogledali v tla, se za hip zresnili, potem pa dalje živeli vsak po svoje.

Pomladno zelena hiša – kasarna, grad – je sivela.

Bolj ko je sivela, bolj se je odpirala ljudem, ki so po taki drugi načini morali stopati vanjo ali jo zapuščati. S tem se je nekoliko reševala svoje skrivnostne čudi in se spreobračala v prostor, kjer živi ali naj bi vsaj živel upanje. Polnila se je z novimi ljudmi, ki so ob prejšnjih, prvotnih prebivalcih razvijali zavest ali vsaj predstavo, da v kasarni ne odteka življenje v nič in noč, ampak v čas in prostor nekakšnih teže razumljivih želja in namenov.

Gospod ravnatelj in drugi ljudje v belem so postajali tako veljavnejši. Njihovi oskrbovanci, pacienti, pa razumljivejši. Nekateri so postajali meščani – podomačenci.

Le v primitivnih in nevednežih so še tleli pomisleki in strahovi.

* * *

Kadar sem utrujen in ne vem ne kod ne kam, se kot vsi ljudje uležem na hrbet in preišlujem o dobrih starih časih. O tistih, ko sem se odločal priti sem, v kasarno, v grad, »na grič«. Kako je bilo tedaj vse drugače, kako sem se takrat nebogljeno trudil, da bi spregovoril s tistimi ljudmi. Le nekaj jih je še ostalo takih, drugi so nekam odšli, ali pa so se nekateri tudi vrnili v kraj svojega otroštva. Nekaj jih je ostalo, starih, in nekaj jih kljub naši terapevtski vnemi še vedno ostaja tako samozagledanih, da jih »normalni svet« ne bo sprejel več medse.

Premišlujem o tem, če je pošteno spoprijemati se z njihovimi »napačnimi predstavami« o svetu in samem sebi, če jih je dobro ponižati v vsega oskubeni svet njihove prave resničnosti, ki ga res ni mogoče preklicati z ničimer drugim kot z lažjo ali pa s psihozo. Pripovedovati nerazumljivo, in to s pripomočki, psihofarmaki, šoki, je dvorezen nož, ki reže tudi tistega, ki ga uporablja.

Ali je to res? utrujen dvomim o resnici, ki mi jo dopovedujeta preprosto sklepanje in skušnja. Ali je koristno, da delam, kar delam? se sprašujem ob galeriji tolikerih, ki jim sploh nisem nič pomagal, čeprav so se vdano zgrinjali k meni; da, nekaterim sem bil, psihiater, poslednje upanje. Ko se zdvomili še o moji moči, so se odločili in prostovoljno izstopili iz karavane, misleč, da oaze sploh ni moč doseči. Tako kot jih je rodilo, jih je tudi požrlo suho sonce. Toda ali je oaza?! sem še bolj sam s seboj, osamelec nad breznom. Je, če jo imaš v predstavi; hladen gejzir, ki poji pesek, da iz njega klijajo trave in drevesa za senco. In predstava, iluzija – je sploh smiselno še verjeti vanjo, ko si že zdvomil o nji, ko si zgrožen nad seboj in stvarmi sveta dovolil pameti, da ti je povedala, da je to... da je to, prijateljček, čisto navadna fata morgana, pojav, ki ga je sposobna razložiti znanost? me dalje muči utrujenost.

Saj pravzaprav spim, si pravim. Sanjam. Na nobeno vprašanje ne znam več odgovoriti, vsi dokazi o smislu in protismislu so postali tako ohlapni, tako nejasni in nedorečeni. Vsi ljudje na oni strani so mi sovražni. Moram sam, vse bom opravil sam.

Telo se napenja v vzdih, da bi se že naslednji trenutek z osrečujočim izdihom izreklo za sprijaznjenost s svetom.

Živim!

Dalje. Iz utrujenosti in odpočivanja kar naprej na star način izpolnjevati dolžnosti, tešiti druge in sam sebe.

In vendar korak naprej.

Ne! dvomim.

Dvomljivec sem, zato sit samega sebe. Vse mi morajo priznati drugi, sam se ne upam pohvaliti, si povedati, da sem kljub telesnemu propadanju duhovno močnejši, kot sem bil včeraj; da sem danes vrednejši kot včeraj tudi zato, ker znam, zmorem ljudi včasih pripeljati do samospoznanja, ne da bi jim predpisal eno samo tabletko; tega včeraj nisem znal, celo dvomil sem, da je kaj takega mogoče. Beseda je vendar konj. Tudi zato sem vrednejši, ker bolj kot kdaj doslej vem za meje svojih duhovnih in telesnih zmognosti; ne divjam več brezglavo v nadčloveške napore, da bi sebi in drugim dokazoval zmoto sklepanja o pešanju. Dopovedoval sem si, da si je predvidevanje o tem, o tem nepreklicnem pešanju, pač izmislila nekakšna znanost, ki red stvari preprosto izračunava. Še sedaj nisem čisto prepričan, da ni tako. Z znanostjo si pri svojih bolnikih res ne morem veliko pomagati, še manj pa si z njo pomagam pri samem sebi. Vse je drugačno od tistega, kar sem prebral, nikjer se moji primeri, in moj primer še posebej, ne prekrijejo s tistim, kar je o teh stvarih zapisano v medicinskih učbenikih in leksikonih.

Znanost, ti je moč verjeti, ti je moč slediti?

Potreboval bi psihiatra, psihoterapevta, da bi mi očistil ali mi določil kanale za čustveno izživetje. Da bi me pripeljal do katarze, da bi desimboliziral utvare in me postavil iz obličja v obličje s svetom, v pristen, neiluzionistično skrivljen odnos. Kaj si bodo še izmislili ljudje!?

Tako živimo v svetu spremenljivih resnic in vrednot, utrujeni od predmetov in potešenih želja. Drug drugemu prelagamo z ramen na ramena dolžnost odreševalca, vendar vsak odpoje, nihče nima moči, da bi človeka vrnil človeku. Pesniki so že zapisali, glasbeniki so že uglasbili, slikarji so že naslikali to strašno usojenost. Življenje pa gre svojo pot. Če bi moje razsodbe nihče napačno ne razlagal – strah je prevzel človeka – bi jasno in glasno povedal, ljudje, ni se spremenila umobolnica v kraj, v mesto, mesto se je spremenilo v umobolnico. Toda to bi bila provokacija. Naj jo uporabim le za izživetje intime, za komično sprostitvev, za nasmešek stvarim, s katerimi sem primoran prebivati v dialektičnem soglasju.

Če razpravljam resno, za poslušalstvo, za družbeno zavest, rečem: Psihiatrične bolnišnice, nekoč ustanove na robu, odri-njene v opuščene kasarne in gradove, so se spremenile v ustanove posebnega družbenega pomena. Imamo terapevtska sredstva, zdravila, metode, s katerimi zazdravimo skoraj vse težje primere. Več preglavic nam res povzročajo nevrot-ske motnje, alkoholizem, psihoreaktivna stanja, ki jih razumemo tudi kot prilastek hitro naraščajočega standarda. Tega ne spremlja ustrezna duhovna nadgradnja.

Pogledam okrog sebe in nadaljujem: Materialne dobrine so do tolikšne stopnje obsedle človeka, da sploh ne vprašuje po ceni, ki jo mora plačati za velikokrat prazno ugodje. In v tej ceni je vračunano nemalokrat tudi načeto duševno zdravje. Osel, romantik, slišim odgovore v očeh, postanem zmernejši, pa skoraj otročje naiven, vsakdanji, zato za poslušalce še bolj neprepričljiv.

Ni vrag, da se ne bi kaj zboljšalo, človek je pač svoje sreče kovač in moramo mu pomagati.

Kam si zlezal, se slišim. Nehaj! mi veleva notranji glas, ne vidiš, da vsi zehajo, da so te siti, naveličani.

Zaključil bom! Vseeno nadaljujem. Dobro je, da poleg blaginje gledamo tudi na človekovo duševno zdravje, ki ga prav blaginja tako nesrečno načinja in krotoviči.

Tako se vrnem v svojo bolnišnico, da bi delal, študiral in organiziral, da bi vrednotil opravljano delo, se pogovarjal z bolni-

ki in sodelavci, se pogajal o ceni naših storitev in poslušal od dovolj avtoritativnih predstavnikov družbene zavesti puhlice o tem, da je onstran meje, v Trstu, profesor Basaglia, eden vodilnih predstavnikov antipsihiatrije v Evropi, že razpustil svojo kliniko, ker psihičnih bolezni razen v predstavi psihiatrov praktično sploh ni, oziroma so take bolezni, če že tu pa tam obstajajo, rezultat skrajno zaostrenih družbenih naspotij.

To v zvezi z Basaglio slišim kot očitek, češ ali se pri nas nič ne misli na to.

Jezen z očmi merim predolgi hodnik kasarne, ki ga z nobeno lučjo ni moč tako razsvetliti, da ne bi v človeku zbujal tesnobe. Dvigam oči v strop - morali smo ga temno prebarvati, da bi ga tako v videnju ljudi nekoliko znižali, da ljudje pod njim ne bi videli strašljive praznine, ki se razpne med njihovimi glavami in previsoko belino na stropu kasarne. Tudi sam sem se nemara zgubil v katakombah. To so taki prostori - že grajeni so tako - da naj bi v njih ljudje, vojaki, stanovali začasno. V njih naj bi se pripravili za kaj velikega - za zmago ali za smrt.

Ti prostori silijo človeka k razmišljanju, vase, v prijaznejše celice svojega srca. Kasarne so mogoče namenoma grajene tako, da v človeku bude občutek osamljenosti, ogroženosti, strahu, da postane skoraj psihotičen.

Prestrašen, osamljen in ogrožen človek se je bolj pripravljen spoprijemati s pravimi ali namišljenimi sovražniki, kljub vsemu razglabljam dalje. Mimo mene pa lezejo sence »mojih ljudi« in me odsotno pozdravljajo - tako, kot se ogovarjajo med sabo. Imajo me čisto za svojega. Tu pa tam me kot blisk presvetli prevratniška ideja, utrjana prav iz puhlic o neprimernosti, neustreznosti, celo o nevarnosti teh stvari, ki jo razširjajo antipsihiatri, Basaglia.

Kadar človeka obvladuje dvom, postanejo njegove lastne misli in čustva njegov največji sovražnik. Vlečejo ga v razpad, ne da bi se jim mogel kakorkoli uspešno postaviti po robu.

Pomisel, da bi moral od tod, ker je ta hodnik preteman, ker senc, ki lezejo mimo mene, vendarle ne znam oživetiti v vojaške, ki so se sposobni z upanjem na zmago pognati na juriš, me ne miri.

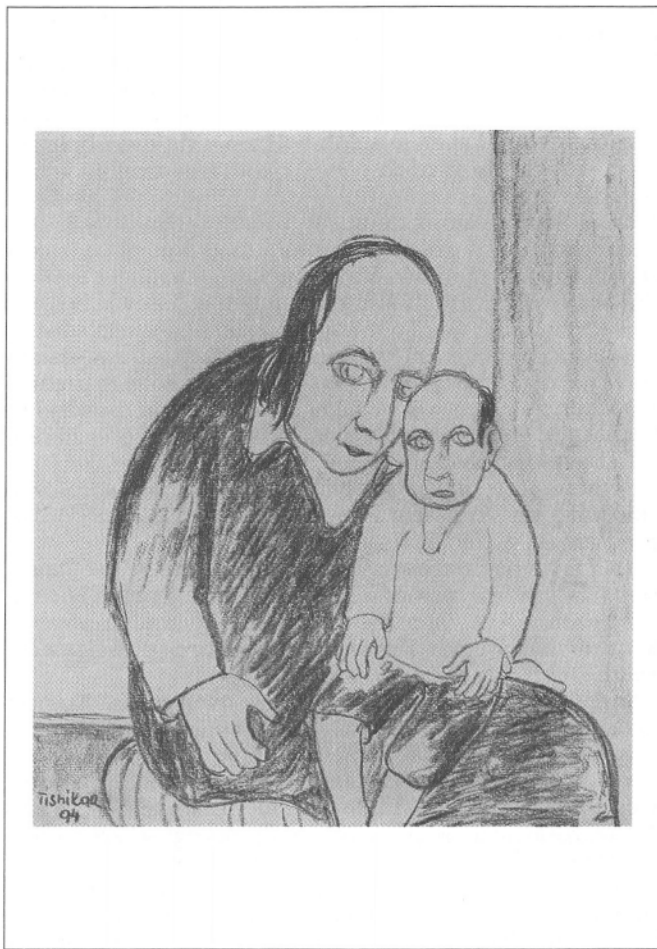
Ravno narobe, saj je ta prostor, vklet v moreče brezčasje, predlansko leto vendar zbudil nekaj na videz že v svoj prostor vdanih senc v poslednjo moč, v odločitev...

Ne bi smel živeti tukaj, pretežak zrak je, tudi zatohel, in Štembilije, ki gori na kroničnem oddelku, pod streho, razpolagajo z usodami vseh prebivalcev te hiše, imajo tudi zame krut in zavraten načrt. Kaj bi se prepričeval, da ni tako, kaj bi verjel, da je znanost že vsemu na sledi, saj vendar te stvari nimajo pravih sobojevnikov, takih, ki bi z njimi enakopravno prekrizali meče. Kaj pravzaprav tukaj iščem, se bratim s sencami. Ta pot ne vodi nikamor. Utrudil si se na njej, zato ne vidiš dalje, počij, spoglej se z zvezdami, ki mežikajo na vzhodni odprtini rova, izljubi se, napij se! mi govori mladeničev glas.

Ali me je prevaral ta mladenič, ko me je pripeljal sem - v kasarno, v grad, v samostan.

Ne moreš proč, slišim, zavezo bi prelomil, pljunil bi na posvečenje. Če bi šel proč, bi bil do konca nesrečnejši, kot si ta trenutek. To je trpljenje ljudi, ki jih slutnja lagodnosti sili k prelamljanju zaveze, sklenjene z življenjem, dalje poslušam levi pol svoje sence. In nadaljuje: Odpadniki so najnesrečnejši ljudje, bivši verniki najkrutejši bojevniki z bivšim lastnim bogom - ki vsem odločitvam in prelamljanju navkljub živi v njih svoje morda najvrednejše življenje. Človek ne more nikdar stopiti z vlaka, kamor je bil prepričan kdaj stopil, verujoč, da ga odpelje v raj.

Vem, premislil bom, saj to ni prvič, in dobro veš, dopovedujem drugi polovici, da sem se doslej vedno izvlekel iz oporečnosti samemu sebi v novo radoživost, v moč, ki me je gnala v svež spopad z možnostmi, teh pa je neskončno.



Občutek zaprtih vrat je res izraz človekove načetosti, resne bolezni.

Za nekaj dni bom vseeno zapustil bolnišnico. Šel bom domov in se pogovoril z Brucknerjem in Mahlerjem in se igriral z otroki.

Da le ne bi bilo treba razmišljati o teh stvareh!

* * *

Odkar je bolnišnica tako rekoč odprta, se vanjo stekajo ljudje z različnimi težavami in nameni. Nekateri so bolniki in jih zadržimo na zdravljenju, z drugimi se pogovorimo in gredo potešeni od nas. Žalostno je, da se ljudje še nikdar doslej niso toliko fizično srečevali, hkrati pa bili tako nevarno osamljeni. Ugotovljamo, kolikor tega nismo vedeli že poprej, da je samota, osamljenost, ena najhujših človekovih bolezni, ki ga potare bolj kot lakota, shizofrenija, ali pa kaj drugega, za uho strašnejšega. Nekateri pridejo v psihiatrično bolnišnico, kot da je servisna postaja za vsakovrstne zablode. Tem ne znamo pomagati.

Ni jih tako malo, ki pridejo sem, da bi videli kaj nenavadnega, kaj tistega, kar so gledali ali prebrali v kakšni ameriški shriljivki. K sreči teh ne moremo potešiti, kvečjemu nam kdaj uspe preobraziti njihov interes: od naravnosti k shriljivki k zanimanju za turistične zanimivosti tega dela domovine.

Tu je tako lepo. V gaj so okupatorji postavili kasarno, ki je čez veliko let postala varno zatočišče človekove intime - dobro, plemenito hotenje, vredno zanimanja in občudovanja. Vendar te znamenitosti ne krasita le lepota in posrečeno človekovo dejanje, marveč jo opredeljuje tudi strah.

Dobri in slabi ljudje bodo tukaj vedno malce oprezní, nekateri celo prestrašeni, drugi spet globoko v svojem srcu neza-

vedno srečni, ker so spoznali, da »te stvari« niso tako krute, kot jih zna naslikati človekova fantazija.

Danes je bila v bolnišnici na obisku skupina študentov. Ko sem jih vodil po oddelku in jim razlagal, kaj je duševna bolezen in kakšni so načini zdravljenja, me je neka študentka drzno vprašala, kaj da je sploh bolezen – duševna bolezen. Moja razlaga se ji je zdela preveč okolišava in najbrž je taka tudi bila.

Povedal sem ji najprej definicijo zdrave osebnosti – je tista osebnost, ki se uspešno integrira s časom in prostorom v skladu z njuno zgodovinsko perspektivo. Definicija je ni zadovoljila. Bolj sem jo potešil z razlago, da je duševna bolezen največkrat umik vase. To je kot stanje, ko se povsem soočiš s pesmijo ali z nebom, ali ko postaneš jetnik prostorov, iz katerih ni pravega izhoda na svež zrak, zato si po dolgem prebivanju v njih ne zaželiš več ven, ker si tudi prav predstavljati ne znaš, kaj in kako je zunaj. Neskončna svoboda torej ali prav enaka zaprtost. Kdo bi vedel.

– Se pravi torej, me je z romantičnim nadihom spraševala študentka, da sta pesem in nebo lahko za človeka podobi, predstavi, ki ga ženeta v razkroj.

– Da. Če vas povsem obvladata nebo ali pesem, je to bolezen, sem ji odgovarjal, nerodno se prilagajajoč njenemu načinu.

– Bolezen je torej intenzivno srečanje s stvarmi in pojavi. S kakršnimkoli svetom. Lahko upor. Slepi upor človeka v človeku.

– Seveda. Duševna bolezen je srečanje dveh svetov. Ko pacienta povsem obvlada notranji svet, se umiri. Zunanji konformistični logiki se odpove. Ne potrebuje je, celo breme mu postane. Glejte tisto pacientko v kotu! Ne govori, ne dela, glejte, zdaj se smeje vase... Srečen smeh je to, se vam ne zdi? Mene, zdravnika, ne potrebuje, moji posegi so žal moteče drezanje v njeno očitno samozadostno stanje.

– Vi, psihiater, zdravnik, zakaj pa drezate v njeno rajsko pomirjenost. Naš obisk v psihiatrični bolnišnici je zanimivo srečanje z nekakšno četrto dimenzijo. Ali se vam zdi prav in pošteno, po posegati vanjo s kemikalijami, elektrošoki in jo ne vem s čim še rušite na raven nekakšne vdanosti, ki to je in to ni. Nič več ne razumem. Mislim pa si, da se v tem primeru zbija zlo s silo, klin s klinom, je postala nekam odločna, čeprav se ni dalo sklepati, s kom bi se rada prepirala, ali z mano ali s psihozo.

Tako govori mladost, sem si dejal in jo voljan poslušal, kot človek poslušja pesem, ki je očitno izraz sprtosti pesnika samega s sabo in z nerazumevajočim svetom.

– Kar obračunala bi s tistim, ki bi me nadlegoval, medtem ko se predajam užitkom. Joj, ne zamerite, ubila bi tistega, ki bi me dražil z banalnostmi, medtem ko sem ljubljena.

Lahko bi jo vprašal, kako to mislite, pa so s smehom povedale njene kolegice, zbrane okrog mene, nekakšnega staromodnega predavatelja, pravzaprav pa uradnega vodiča po še ne dobro poznani kraški jami.

Kaj bi jo ustavljal, mlado žensko, naj tiplje svet in si misli svoje.

– Morda pa prav zdaj tista sebi predana bolnica doživlja organizacijsko srečo. Zakaj jo hočete nazaj?

– Lahko bi vam odgovoril, da zato, ker njena samozadostnost ni v harmoniji s časom in prostorom, v skladu z njuno zgodovinsko perspektivo. Pa ste to teorijo že sami porušili, kar banalna je postala, sem ji vsemu navkljub odgovarjal: miren, zaverovan v svoj prav. Sreča ima tisoč obrazov. Moja sreča je tudi nakloniti srečo. To je sreča za veliko ljudi. Skoraj za vse. To je kot medsebojno razdajanje dveh ljudi, ki se ljubita. To pacientko bi rad priklikal k sebi, ker bi ji rad povedal, da mora »to« sprejeti, da bo potem svoje vračala in bo zato srečna. »Dati« pomeni biti srečen.

– Saj ona daje, bi rekla, da imaginarno daje. Popolnoma vseeno je, komu se je v teh hipih predala, katere rože ji dišijo in kateri glas jo miri. Zdi se mi, da smo ji največje breme zdaj mi.

Mi smo prišli motit njen mir, je dekle vztrajalo na ravni poetije.

– Ni vseeno, komu daje! Tudi za vas to ni vseeno. Zanj pa tudi ne. Bivanje ni imaginarna, pač pa zelo konkretna dolžnost. Bivanje je onstran ideologij. Je dolžnost, recimo obveza sama po sebi. Bivanje kot dejanje za vas. Če ni nje, ni vas, ni mene. Njen umik je moja predaja. Zavest o izgubi enega.

– Torej ste zdravnik zase! me je pravzaprav napadala.

Naj se ji predam, sem pomislil.

– Da, tudi zase.

Odšli smo dalje po oddelku.

* * *

Danes je bilo med zdravniki malo napeto. Na trenutke pa tako, da sem med rednim dnevnim sestankom pričakoval izpad. Uspelo je, da smo zadržali grozeč razkol.

Zakaj tako?

Kolegica je po mojem mnenju zagrešila neko organizacijsko napako. Nepomembna stvar. Pa dovolj velika, da je to dopolne zasenčila naše medsebojne dobre odnose. Pa taka, da tudi zvečer še pomislim nanjo.

Naši odnosi so sproščeni. Pogostokrat jih usmerjata zaupanje in skromnost, velikokrat je med nami dosti humorja, največkrat o tistem, kako smo že ali pa bomo vsak čas postali žrtve poklicne zasuknjenosti, prave profesionalne deformacije. Govor je torej o zadevi, ki med ljudmi, ki psihiatrov ne poznajo, pa bi jih mogoče morali, vztrajno kroži, češ oprijelo se jih je nekaj norosti, naj bodo zato tam, med svojimi. Ljudje, opravičljivi, že vedo, bolj ko bi jim psihiatri ugovarjali, bolj bi s tem potrjevali, da je nekaj na stvari.

Prepričan sem, da je s psihiatri kot z drugimi zdravniki in ljudmi drugačnih poklicev. Vsi so enako dojemljivi za zavestno ali podzavestno podrejanje svojemu delu. Odvisno je pravzaprav le od osebnega odnosa do dela; bolj ko je ta tesen, bolj ko je človek delu vdan, večja je njegova telesna in duševna zraslost z njim. Nemara pa so bili psihiatri v preteklosti svojemu zagonetnemu delu najbolj posvečen ceh, tako da je poklicna deformacija pri njih res najpogostejša. Ali pa je problem v njih samih?

Zdravniku je v igri porajanja in umiranja dodeljena posebna vloga. Kot da mu jo daje uganka življenja, ki mu dovoljuje, da lahko sicer poredkoma, a vendarle tu pa tam pogleda vanjo. Celo razpravlja lahko z njo, ji oporeka ter se v imenu vrednote vseh vrednot, življenja, z njo spopada. Zdravniku je kdaj dovoljeno presojsati o stvareh, ki so med bivanjem in smrtjo. Naplavine gorja in nemoči so v vsem tem. Zdravnik je pravzaprav tak, ker ga takega ljudje hočejo. Takšnega potrebujejo. Naj mu upanje bližnjih še tako nerazumljivo odteka izpod rok in presoje, zdravnik ostaja dobra, najboljša možnost za trenutke, ki jih komaj kaj lahko kroji človeška moč.

– Zdravnik ga je videl, pravijo ljudje ob mrliču in s tem mislijo, da je že vse v redu. Prav nič se ne sprašujejo, kateri zdravnik je zadnje trenutke življenja videl pokojnika, ali se je nesrečniku morda še dalo kako pomagati, kako je ta in ta zdravnik pomagal in tako dalje.

– Saj ga je videl zdravnik, je isto, kot bi pobrisali prah po stekleni plošči. Ta se zjasni, obraz, ki se nadjno skloni, pa se v toplih črtah zariše čez svetlo gladino. Lep, svetel, brez krivde, celo z močjo razsojevalca.

Zdravniki mogoče zato v očeh klientov in tudi sami zase, kar je pravzaprav zelo hudo in nevarno, postanejo posebne vrste posvečenci, zato samovšečni. Kajti ni je večje človeške slasti, kot kakorkoli odpomoči bližnjikovi stiski in bedi. Zdravnik pa iz bede v bedo spremlja telo in duha ter zato utrjuje svoj smisel in svojo vlogo. Tako ju utrjuje, da postane do tega prav lahko nekritičen, pristranski – človeško in strokovno neobglen, karikatura samega sebe. Poznam jih, ki se jim je ta nesreča primerila.

Zdravnik je v predstavi ljudi, predvsem v predstavi bivših pacientov, velik dobrotnik. Nič hudega ni, če ima tudi nekaj nerazumljivih kapric; tu pa tam prav take posebnosti vzdržujejo dober, nekam izjemen glas o zdravnikih.

Zdravnik je človek, ki pomaga v bolečini, ali pa vsaj hoče in želi pomagati. Samo po sebi je razumljivo, da je zato spoštovan in cenjen. To pa pomembno vpliva na njegovo duševnost. Žal ta vpliv ni vedno dober.

Zdravnik naj bi bil nekakšna izjemnost. Stvari in ljudje, ki jim je narava poklonila izjemnost, pa so po zemeljski obli izjemno na redko posejani. Malo je na žalost takih posebnih zdravnikov. Tako kot je malo izjemnih pesnikov in fizikov. Vse ostalo je povprečje, ki ne zasluži in ni sposobno, da prenaša breme poslanstva. Biti nekdo v pisanem cvetličnjaku življenja je pravzaprav velika sreča in še večja odgovornost. Mogoče pa je največje breme, da te majhnega, povprečnega kot si, okoliščine ali ljudje postavijo v položaj poslanca, duhovnega imenitnika, ki naj bi prinašal veliko misel in delo - odrešenje. Sestopiti torej iz prividnega kraljestva moči v danost svoje vsestranske omejenosti, je po mojem edina možnost nas, povprečnih. Šele to nas bo napravilo srečne in šele to bo naše nespametne občudovalce spravilo same s sabo do plemenitega spoznanja, ki je hkrati zamejen račun in brezkončna sanja. To je torej velika dolžnost povprečnih.

In ker je velikih zdravnikov bolj malo, zdravnikov pa mnogo, je tem zadnjim pravzaprav naložena zelo težka in zelo nevhvaležna vloga. Biti v očeh ljudi odreševalec, v sebi pa šibak izvrševalec z velikimi črkami izpisanega poslanstva...

V tem je posebnost našega poklica. Kdor vzdržuje v izjemni funkciji povprečje svoje danosti, je pravzaprav tudi velik.

Nepredvidljiva nevarnost čaka na vsakem koraku. Lahko postaneš pravi kreaturni izmeček, predvsem če meniš, da si več od tistega, kar si lahko, in da nekakšne predprave obvladujejo tvojo biološko, predvsem mentalno utesnjenost, ki se je na žalost prav ne zavedaš.

Srečen sem, povprečen zdravnik, čeprav se iz trenutka v trenutek otebam z nadležno zavestjo, da mi je naloženo razreševati večje zadrege kot jih znam in zmorem. Hrepenenje po višjem vendarle ostaja nepotešena strast iskalcev. Tudi povprečnežev.

* * *

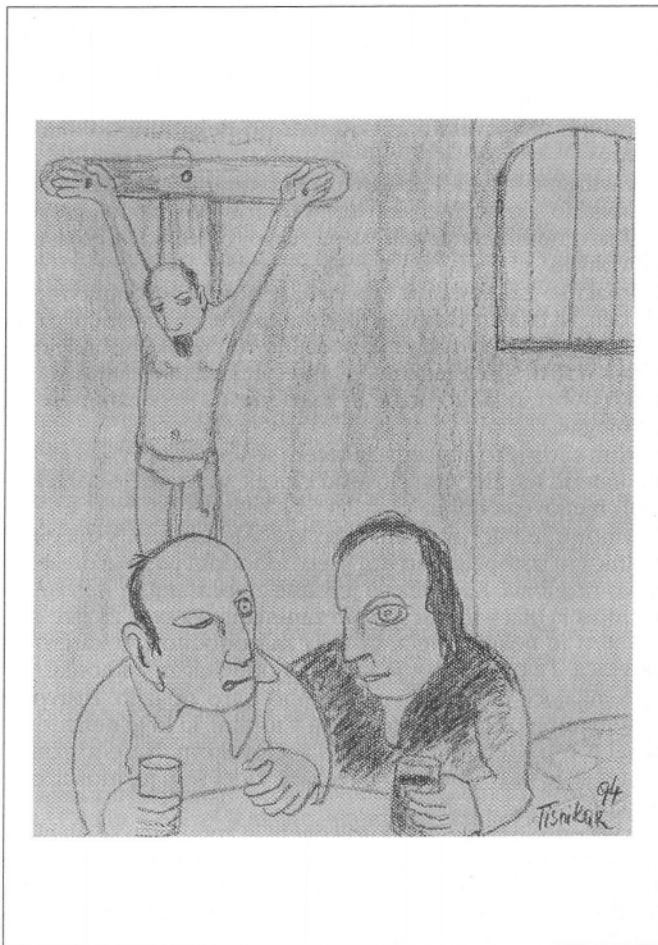
Že nekaj dni se pacienti pripravljajo za letovanje na morju. Bolnišnica letno organizira 10-dnevno letovanje kakim 70 pacientom. Tistim, ki so zaradi takšnih ali drugačnih vzrokov dalj časa hospitalizirani.

Tam prebivajo v hišicah, natresenih po borovem gozdiču ob obali. Spremljajo jih zdravnik in še kakih osem sodelavcev (delovni terapevti, sestre, strežnice...).

Pred nekaj leti sem bil kot mlad zdravnik vodja take odprave. V dneh skupnega bivanja se je vpliv spremembe okolja pokazal na vseh, na naših pacientih, pa tudi na nas, članih terapevtske skupine. Vsak je postal drugačen, zato smo se drug drugega ogledovali presenečeni in celo začudeni.

Življenje v skupini, naj se tega zaveda ali ne, naj bo družba genijev ali idiotov, naj jo sestavljajo nepomirjeni iskalci ali z vsem sprjaznjeni srečni ljudje, uravnavajo posebne iracionalne sile in odnosi. Zato se stekajo bližine in oddaljenosti nepričakovano, razpirajo se možnosti vzpostavljanja novih, drugačnih soglasij, ki posameznike v skupini povezujejo v čisto novo melodično varianto, v drugačen tempo, v samosvoj harmoničen stavek, iz katerega se kot iz kipečega vulkanskega žrela izvija nova, še nikdar slišana simfonična pesnitev.

Tudi naši tako imenovani kronični bolniki so se na morju razpostavili v drugačen red od tistega, po katerem so pred tem, nekateri leta in leta, sestavljali in uravnavali svoj iz vseh tako imenovanih normalnih človeških perspektiv oporečen prav.



Oni, pacienti, in mi, osebe, smo se dobili drugod, v drugačem soustvarjalnem razmerju in pod nami, kontinentalci neke iz Rovt, se je razpenjala gladka, srečna in dobra snov - morje. Sprva smo ga pogledovali izza kulis borove dobrave, potem pa smo se mu približali, se spogledali - vsak ga je drugače videl - in se previdno podali v njegovo moč, o kateri poprej nismo nič mislili, še vedeli nismo zanjo.

V naši odpravi so bili od bolnikov taki in taki.

Ker pač shizofrenije potekajo skoraj vedno mimo shem, vedno tako ali drugače presenečajo - skoraj vedno so originalne, kot je originalna individualnost človeka - je zraslo presenečenje in razočaranje tudi na morju.

Z nami je bila pacientka, ki je izmenično prebivala v psihiatrični bolnišnici že več kot 14 let. Dolg proces poslavljanja od realnosti se je že zdavnaj umiril. Njena odtujenost je prešla v stanje, ko so bili zanjo na videz vsi problemi že rešeni. Bolj formalno kot pristno se je prve dni tudi na morju podredila redu, ki je bil z vseh vidikov razumljivo čisto drugačen od tistega v bolnišnici.

Dotaknila se je morja, se ogledala ter dala s tem slutiti, da je mogoče spet pomislila, kako je ta čudna pot pravzaprav zarota. Tako so jo razumeli tudi nekateri, ki jih nismo in nismo mogli pripraviti do tega, da bi se počitniški odpravi pridružili. Tudi tako imenovani pogašeni človek še lahko zbere veliko duševnih moči in jih v obliki sumničavosti, nerodne opreznosti in drugačnih zadržanj uperi naravnost v lepo, celo plemenito hotenje dobrega »normalnega« sočloveka - zdravstvenega delavca na primer.

Oh, to žalostno življenje!

Bolnica, ki mi to noč buri spomin in usmiljenje, je pred tem živela leta in leta po ustaljeni shemi. Stvari in dogodki je niso

več begali, največkrat tudi zanimali ne. Večkrat smo jo opazovali, ko je v dnevnic - prostoru, kjer bolniki pravzaprav preživijo večji del dneva - imela opravka s prisluhi. Če se ji je stanje še bolj poslabšalo, je postala napeta, odklonilna, še bolj vase pogreznjena. Zgodilo se je, da je verjetno pod vplivom notranjih ukazovalnih glasov tudi po nekaj dni odklanjala hrano.

Zdravili smo jo z elektrokonvulzivno terapijo, pa s tabletami, ki ublažijo silo bolezenskih doživetij in sproščajo napetost. V najbistvenejših elementih pa na razvoj bolezni le nismo mogli vplivati.

Domači so za okrog 40 let staro, neporočeno bolnico lepo skrbeli. Ni bila ena tistih, ki jih dom in družba pozabita, pa jih tako posredno proglase za socialno mrtve. Sorodniki so jo obiskovali in sprejemala jih je s spreminjevalnim zanimanjem. Kako dobri so lahko bratje in kako strašna je pozabljenost na »svojega«...

Mislil si, da je to abeceda, iz katere so sestavljeni vsi kodeksi, po katerih naj živi, čuti človeški človek, v katerih je spravljen Duh njegovega duha.

Na morju je bilo prve dni tako kot v bolnišnici. V ničemer bolnica ni izstopala. Štiri dni pred odhodom pa se je presenetljivo razgibala. Kar drezala je vame z vprašanji in njih nenavadnost je bila v naraščajočem zanimanju za svet, za okolico, v kateri je nekoč živel, in celo za bodočnost, v katero se povrača. Ta bodočnost je kronični oddelek za psihotike.

Spremljajoče osebje je spremembo hitro opazilo. Bistvo te spremembe pa je bilo predvsem v toplini, ki jo je nenadoma dajal ton pacientkinoga stika s sočlovekom. Na eno izmed sester se je prav posebno navezala. Videl sem ju, moški, obe srečni.

Ob večerih so pacienti zakurili ogenj in zbrali smo se ob njem ter pozno v noč večer za večerom prepevali in se na poseben način zabavali. Vsak večer je kdo od pacientov prebral kroniko dneva in v njej smo se vsak po svoje našli, hkrati pa smo načrtovali prihodnji dan.

Ker se je naši pacientki stanje tako ugodno spremenilo, smo jo določili, da bo napisala kroniko zadnjega celega dne, ki smo ga še prebili na morju. Sprejela je nalogo.

Pa pravijo, da je v psihiatriji vse tako dokončno, sem svojim sodelavcem pripovedoval, ko smo ob ognju v borovi dobri še malo posedeli.

Brala je o dopoldanskem kopanju, kosilu, sprehodu, pa o meni je napisala, da so se vsi pacienti zbal, da bom utonil, ker sem zaplaval daleč od obale. Napisala je, da smo pred večerjo prepevali in potem zakurili ogenj, in da se bo ta dan končal točno opolnoči, je duhovito sklenila.

Njen dnevnik je pomenil presenečenje, pa smo ji zato še bolj vsi zaploskali. Potem smo prepevali in počasi se je družba redčila. Zjutraj ob osmih naj bi prišel po nas avtobus.

Zbirali smo se v jedilnici in že proti koncu zajtrka ugotovili, da manjka bolnica, ki je prejšnji večer brala dnevnik. Sprva smo menili, da se je zadržala ob pospravljanju, in nazadnje pomislili, da je na jutranjem sprehodu morda zatavala v borovju, ki se je širilo daleč od vasi. Določil sem nekaj pacientov in sester, ki naj bi pacientko poiskali.

Medtem ko so bolniki in spremljajoče osebje odšli po gozdu, se mi je približal neki turist in mi neprizadeto povedal, da je sto metrov pod nami v vodi truplo ženske - oblečeno tako, kot so naše pacientke.

Bolniki so se čez eno uro z avtobusom vračali domov - v bolnišnico. Jaz sem v mrliskem avtomobilu spremljal truplo utopljenke.

Ta samomor mi je porajal veliko vprašanj.

Morda se je pacientka zbala sveta, ki jo je ves drugačen poklical, posegel v njeno že zdavnaj umirjeno notranjost. Nemara pa njena notranjost sploh ni bila tako pomirjena, kot smo to leta in leta menili psihiatri. Če bi jo zadržali doma, ne bi imela

priložnosti vsak dan zreti po vabljeni, neskončno lepi in dobri gladki širjavi. Pragozd vprašajev.

Naj bo letošnja odprava srečnejša.

* * *

Počitniška meditacija je zapustila težko določljive sledi. Domače brezdelje vzpodbuja premišljevanje. Nekajkrat sem že sedel za klavir in poizkusil preigravati melodijo, ki sem ji na morju iz večera v večer sledil s pohotno vnemo, z razdraženostjo in nazadnje tudi s potešenostjo; kar lahko dasta človeku samo uresničena ljubezen ali pa pesem.

Pa me je spominjanje spet in spet spodneslo v vihar.

Čisto soglasni smo bili, da sta trpljenje in stiska preizkusni kamen naše človeške veljave, vrednosti. Pri tem pa smo se ustavili oziroma se ob soočenju s kruto realnostjo, ki sta ji dajali poanto obe ženski v skupini, skregali in duhovno tudi razšli. Tako nelogični smo postali, tako pristranski, da smo iz medsebojnih kontaktov nezavedno izključili tisto, kar velja med ljudmi za tako imenovano duhovno in se dobili na ravni telesnega. Dobri, slepi...

Tako smo pravzaprav postali drug drugemu bližji, lepši, v kratkem času smo bili podobni ali celo enaki vsem nagcem okrog sebe, enakopraven in enakovreden del neproblematičnega pritekanja in odtekanja smo bili; nič posebno slabe ga in nič prav posebno dobrega ni predstavljala naša preobrazba. Lepa telesa so postala naša možnost, duh je popila skala. Biti, obstati, ni bilo več vprašanje, ki bi si ga resno zastavljali.

Zdi se mi, da sem te čase ostal s pohabljenostjo deklico, ki je zaplavala z očetom za pomolom, čisto sam.

Humanizem je kot mozaična plošča razpadal v meni v delce bele, rdeče, zelene in modre barve. Vse bolj se je v moji zavesti oglašal lajež. Jeza. Slep protest ponižanih in razžaljenih. Tako kot če si pijan in se v grozljivi katarzi očiščenja zjokaš. Ali tako, kot po ljubezni stopi vate modra bolečina. Kljub bratenju s suhim soncem in s čredo, ki se je tako naphala skupaj, da bi iz nje puhtelo čim manj dragocene vlage, ki zdaj in tukaj edina pomeni vredno snov za preživetje, sem se počutil trpko in osamljeno.

In priznam, da sem še danes slabe volje pravzaprav zato, ker nisem znal obvladati nemoči, ki se je tisto popoldne zajedala v našo počitniško skupino.

Gledali smo izgubljen boj za obstanek.

Nič več nisem vedel, česar ne bi že vedela ali vsaj čutila ostala trojica. Banalna ženska logika me je žrla. Še bolj sem bil zato jezen, ker moja ni bila za centimeter manj banalna.

Tisto popoldne sem posegal in še danes, ko se mirim in tešim z melodijo, akordi in taktom lepe pesmi, segam v brezno svoje človeške revščine, ki je rdeča vrtnica laži. Laži vrednot, ki so jih vcepjali vame starši, učitelji, župniki, sekretarji, politiki in politikanti, univerzitetni docenti.

Če bi ne bilo teh učenikov in prerokov, bi bilo v mojem preživljanju tega trenutka manj spominov, zapovedi in prepovedi, zato pa mnogo več svobode, ki edina lahko v človeku spravlja stvari v red, v tak medsebojni odnos, ki se prilega zavedanju popolnosti kakor tudi ogroženosti z vseh strani. Neprizadeto, enostavno bi se samo zavedal deklice, ki bo kruljava in grbasta zlo tega sveta.

Te stvari bi sprejemal vdano in dostojanstveno kot bitje onkraj, ki sebe razlaga s sprejemljivo, a zato tembolj nedoumljivo kombinacijo besed »sem, ki sem«.

Tako pa me rdeče razcvetela vrtnica razčlovečuje. Matica vseh lepih cvetov je, ki so dva tisoč let bohotali v tako imenovani evropski civilizaciji, in toliko laži je v njenih listkih. Laži, ki dirirajo red. Red pa naj bi bila svoboda.

Ali je sanja te svobode res laž?

Da. Laž je, ker te svobode ni in je ne bo; ker je ne more biti. Ker tista pohabljenost deklica ne bo nikdar zdrava. In če bi

čudežno ozdravela, bi morala postati najlepša. Tako ker bi postala najlepša ona, ne bi bile druge najlepše in zato spet ne bi bilo svobode. Če bi hotel vse to obvladati, bi moral zblazneti, se umakniti onkraj. Odtujiti bi se moral sebi in svetu in preiti v stanje notranjega soglasja, ki pa pomeni strašni nered za vse, ki so se odločili ali smo jih določili mi sami, da nam z enotami, ki niso in ne morejo biti naše, vrednotijo stanje duha, štejejo trajanje ur ljubezni, pokore in umiranja... vse smo prepustili njim.

(Zalotil sem se, da imam dopust in da sem zdravnik v psihiatrični bolnišnici. Da moram čimprej tja in se ne vmešavati v vse zlo. Zlo je previsoka gora, da bi opravil z njim s takimi počitniškimi meditacijami.)

Počitnice postajajo breme. Čimprej moram v bolnišnico.

Vse ilustracije so delo Jožeta Tisnikarja. Risbe so nastale v letu 1994, kolorirana risba pa v letu 1995.

Zdravniki v prostem času

3. REDNA SKUPŠČINA DRUŠTVA MEDICINCI 45

Zlata Črepinko-Stropnik

Medicinci 45 smo se sestali v Ljubljani 29. maja 1998 na 3. redni skupščini, da bi člane seznanili z rezultati dela, opravljenega v preteklem letu, in s prihodnjimi načrti. Od 114 vpisanih članov se je skupščine udeležilo 70.

Vsem je ostal v najlepšem spominu lanski obisk pri Slovencih v Ziljski dolini. Obsežnejše poročilo je objavljeno v decembrski številki ZV 1997 na strani 682 v prispevku izpod peresa prof. dr. Antona Jagodica.

Na novo se je vpisalo nekaj kolegov, ki niso ravno iz letnika 1945, a obljudljajo, da bodo aktivno sodelovali. Še naprej bomo pospeševali sprejemanje novih članov, čeprav niso iz našega letnika, če jih zanima delo v našem društvu.

V poročilu upravnega odbora je predsednik dr. Zvonimir Hönigsmann poudaril, da želimo tudi vnaprej sodelovati s posamezniki, ustanovami in drugimi društvi, ki delajo po podobnih programih kot naše društvo. Skrb za zdravje, združena s humanim odnosom do bolnika, in prenašanje izkušenj na mlajše generacije zdravnikov ostajata tudi v bodoče pglavitni poslanstvi vsakega zdravnika.

Nato je predsednik utemeljil predlog za podelitev častnega članstva v društvu mr. ph. Milošu Kovačiču, generalnemu direktorju Krka d. d. Novo mesto.

V preteklem letu smo pripravljali in zbirali prispevke za supplement ZV, ki je izšel v oktobru 1997. Upravni odbor pa si je prizadeval, da bi zbral informacije o zlati promociji, kot jo pripravljajo medicinske fakultete v drugih evropskih državah. To listino podeljujejo doktorjem medicine, ki doživijo 50 let po svoji doktorski promociji. Akt zlate promocije imajo pravno urejen v statutu ali v pravilniku fakultete oz. univerze. Tudi naše društvo je predstavilo svoj predlog zlate promocije v novembru 1997 g. dekanu in pedagoškemu svetu MF v Ljubljani. Na skupščini je sledila živahna razprava, v kateri so ugotovili, da naša fakulteta že zamuja z zlato promocijo. Prvi zdravnik je bil promoviran na popolni MF v Ljubljani leta 1947. Zato bi bilo treba pripraviti pravilnik čim prej in ga uveljaviti do konca leta 1999, ko bo MF v Ljubljani slavila osemdesetletnico svoje ustanovitve, istočasno z osemdesetletnico ustanovitve univerze v Ljubljani.

Naše društvo, ki je dalo pobudo, je pripravljeno aktivno sodelovati pri uresničevanju predloga o zlati promociji z željo, da bi postala redna slovesnost na MF v Ljubljani vsako leto v decembru. Naša fakulteta, ki je začela delovati kot popolna MF po drugi svetovni vojni, ima za to še posebne razloge. V težavnih povojnih razmerah je omogočila redni študij več kot 300 novo vpisanim študentom medicine. Že v letih 1951 in 1952 je diplomiralo okrog 200 mladih zdravnikov. Ti so v naslednjih desetletjih s svojimi prizadevanji odločilno vplivali na razvoj zdravstva v Sloveniji in oblikovali lik odgovornega slovenskega zdravnika. Nedvomno je bil to velik uspeh za mlado medicinsko fakulteto. Potrdili so ga strokovni uspehi vseh medicinskih strok in zgledna organizacija zdravstvene službe v naslednjih štiridesetih letih. Ker pa niti naša medicinska fakulteta, niti univerza, nimata še izkušenj z zlato promocijo, se čutimo dolžni uresničiti to zamisel, je sklenila razpravo o zlati promociji dr. Marinka Kremžar, ki je vodila delovno predsedstvo.

V zvezi z načrtovanjem delovnega programa je prof. dr. Jagodič predlagal, da bi bilo mogoče obogatiti dejavnost društva z zanimivimi predavanji iz medicine in drugih strok. Člani naj resno razmislijo o tem predlogu in pošljejo konkretne pismene predloge. Za realizacijo predloga bo odgovoren vsak predlagatelj.

Slovenski zdravniki so v vseh časih mnogo prispevali h kulturnemu življenju Slovencev. Da bi člani bolje spoznali prispevek zdravstva h kulturni podobi slovenstva na Idrijskem, pripravljala društvo v tem letu strokovno ekskurzijo v Idrijo, kjer je živel in deloval tudi naš kolega dr. Jože Pfeifer in napisal dragoceno knjigo Zgodovina idrijskega zdravstva.

Po končani razpravi je sledila izvolitev organov društva v enaki zasedbi kot v preteklem letu. S tem smo zaključili uradni del skupščine.

Prof. dr. Zlata Stropnikova je nato predstavila slovenski prevod razprave dr. Marka Antona Plenčiča »Nova ideja o bolezenskem kontagiju«. Izvirnik je izšel leta 1762 na Dunaju v latinščini. Prevedla sta ga prof. Jakobina Slapar in prof. dr. Stanko Banič s pomočjo asist. mag. Zvonke Zupanič-Slavce. Izšel je v aprilu 1998 v založbi Inštituta za zgodovino medicine pri MF v Ljubljani in Slovenskega mikrobiološkega društva. Kot medikohistorična zanimivost je prevod namenjen predvsem mikrobiologom in zdravnikom, kot tudi študentom medicine, biologije in mikrobiologije. Vsebuje 120 strani razprave in dodatek o življenju in delu Marka Antona Plenčiča (1705–1786), našega rojaka iz Solkana, ki je postal ugleden zdravnik in profesor na medicinski fakulteti na Dunaju. Bil je sodobnik slavnih zdravnikov in naravoslovcev Scopolija in Linnéja.

V tej razpravi je Plenčič dopolnil Fracastorovo teorijo o bolezenskem kontagiju s takrat povsem novo idejo, da ima vsaka kužna bolezen svojega specifičnega povzročitelja. V času hudih epidemij sredi 18. stoletja je našel Plenčič v specifičnem bolezenskem kontagiju skupni imenovalec za vse kužne bolezni pri ljudeh, živalih in rastlinah. Genialnost te ideje je bila sodobnikom težko razumljiva. Sto let pozneje sta pravilnost te zamisli potrdila Louis Pasteur in Robert Koch. Tako so začeli prav razumeti bistvo Plenčičeve ideje šele na začetku 20. stoletja, ko so mu prisodili vlogo predhodnika nove moderne znanosti – mikrobiologije. Ob koncu tega stoletja, v medicini zaznamovanega kot era kemoterapevtikov in antibiotikov, pa najdemo v tej razpravi tudi preroško napoved o uspešnosti kemoterapije v boju proti kužnim boleznim. 236 let pozneje ji moramo priznati izjemno logičnost dokazovanj in sklepanj, podprtih z izkušnjami pri delu z bolniki in s poskusi. Ves čas izstopa globoka prepričanost avtorja o pravilnosti lastne ideje, ki jo je želel posredovati tistim, ki pridejo za njim.

Posebej zanimivo je, da smo izvedeli Slovenci za delo M. A. Plenčiča šele pred 50 leti, ko je doc. dr. Ivan Pintar odkril, da

je bil Plenčič sin slovenskih staršev, prej so ga imeli namreč za Hrvata.

Prof. dr. Peter Borisov je nato spregovoril o svoji razpravi, objavljeni v Zgodovinskem časopisu 1997, 51, 187-204, ki opisuje življenje in delo našega rojaka dr. Gregorija Oglarja Carbonarius de Wiesenegg (1651-1717). Kot zdravnik - rojen v Naklem pri Kranju, kjer je tudi umrl - je deloval najprej na Štajerskem in Koroškem, pozneje pa kot zdravnik in diplomat na dvoru ruskega carja Petra Velikega, kjer se je izkazal kot specialist za kugo. V tej študiji avtor obširno opisuje politične, ekonomske in zdravstvene razmere, v katerih so delali zdravniki v 17. stoletju.

Slovenski zdravniki želimo odkriti in prikazati javnosti čim več podatkov o zanimivih Slovencih, zlasti o zdravnikih, zaslužnih za razvoj in napredek na različnih področjih medicine, doma in v svetu, v vseh časih naše bližnje in daljne preteklosti.

Zdravniški vestnik pred 60 leti

ŠTEVILKA 10/1938

Anton Prijatelj

Vsebina

- Dr. Alojz Boh - stažist: Mehanične motnje prebavnega trakta zaradi ascaris lumbricoidesa
- Dr. Alfred Fischer - Novo Celje: Dva primera agranulocitoze v toku antiluetičnega zdravljenja pri sifilitičnih bolnikih
- Dr. Drago Sterle: Zdravljenje pljučnice z vitaminom C
- Mag. ph. Rado Damaška: Praktične mere za uživanje zdravil
- Arh. Ivan Zupan: Dom zdravnika

Iz uredništva

- O zdravniškem vestniku

Mehanične motnje prebavnega trakta zaradi ascaris lumbricoides

Dr. Alojz Boh je kot inavguralno disertacijo v Münchnu pripravil tehtno razpravo o človeški glisti. Material za to razpravo je bil zbran na II. kirurškem oddelku državne bolnice v Ljubljani, kjer je bil takrat šef dr. B. Lavrič.

Avtor je opisal razvoj gliste *Ascaris lumbricoides*. Navedel je, da samica producira dnevno po 2000 jajčec na 1 g blata in računajo, da je plodnost človeške gliste zelo velika in znaša 60 milijonov jajčec letno. Da je askaridiaz prastara bolezen vemo, ker jo je opisal že Hipokrat. Avtor navaja: »*Padec telesne higijene, ki ga je zakrivila vojna, je praznaprav vzrok tako pogostne askaridiaz. Pogostnost je v različnih pokrajinah različna, kakršen je pač način življenja ondotnega prebivalstva.*

Jajčeca askarid se prenašajo s solato in sočivjem, torej z vegetabilijami, ki se gnoje s človeškim blatom, dalje z jagodaami, sadjem, umazano pitno vodo...

V pokrajinah, kjer iz katerihkoli vzrokov gnojé s človeškim blatom namesto z umetnimi gnojili, je temu primerno askaridiaz mnogo bolj razširjena. Po vojni uveljavljajoči se način surove prehrane nas mnogokrat sili, da jemo premalo očiščena in nekuhana jedila.

Nato avtor opiše ugotovitve posameznih strokovnjakov o razvoju askarisa v človeškem telesu ter tudi posamezne pogoje, ki ovirajo ali pospešujejo razvoj askarid. Tako na primer ugotovi, da se selijo askaride od hladnejšega dela telesa

v toplejši, medtem ko pri zelo visokih telesnih temperaturah zapuščajo človeško telo, kot na primer pri tifusu, angini ali difteriji. Iz res obširne literature je (ob koncu treh prispevkov je navedel kar 149 virov) citiral nenavadne primere, ki so jih opisali razni avtorji. Opisal je lokalizacijo posameznih glist ali pa celo gnezda ali klobčiče glist, ki so lahko povzročile tudi smrt bolnika. Navaja tudi, da je perforacija črevesne stene možna zaradi inaktivnosti askarid na črevesni steni, locus minoris resistentiae in možnosti, da se normalna stena perforira.

»*Čim toplejše in vlažnejše je podnebje in čim nižja je kultura stopnja prebivalstva pokrajine, tem čestejša je askaridiaz. Najčešče obole otroci od 5. do 15. leta, ženske češče kot moški, kar je tudi razumljivo, kajti ženske imajo več opravka z zemljo in njenimi pridelki kot moški. Največkrat obole ženske v dobi, ki je najprikladnejša za graviditeto. Ker so sanitetne razmere in higienski ukrepi velemest boljše, je število primerov askaridiaz najčešče še na deželi. Kot že omenjeno, so otroci v šolski in predšolski dobi mnogokrat nosilci askarid.*«

V Ljubljani so na II. kirurškem oddelku občne državne bolnice (šef prim. dr. B. Lavrič) opazovali v štirih zaporednih letih 112 primerov askaridiaz. Avtor prispevka jih je zaradi boljše preglednosti razdelil v štiri skupine:

Skupina I. primeri, pri katerih ni bilo treba kirurškega posega.

Skupina II. ileusa ex ascaridiasis.

Skupina III. appendicitis ex ascaridiasis.

Skupina IV. cholangitis et cholelithiasis ex ascaridiasis.

Avtor je nato opisal posamezne zanimive primere, tudi take s smrtnim izidom.

Kot vse kaže je bila askaridiaz v tistih časih kar precejšen zdravstveni problem, ki je zahteval tudi precej študija, kar je avtor v svojih treh prispevkih v treh zaporednih številkah Zdravniškega vestnika tudi vestno opravil.

Nove knjige

PRIKAZ

Interna medicina

Ateroskleroza - razvoj bolezni, zgodnje odkrivanje in preprečevanje. Uredniki: Aleš Blinc, Iza Ciglenečki, Zlatko Fras, Matija Kozak, Pavel Poredoš, Mišo Šabovič. Zbornik predavanj. Več avtorjev. Združenje za žilne bolezni Slovenskega zdravniškega društva. Medicinski razgledi. Ljubljana 1998. 158 strani, številne tabele in slike pojasnjujejo vsebino. Tisk je omogočila Krka d. d.

Zbornik uvedeta kazalo predavanj in kratka predstavitev avtorjev. Sledijo predavanja, ki so bila predstavljena na strokovnem srečanju imenovanega združenja 17. in 18. aprila 1998 v Šmarjeških Toplicah:

Etiopatogeneza ateroskleroze (Pavel Poredoš), Pomen dislipidemije za aterosklerozo (Matija Cevc), Kajenje in razvoj ateroskleroze (Tatjana Zorko), Arterijska hipertenzija in žile (Rok Accetto), Polimetabolni sindrom in razvoj ateroskleroze (Zlatko Fras), Endoteljska disfunkcija in ateroskleroza (Bogomir Žizek), Kronična okužba in razvoj ateroskleroze s poudarkom na pomenu okužbe s klamidijo (Zlatko Fras), Pomen homocisteina pri razvoju žilnih bolezni (Mojca Stegnar in Mojca Božič), Pomen nekaterih genetskih polimorfizmov za razvoj ateroskleroze (Borut Peterlin, Danijel Petrovič, Tomaž Milanež), Sodobna ultrazvočna klasifikacija ate-

rosklerotičnih leh v karotidnih arterijah (Bojana Žvan), Odkrivanje aterosklerotičnih sprememb z magnetorezonančnim slikanjem (Matija Kozak), Vloga prehrane pri preprečevanju ateroskleroze (Dražigost Pokorn), Telesna aktivnost v sekundarni preventivi ateroskleroze (Barbara Gužič-Salobir), Farmakološko zdravljenje ateroskleroze in njenih zapletov (Mišo Šabovič), Farmakoekonomski vidiki hipolipemičnih zdravil (Breda Barbič-Žagar), Vpliv perkutane transluminalne angioplastike na žilno steno (Pavel Berden), Restenoziranje po perkutani transluminalni koronarni angioplastiki (Igor Kranjec), Vloga srčnožilne kirurgije v preprečevanju in zdravljenju zapletov ateroskleroze (Tone Gabrijelčič).

Ob zaključku vsakega predavanja je navedena literatura. Zbornik podaja na kratak in pregleden način sodobno informacijo o tej tako razširjeni in mnogokrat usodni bolezni razvitega sveta, ki - kljub napredku in poznavanju njenega nastanka in razvoja ter zgodnjega odkrivanja in zdravljenja oziroma preprečevanja zapletov - še vedno skriva dosti nerazjasnenih vprašanj. Vsako novo odkritje jih namreč sproži še več in še bolj zapletenih.

Zdravnik, ki si želi dobiti globlji vpogled v tozadevno problematiko, bo zato z zanimanjem posegel po zborniku.

Bogdan Leskovic

PRIKAZ

Interna medicina

Interna medicina. Glavna urednika: Andreja Kocijančič, Franc Mrevlje. Druga, dopolnjena izdaja. Založnika EWO d. o. o. in DZS d. d., Ljubljana 1998. 1320 strani, številne sheme, slike, tabele in fotografije ter posebna priloga barvnih slik. Oprema, grafično oblikovanje in tehnična ureditev: Blaž Mrevlje. Risbe, slike in fotografije: Bogo Zrimšek, Josip Delimar, Jolanda Kofol, Blaž Mrevlje.

Odgovornost za posamezna strokovna poglavja v celoti je prevzelo 13 področnih urednikov. Ti so poglavja smiselno zaokrožili in tako vsebinsko uravnovesili prispevke 122 avtorjev. Strokovnih recenzentov je bilo 24. Avtorji in recenzenti so navedeni v posebnem seznamu.

Knjigo uvedeta predgovora obeh glavnih urednikov iz prve in sedanje, druge izdaje. Iz njiju je povzeti, da prihaja druga izdaja knjige po manj kot desetih letih. Pripombe, ki so jih k prvi izdaji dali študentje, specializanti, sekundariji, uradni strokovni recenzenti in bralci, so po večini upoštevane. Vsebinsko in oblikovno je doživelo največje spremembe poglavje Bolezni srca in ožilja. Diagnostične metode so avtorji in področni urednik uvodoma le kratko predstavili, njihove možnosti in pomen pri odkrivanju posameznih bolezni pa so vključili v ustrezna poglavja. Področje dihal so razširili z opisom osnovnih načinov kliničnega pregleda. Ker je poznavanje etiopatogeneze bolezni jeter in prebavil zelo napredovalo, je privedlo tudi do sprememb v zdravljenju. Vse novosti so vključili v predelano poglavje Bolezni prebavil. Uvodno besedilo v poglavju Imunsko odvisne bolezni je posodobljeno in vključuje vsa najnovejša dognanja. Hematologijo je popestrila obširnejša barvna priloga. Predvsem na željo študen-

tov so dodali še poglavje, ki vsebuje normalne vrednosti osnovnih laboratorijskih preiskav. Stvarno kazalo je precej obsežnejše in podrobnejše kot v prvi izdaji.

Mnogi bralci so ob branju prve izdaje opozorili tudi na marsikaj, česar v prvi knjigi niso našli. Glavna urednika pojasnjujeta, da marsičesa tudi v tej izdaji ne bodo našli. Knjiga namreč ne želi biti enciklopedija interne medicine, niti referenčna publikacija in še manj repertorij predkliničnih predmetov. Namenjena je predvsem študentom medicine pri študiju klinične interne medicine ob predpostavki, da ti že obvladujejo snov predkliničnih predmetov, oziroma da bodo tozadevne informacije poiskali v drugih ustreznih učbenikih.

Oblikovno je druga izdaja po videzu prikupnejša in glede na vsebino preglednejša. Pregledne tabele, slike in drugi udarjeni deli besedila so tiskani na rumeni podlagi, da opozore študenta na najpomembnejšo vsebino. Pregledno vsebinsko kazalo na začetku knjige navaja poleg imen področnih urednikov tudi imena avtorjev posameznih strokovnih prispevkov pri vsakem poglavju.

Vsebinsko knjige uvaja poglavje Uvod. Splošni uvod je napisal Anton Dolenc, ki na začetku poda zelo na kratko zgodovinsko pot zdravništva s poudarkom na zdravnikovi vesti kot temeljnem vodilu zdravnikovega ravnanja in ukrepanja. Nadaljuje z zdravnikovim poslanstvom, njegovo odgovornostjo, z biomedicinskimi raziskavami na človeku, evtanazijo ter konča z odstavkom Zdravnik, zdravje in skupnost. Pavel Jezeršek je napisal Uvod v klinično delo. Obravnava anamnezo, preiskavo bolnika, nove tehnike neinvazivnih preiskav, opredelitev bolezni, diagnozo in diferencialno diagnozo, zdravljenje in iatrogene bolezni, smiselnost diagnostičnih posegov, zdravljenja, oživljanja in vzdrževanje življenja, dalje napoved poteka bolezni in preventivo. Miselno pot do diagnoze je prikazal Janez Preželj, ki besedilu prilaga shematična prikaza postopkov na poti do oblikovanja diagnoze in modificiran Bayesov izrek za izračun verjetnosti bolezni ter tabelo o občutljivosti in specifičnosti testov.

Sledijo poglavja o boleznih po posameznih organskih sistemih z navedbo področnega urednika:

Bolezni srca in ožilja (Peter Rakovec). Bolezni dihal (Jurij Šorli). Bolezni prebavil (Saša Markovič). Prehrana (Dražigost Pokorn). Bolezni presnove (Franc Mrevlje). Bolezni endokrinih žlez (Janez Preželj). Presnovne bolezni kosti (Andreja Kocijančič). Bolezni ledvic (Radoslav Kveder). Imunsko odvisne bolezni (Blaž Rozman). Revmatične bolezni (Mojca Kos-Golja). Bolezni krvi in krvotvornih organov (Dušan Andoljšek). Zastrupitve (Martin Možina). Oživljanje (Andrej Bručan). Šok (Matija Horvat). Laboratorijske preiskave (Jože Osredkar). Na koncu vsakega poglavja je na kratko podana priporočena literatura.

Slede barvne priloge k nekaterim strokovnim poglavjem in stvarno kazalo.

Knjiga je namenjena predvsem študentom medicine, po njej pa bodo segali tudi študenti stomatologije. Kot priručnik bo služila zdravnikom splošne in družinske medicine ter tistim zdravnikom in specialistom raznih strok, ki bi se radi pogloblje seznanili s posameznimi internističnimi problemi sedanjega časa. Koristila bo lahko tudi strokovnjakom drugih strok, s katerimi se sodobna medicina vedno bolj prepleta.

Knjiga Interna medicina je dragocen in bogat doprinos k naši slovenski medicinski, internistični literaturi.

Bogdan Leskovic

Za

*zdravi in
varuje
želodčno
sluznico*

*zavira agresivne
dejavnike v
želodcu*

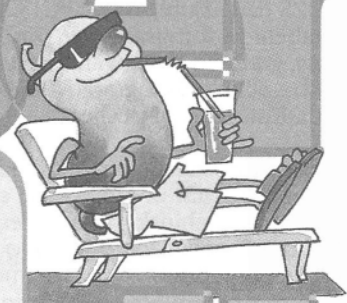


vse želodckke

*vsebuje najmanjšo
količino aluminija*



vse letnih



časih

Bayer
Bayer Pharma d.o.o.

Rupurut



Podrobnejše informacije o zdravilu dobite pri proizvajalcu.



AKTUALNA SPOROČILA

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

vabi

pedagoške delavce v osnovnih in srednjih šolah ter zdravstvene delavce na seminar

PREPREČEVANJE POŠKODB IN ZASTRUPITEV

Seminar bo v četrtek, 15. 10., petek, 16. 10. in soboto 17. 10. 1998, v predavalnici Inštituta za varovanje zdravja R Slovenije, Trubarjeva 2

PROGRAM

<i>Mateja Rok-Simon</i>	Epidemiologija poškodb in zastрупitev v Sloveniji	2 uri
<i>Onja Grad-Tekavčič</i>	Samomori	2 uri
<i>Bojan Žlender</i>	Prometne nezgode z motornimi vozili	1 ura
<i>Metka Teržan</i>	Poškodbe pri delu	1 ura
<i>Hermina Damjan</i>	Padci	1 ura
<i>Janez Primožič</i>	Poškodbe in zastрупitve predšolskih otrok	1 ura
<i>Polona Brcar-Štrukelj,</i> <i>Bojan Žlender</i>	Poškodbe in zastрупitve šolskih otrok	2 uri
<i>Marko Polič, Bojan Žlender,</i> <i>Onja Grad-Tekavčič</i>	Poškodbe in zastрупitve mladostnikov	2 uri
<i>Metka Pentek</i>	Poškodbe in zastрупitve starejših ljudi	1 ura
<i>Danica Rotar-Pavlič</i>	Prva pomoč in reanimacija pri poškodbah in zastрупitvah	2 uri
<i>Sonja Borštnar</i>	Preprečevanje poškodb in zastрупitev zaradi nezgod	1 ura
<i>Eva Stergar</i>	Načrtovanje programov za preprečevanje poškodb in zastрупitev	1 ura
Delavnice		
<i>Eva Stergar, Sonja Borštnar,</i> <i>Polona Brcar-Štrukelj</i>	Načrtovanje programov za preprečevanje poškodb in zastрупitev	7 ur

Kotizacija za seminar znaša 19.890,00 SIT. Nakažeto jo na ŽR Inštituta za varovanje zdravja RS, št.: 50100-603-41773, sklicna številka 610/1, do 5. 10. 1998. Prosimo, da se na seminar prijavite pisno, z dokazilom o plačilu seminarja do 5. 10. 1998 na naslov: **INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA RS**

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
tel.: 061/1327-295, fax.: 061/323-955

Predvideno število udeležencev je 30.

PRIJAVNICA

Prijavljam se na seminar
PREPREČEVANJE POŠKODB IN ZASTRUPITEV
v času od 15. do 17. 10. 1998 na Inštitutu za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

NAROČNIK: _____ Telefon: _____

NASLOV: _____ Pošta: _____

Ime in priimek slušatelja: _____ Področje dela, delovno mesto, stroka: _____

1. _____

2. _____

3. _____

M.P.

Ime, priimek in podpis odgovorne osebe: _____

V _____, dne _____

135. LETNA SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

v Zdravilišču Radenska v Radencih dne 16. in 17. oktobra 1998

PROGRAM

Petek, 16. oktobra 1998

- 10.00 Teniš, plavanje
 13.00–16.00 Skupno delovno kosilo Glavnega odbora, Glavnega strokovnega sveta in Strokovnega parlamenta
 16.30–17.00 Sprejem gostov
 17.00 Skupščina
 19.00 Zaključek
 20.30 Večerja v hotelu Radin

Sobota, 17. oktobra 1998

- 9.00–13.00 **Strokovni program**
- | | |
|-----------------------------------|--|
| <i>P. Poredoš</i> | Zdravnik – bolnikov zagovornik |
| <i>M. Premik</i> | Zdravnik v tranziciji |
| <i>B. Kutin, M. Dovjak-Plešej</i> | Kakovost v zdravstvu skozi oči pacienta |
| <i>J. Zajec</i> | Odnos zdravnik–bolnik z vidika normativov v zdravstvu |
| <i>F. Košir</i> | Odnos bolnik–zdravnik s stališča zdravstvenega zavarovalništva |
| <i>M. Bitenc</i> | Odnos med zdravnikom in bolnikom in kakovost zdravstvenega varstva |
| <i>A. Butala</i> | Pritožbene možnosti v zdravstvu |
| <i>J. Drinovec</i> | Odnos zdravnik–bolnik – njegovo ocenjevanje in merjenje |
| <i>T. Pačnik</i> | Psihološki elementi v odnosu bolnik–zdravnik |

Rezervacija prenočišč v recepciji hotela Radin (možnost koriščenja vikend paketa). Kotizacija 10.000,00 SIT plačljiva na žiro račun Zdravniškega društva Pomurja št. 51900-67848412 sklic na občni zbor 00 1998-10 ali ob prihodu. Častni člani in upokojeni zdravniki ne plačajo kotizacije.

Udeležba na srečanju se priznava za podaljšanje licence zdravnikom in zobozdravnikom.

Informacije: **dr. Arpad Norčič**
 tel. 069 / 32-010, int. 202
 in
mag. dr. Maja Šeruga
 tel. 069 / 32-010, int. 522



GORENJSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

Vas obvešča, da bo



7. TRADICIONALNI DRUŽABNI ZDRAVNIŠKI PLES V MASKAH

v »Casino« na Bledu

v soboto, 24. oktobra 1998 ob 19.30

Cena vstopnic je 4.000,00 SIT po osebi

Vikend paket v hotelu Park - 12.500,00 SIT. Vključuje 2 polpenziona (nočitev, zajtrk in večerja - enkrat penzijska in enkrat skupna, turistična taksa), uporabo bazena s termalno vodo in vstopnino.

Prijave, denar (ali čeke) pošljite na naslov

dr. Branko Lubej, Črtomirova 14, Bled
tel./fax: 064 / 743-379

Program in družabni del srečanja bo vodil g. *Slavko Podboj*

V programu bodo nastopili: plesni par Primož Ramovš - Petra Vidmar
in Blejski plesni studio

Nostalgija s triom Mojmira Sepeta in pevko Beti Jurkovič

Za ples bo poskrbel ansambel Arrow band

Prost bo vstop v igralnico Casino s cocktail party

Organizirali bomo tudi srečelov

Vljudno vabljeni!

Maske zaželjene!

Spoštovane kolegice in kolegi,

Društvo »Medicinci 45« je bilo ustanovljeno 1995. leta ob 50-letnici vpisa prve povojne generacije medicincev na popolno Medicinsko fakulteto v Ljubljani.

Ta generacija zdravnikov se je v času svojega poklicnega dela večkrat sestajala ne samo iz družabnih nagibov temveč tudi zato, da bi v okviru svojega strokovnega znanja in izkušenj združevala prizadevanja za čimboljši razvoj medicinske stroke v Sloveniji in z željo, da bi bilo zdravstveno varstvo v Sloveniji dobro in kar najbolj učinkovito ter koristilo vsem državljanom Slovenije. Za to je bilo potrebno dobro sodelovanje med posamezniki in pristojnimi ustanovami, za kar smo si vedno prizadevali. Zato je želja našega društva, da bi sodelovanje med posamezniki in merodajnimi ustanovami ohranili in še razširili, saj smo prepričani, da bi na ta način lahko vsem koristili.

Spoštovane kolegice in kolegi, društvo »Medicinci 45« je po svojem statutu odprto za vse, ki čutijo enako in želijo sodelovati. Društvo ni omejeno samo na prvo povojno generacijo zdravnikov in če hočemo narediti čimveč za napredek zdravstva v Sloveniji je po našem mnenju koristno, da se v okviru širjenja civilne iniciative čim širše povežemo tudi s sedanjimi aktivnimi zdravniki.

Če se s cilji našega društva strinjate, Vas vabimo, da se nam pridružite in izpolnite pristopnico, ki je na hrbtni strani tega lista in jo pošljete na naslov:

Društvo Medicinci 45
1210 Ljubljana-Šentvid
Pot na Gradišče 22

S kolegialnimi pozdravi

Tajnik:

Prim. **Fedor Krejči**, dr. med.

Predsednik:

Z. A. Hoenigsman, dr. med.

M *Društvo*
edicinci '45
Ljubljana

Pot na Gradišče 22
 1210 Ljubljana-Šentvid
 tel.: (061) 15 26 494
 faks: (061) 15 26 495

PRISTOPNICA

Podpisani(a) _____

Rojen(a) _____ v _____

Stanujoč(a) _____

želim postati član društva »Medicinci 45«.

Kraj in datum _____ Podpis _____

Izveček iz statuta društva »Medicinci 45«

NAMEN DRUŠTVA:

- Informiranje javnosti o vprašanih razvoja visokošolskega študija medicine na Slovenskem.
- Gojitev tradicije Medicinske fakultete na Slovenskem.
- Sodelovanje z domačimi in tujimi organizacijami in društvi, ki imajo iste cilje.

NALOGE DRUŠTVA:

Člani društva opravljajo za uresničevanje namenov in ciljev društva naslednje naloge:

- Zbiranje, obdelava in priprava informacij na področju razvoja visokošolskega študija medicine na Slovenskem.
- Sodelovanje s pristojnimi inštitucijami in drugimi organizacijami.
- Pomoč članom pri zbiranju informacij na področju delovanja društva.
- Dajanje pobud za zakonodajne in upravne ukrepe, z uporabo rezultatov raziskav, če le-ti služijo dejavnosti društva.
- Izdajanje publikacij v skladu s predpisi s tega področja za predstavitev ciljev in dejavnosti društva.
- Prirejanje posvetovanj, predavanj, ekskurzij in študijskih potovanj za svoje člane.
- Vzpostavljanje in vzdrževanje stikov z društvi in organizacijami doma in v tujini, ki imajo podobno dejavnost.

ORGANI DRUŠTVA SO:

- Skupščina
- Upravni odbor
- Disciplinsko razsodišče
- Nadzorni odbor

Statut je na vpogled na sedežu društva.

Pristopnina znaša 100,00 SIT.
 Letna članarina znaša 1000,00 SIT.



SLOVENSKO DRUŠTVO HOSPIC

vabi na seminar

SPREMLJANJE HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH

PROGRAM Moje izkušnje z umirajočimi
Kaj umirajoči najbolj potrebuje
Proces umiranja
Komunikacija
Kako ravnamo z »resnico« ob umirajočem bolniku
Kaj pomeni upati z umirajočim
Kje naj bi ljudje umirali
Pomoč družini umirajočega
Kako ravnamo ob smrti
Spremljanje žalujočih

Seminar je namenjen svojcem in prijateljem hudo bolnih in umirajočih, zdravstvenemu osebju in vsem, ki jih to zanima.

Seminar bo potekal v soboto, 17. 10. 1998, od 9. do 17. ure v prostorih ZDRAVSTVENEGA DOMA DR. A. DROLCA MARIBOR, Vošnjakova ul. 4 – II. vhod, 6. nadstropje.

Prispevek za seminar je 3.000,00 SIT.

Število udeležencev je omejeno, zato prosimo, da se prijavite pisno ali po telefonu na naslov:

DISPANZER ZA PSIHOHIGIENO – za Društvo HOSPIC
enota MARIBOR
Sodna ul. 13, I. nadstropje
tel. 062 / 27 572 ali 22 86 238

UNIVERZA V LJUBLJANI
MEDICINSKA FAKULTETA
KATEDRA ZA INTERNO MEDICINO

in

KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
SPS INTERNA KLINIKA

organizirata

40. TAVČARJEVE DNEVE

6. in 7. novembra 1998 v Grand hotelu Emona v Portorožu

PRVO OBVESTILO

Organizacijski odbor

Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., predsednica

Prim. Franc Mrevlje, dr. med., generalni sekretar

Prim. mag. Miha Koselj, dr. med., blagajnik

Jana Mrak, dr. med. (LEK)

Doc. dr. Maja Ravnik-Oblak, dr. med.

Asist. dr. Dušan Štajer, dr. med.

Marjeta Tomažič, dr. med.

Mag. Vilma Urbančič-Rovan, dr. med.

Prim. mag. Matjaž Vrtovec, dr. med.

Programski odbor

Asist. mag. Hugon Možina, dr. med., predsednik

Asist. mag. Ivo Ferkolj, dr. med.

Prof. dr. Irena Keber, dr. med.

Prof. dr. Polona Peternel, dr. med.

Prof. dr. Blaž Rozman, dr. med.

Kraj in čas

Grand hotel Emona, Kongresni center Bernardin

Portorž, 6. in 7. november 1998

Prijava

Prijavnico pošljite na naslov: **Katedra za interno medicino**

Medicinska fakulteta v Ljubljani

Zaloška 7, 1105 Ljubljana, Slovenija

Prijava bo možna tudi na recepciji srečanja v hotelu Emona. Število udeležencev ni omejeno.

Kotizacija 4.000,00 SIT vključuje udeležbo na strokovnem programu, zbornik, prigrizke in svečano večerjo s plesom. Po prejemu vaše prijavnice vam bomo poslali položnico za plačilo kotizacije.

Kotizacijo boste lahko vplačali tudi neposredno na recepciji strokovnega srečanja.

Kotizacije so oproščeni sekundarji, mladi raziskovalci in študenti medicine.

Namestitev v hotelu ni vključena v kotizacijo. Organizira si jo vsak udeleženec sam.

Rezervacija namestitev:

- po pošti: Hoteli Bernardin, Obala 2, 6320 Portorož
- po telefonu: 066 / 475 51 04 ali 475 51 06
- po faksu: 066 / 75 491

PROGRAM

Petek, 6. novembra 1998

10.00–11.30		Satelitski simpozij LEK Pozdravni nagovor Obravnavna bolnika z angino pektoris Nove možnosti zdravljenja bolnika z angino pektoris
	<i>I. Kranjec</i> <i>P. Rakovec</i>	
11.30–12.00		Odmor
12.00–13.00		Pogovor s strokovnjakom Ateroskleroza in prehrana Obstipacija Ocena krvne slike s hematološkim analizatorjem Oralno zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2
	<i>I. Keber</i> <i>I. Križman</i> <i>D. Andoljšek</i> <i>M. Medvešček</i>	
13.00–14.00		Prigrizek (sponzor LEK)
14.00–15.00		Otvoritev 40. Tavčarjevih dnevov
15.00–15.45	<i>M. Noč</i>	Prehospitarna obravnava bolnikov z akutnim miokardnim infarktom. Ali kje zamujamo?
15.45–16.10	<i>S. Kržišnik-Zorman</i>	Mesto novejših in že ustaljenih laboratorijskih kazalcev nekroze srčne mišice
16.10–16.30	<i>V. Gorjup</i>	Telefonski EKG, opora zdravniku splošne medicine – enoletne izkušnje
16.30–17.00		Odmor s kavo
17.00–18.30		Sekundarna preventiva po srčnem infarktu (vodja sklopa <i>I. Keber</i>)
	<i>I. Keber</i>	Doktrina
	<i>T. Zorko</i>	Nefarmakološki ukrepi
	<i>N. Vene-Klun</i>	Antitrombotično in antikoagulacijsko zdravljenje
	<i>B. Gužič-Salobir</i>	Zdravljenje z lipolitiki
	<i>M. Šabovič</i>	Beta-adrenergični blokatorji in druga zdravila
	<i>Z. Fras</i>	ACE-zaviralci in druga kardioprotektivna zdravila
20.00		Večerja s plesom

Sobota, 7. novembra 1998

9.00–9.30	<i>M. Tomšič</i>	Kdaj je stanje v revmatologiji urgentno?
9.30–10.00	<i>T. Plešivčnik-Novljan</i>	Osteoartroza
10.00–10.30	<i>P. Černelč</i>	Pospešena sedimentacija eritrocitov – pomen koncentracije globulinov gama
10.30–12.00		Kronične vnetne črevesne bolezni (vodja sklopa <i>I. Ferkolj</i>)
	<i>I. Ferkolj</i>	Zakaj, kako in kje se bolezen pojavlja
	<i>S. Štepec</i>	Diagnostični algoritem
	<i>M. Hafner</i>	Posebne oblike
	<i>I. Ferkolj</i>	Skupinski pristop k zdravljenju
	<i>B. Kocijančič</i>	Ocena delazmožnosti in invalidnosti
12.00–13.00		Prigrizek
13.00–13.30	<i>A. Bren</i>	Razpoznava in obravnava nujnih stanj v nefrologiji
13.30–14.00	<i>R. Kveder</i>	Novosti pri zdravljenju kronične ledvične odpovedi
14.15–16.00		Pogovor s strokovnjakom
	<i>I. Keber</i>	Ateroskleroza in prehrana
	<i>I. Križman</i>	Obstipacija
	<i>D. Andoljšek</i>	Ocena krvne slike s hematološkim analizatorjem
	<i>M. Medvešček</i>	Oralno zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2
16.00–16.15		Odmor s kavo
16.15–17.15		Predstavitve kliničnih primerov
17.15–18.30		Ambulantno antikoagulantno zdravljenje (vodja sklopa <i>P. Peternef</i>)
	<i>P. Peternef</i>	Kdo naj nadzira antikoagulantno zdravljenje
	<i>A. Mavri</i>	Antikoagulantno zdravljenje pred operacijo in po njej
	<i>B. Salobir-Pajnič</i>	Krvavitve med antikoagulacijskim zdravljenjem. Kajjo napoveduje in kako ukrepamo?
	<i>N. Vene-Klun</i>	Preprečevanje tromboemboličnih zapletov pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo in undulacijo

Spoštovana kolegica in spoštovani kolega

Tudi letos vas vljudno vabim k aktivnemu sodelovanju. To lahko storite bodisi v obliki krajše predstavitve kliničnega primera, ki bi utegnil biti po vašem mnenju dovolj zanimiv in poučen za slušatelje (predstavitve bodo v soboto popoldan), bodisi v obliki posterja.

Teme posterskih predstavitev naj bodo čim bližje predavanjem, ki jih najdete v programu. Na vašo željo vas lahko povežemo tudi s predavatelji.

Tako za predstavitev kliničnega primera kot posterja pošljite povzetek. Po pregledu poslanega povzetka vas bomo obvestili o tem, ali je vaš prispevek izbran za samostojno predstavitev ali za poster.

Povzetek vašega prispevka bo objavljen v zborniku 40. Tavčarjevih dnevov.

Povzetek pošljite na naslov: *Asist. mag. Hugon Možina, dr. med.*
40. Tavčarjevi dnevi
 Katedra za interno medicino
 Medicinska fakulteta
 Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Povzetek pošljite najkasneje do 15. 9. 1998. Povzetkov, ki bodo prispeli po tem datumu, ne bomo mogli natisniti v zborniku, lahko pa jih boste predstavili, če bodo prispeli do 15. 10. 1998.

Najboljši prispevek bo nagrajen s plačilom vseh stroškov obiska izbranega evropskega kongresa s področja interne medicine.

Navodila za izdelavo posterja bomo poslali tistim udeležencem, ki se bodo prijaviili za postersko predstavitev.

Organizacijski odbor 40. Tavčarjevih dnevov se veseli srečanja z vami.

Odrežite in pošljite v kuverti na naslov

PRIJAVNICA

Katedra za interno medicino
Medicinska fakulteta
 Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prijavljam se za 40. Tavčarjeve dneve v Portorožu, 6. in 7. novembra 1998.

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum: _____ Podpis: _____

**SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
SLOVENIAN MEDICAL SOCIETY**

Sekcija za klinično mikrobiologijo
in hospitalne infekcije

**INŠTITUT ZA MIKROBIOLOGIJO IN IMUNOLOGIJO
MEDICINSKE FAKULTETE**

1000 Ljubljana, Zaloška 4
Tel.: 061 / 302-795, 316-593; faks 061 / 302-895

PROGRAM SREČANJA

IMUNOLOGIJA IN KLINIKA

13. in 14. novembra 1998, srednja predavalnica nove Medicinske fakultete,
Ljubljana, Korytkova 2

Petek, 13. novembra 1998

10.00	<i>V. Kotnik</i>	Imunologija in klinika
10.25	<i>A. Ihan</i>	Kaj pričakujemo od imunoloških testov – metode, rezultati, interpretacija
10.50	<i>J. Tomažič</i>	Pomen imunskih testov pri bolnikih z zmanjšanim imunskim odzivom
11.15–11.45		Odmor za kavo
11.45	<i>S. Koren</i>	Interferoni – pomembni dejavniki v imunskem odzivu
12.10	<i>B. Wraber</i>	Citokini v kliniki – koristna informacija ali podatek odveč
12.35	<i>P. Černelč</i>	Citokini – perspektiva za terapijo
13.00	<i>J. Pretnar</i>	Transplantacija – korist ali škoda
13.25–14.30		Odmor za kosilo
14.30	<i>A. Skralovnik-Štern</i>	Imunski odziv pri tuberkulozi
14.50	<i>M. Terčelj</i>	Humoralna imunost pri pljučnicah
15.10	<i>M. Turelj</i>	Mediatorji eozinofilnega granulocita in astma
15.30	<i>Š. Grosek</i>	Sindrom sistemskega imunskega odziva pri otroku (SIRS)
15.50–16.15		Odmor
16.15	<i>Jochen Barths</i>	External quality control as contribution to standardization
16.40	<i>Francis Vanlangendonck</i>	Interpretation of FACS analysis results
17.05–17.45	Občni zbor sekcije	
18.00	Okrogla miza	Akreditacija mikrobiološko-imunološkega laboratorija
19.00		Družabno srečanje

Sobota, 14. novembra 1998

9.00	<i>V. Glavnik</i>	Pogostnost prirojenih imunskih pomanjkljivosti v Sloveniji
9.25	<i>S. Simčič</i>	Klinični pomen dokazovanja sestavin in naravne odpornosti – fagocitoza
9.50	<i>T. Malovrh</i>	Celična imunost pri spoznavi imunskih pomanjkljivosti in mikrobnih bolezni
9.10	<i>M. Škobrne</i>	Kemotaksa – merilo prizadetosti fagocitnih celic
10.30–11.00		Odmor za kavo in pecivo
11.00	<i>B. Kremžar</i>	Imunski odziv pri politravmatiziranem bolniku
11.25	<i>M. Kuhar</i>	Zdravljenje bolnikov s prirojenimi imunskimi pomanjkljivostmi
11.50	<i>T. Lužnik-Bufon</i>	Prirojene pomanjkljivosti komplementa
12.15	<i>M. Škerl</i>	Zaščita imunsko oslabelega bolnika v bolnišnici
12.30		Razprava in zaključek srečanja

Kotizacija za udeležence znaša **10.000,00 SIT, za člane** Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije **8.000,00 SIT** in **5.000,00 SIT za sekundarije**. Študenti MF in upokojeni zdravniki kotizacije ne plačajo.

Udeležba na srečanju se priznava za podaljšanje licence vsem udeleženiim zdravnikom in zobozdravnikom.

Prijavo s potrdilom o plačani kotizaciji pošljite najkasneje **do 1. novembra 1998 na naslov:**

prim. dr. Marjeta Škerl, dr. med.
Klinični center Ljubljana
Bohoričeva 28, 1000 Ljubljana
tel. 061 / 321-682

Kotizacijo nakažite na žiro račun SZD št. 50101-678-48620 sklic na številko 22-600 s pripisom Imunologija in klinika.

PRIJAVNICA

IMUNOLOGIJA IN KLINIKA

13. do 14. novembra 1998

Priimek in ime _____

Poklic _____ Datum in kraj rojstva _____

Naslov _____

Ustanova _____

Tel./faks _____ Podpis _____

Pravilno in čitljivo izpolnjeno prijavnico pošljite skupaj s potrdilom o plačilu kotizacije ali jo prinesite s seboj (podatki za podaljšanje licence).

7. KARDIOLOŠKI DNEVI V ŠMARJEŠKIH TOPLICAH

20. in 21. novembra 1998

PREVENTIVA V KARDIOLOGIJI

Petek, 20. novembra 1998

9.30–11.00	<i>J. Turk</i> <i>N. Krevs</i> <i>I. Keber</i> <i>Z. Fras</i> <i>D. Pokorn</i>	Uvod – Pomen epidemioloških podatkov bolezni srca in žilja za usmerjeno preventivo Preventiva bolezni srca in žilja v pediatrični kardiologiji Pomen lipidov pri preventivi bolezni srca in žilja Preventiva bolezni srca in žilja pri diabetesu pri polimetabolnem sindromu Prehrana v preventivi srca in žilja Diskusija
11.00–11.30		Odmor za kavo
11.30–13.30	<i>T. Zorko</i> <i>N. Ružič-Medvešček</i> <i>I. Keber, B. Gužič</i> <i>B. Žagar, D. Oblak –</i> <i>Krka, d. d., Novo mesto</i>	Kajenje Telesna aktivnost Preventiva pri ženskah Ali je mogoče preprečiti okvare na tarčnih organih pri hipertenziji Diskusija
15.00–16.30	<i>P. Poredoš</i> <i>J. Dobovišek</i> <i>I. Kranjec</i> <i>M. Horvat</i> <i>G. Voga</i>	Preventiva ateroskleroze Arterijska hipertenzija: primarna preventiva in pomen nadzora hipertenzije za kardiovaskularno obolevnost in umrljivost Preventiva akutnega miokardnega infarkta Preventivni pomen reperfuzijskega zdravljenja pri akutnem miokardnem infarktu Preventiva kardiogenega šoka Diskusija
16.30–17.00		Odmor za kavo
17.00–19.00	<i>M. Bombek, D. Vokač</i> <i>M. F. Kenda</i> <i>T. Lejko-Zupanc, M. Koželj</i> <i>M. Koželj</i> <i>P. Peternel</i>	Preventiva nenadne smrti Preventiva srčnega popuščanja Preventiva infekcijskega endokarditisa pri odraslih Tromboprofilaksa po zamerjavi zaklopk, prirojenih in pridobljenih napakah Tromboprofilaksa pri atrijski fibrilaciji in drugih srčno-žilnih boleznih Diskusija
20.00		Skupna večerja

Sobota, 21. novembra 1998

9.00–10.30	<i>I. Švab</i> <i>F. Gulič</i> <i>J. Poles</i> <i>S. Vidovič-Rauter</i>	Preventiva bolezni srca in žilja v ambulanti zdravnika splošne medicine Vloga ambulantnega kardiologa pri preventivi bolezni srca in žilja Vloga regionalne bolnišnice Vloga rehabilitacijskega centra pri preventivi bolezni srca in žilja Diskusija
10.30–11.00		Odmor za kavo
11.00–13.00	<i>D. Ivaškovič</i> <i>J. Tasič</i> <i>J. Turk</i>	Vloga regionalnih centrov za promocijo zdravja Vloga koronarnih klubov Vloga Društva za srce Diskusija

Občni zbor Združenja kardiologov Slovenije

Simpozij je namenjen kardiologom, internistom, zdravnikom splošne medicine in drugim specialistom.

Kotizacija znaša 15.000,00 SIT (do 15. novembra) in se lahko vplača na žiro račun Združenja kardiologov Slovenije, št.: 50101-678-56715 s pripisom: za kardiološke dneve v Šmarjeških Toplicah 1998, oziroma 20.000,00 SIT pred pričetkom srečanja. Sekundariji in medicinske sestre plačajo znižano kotizacijo 10.000,00 SIT, upokojeni zdravniki so oproščeni kotizacije.

Prijava in informacije: Prijavnico in kopijo potrdila o plačilu pošljite na naslov:
Združenje kardiologov Slovenije
 Klinični center
 Klinični oddelek za kardiologijo
 Zaloška 7, 1525 Ljubljana
 tel: 061 / 317 057, faks: 061 / 302 455

Udeležbo na strokovnem sestanku priznava Zdravniška Zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje zdravnikov in jo upošteva pri podaljševanju licence.

Rezervacije prenočišč: Zdravnišče Šmarješke Toplice, tel.: 068 / 73 230
 Šport Hotel Otočec, tel.: 068 / 75 700 ali 75 701

KLINIČNI ODDELEK ZA NEVROLOGIJO NEVROLOŠKE KLINIKE

v počastitev 25-letnice Združenja MS Slovenije

organizira

v sodelovanju z Lekom in Scheringom AG

MEDNARODNI SIMPOZIJ O ZDRAVLJENJU MULTIPLE SKLEROZE

29. oktobra 1998, Ljubljana, Klinični center, predavalnica 1

PROGRAM

10.00-10.45	Alan J. Thompson	<i>London</i>	Update on symptom management of MS
10.50-11.35	Karl Vass	<i>Dunaj</i>	Management of multiple sclerosis patients: recent options using immunomodulation
11.35-12.00			Odmor
12.00-12.45	Dušan Stefoski	<i>Chicago</i>	Natural history of MS and rationale for early treatment: immunomodulation and the role of Glatiramer acetat (Copaxone)
12.45-13.00	Saša Šega, Alenka Horvat		Immunomodulation treatment of MS in Slovenia

Informacije: *asist. mag. Saša Šega, dr. med.*
 Nevrološka klinika
 tel.: 061 / 311 585
 e-pošta: sasa.sega@guest.arnes.si

Kotizacija: 6.000,00 SIT, plačljiva pred pričetkom simpozija.

ZAVOD ZA POKOJNINSKO IN INVALIDSKO ZAVAROVANJE SLOVENIJE
INVALIDSKA KOMISIJA II. STOPNJE
KLINIČNI ODDELEK ZA KARDIOLOGIJO KC LJUBLJANA
ZDRUŽENJE KARDIOLOGOV SLOVENIJE

organizirajo v sodelovanju z

GOSPODARSKIM VESTNIKOM - IZOBRAŽEVANJE

**SIMPOZIJ O OCENJEVANJU DELOVNE ZMOŽNOSTI,
INVALIDNOSTI IN TELESNE OKVARE PRI
KARDIOLOŠKIH BOLNIKI**

Ljubljana, LEK, 23. in 24. oktober 1998

Organizacijski odbor: *doc. dr. J. Dobovišek, dr. med., doc. dr. M. Koželj, dr. med., prim. T. Šilc, dr. med., B. Gačnik, dipl. iur., M. Kalčič, dipl. iur.*

Uredniški odbor: *G. Džuban, dr. med., prof. dr. M. F. Kenda, dr. med., prof. dr. P. Rakovec, dr. med., prof. dr. J. Sušnik, dr. med.*

PROGRAM

Petek, 23. oktober 1998

- | | | |
|-------------|--|---|
| 8.30-9.30 | Registracija udeležencev | |
| 9.30-10.00 | Pozdravni govori vabljenih predstavnikov in organizatorjev | |
| 10.00 | Predsedstvo: <i>prof. dr. J. Sušnik, dr. med., G. Džuban, dr. med.</i> | |
| 10.00-10.15 | <i>G. Džuban</i> | Ugotavljanje invalidnosti in telesne okvare v invalidskem zavarovanju |
| 10.15-10.30 | <i>M. Rus, N. Arnerič</i> | Ocenjevanje invalidnosti kardioloških bolnikov v invalidskih komisijah |
| 10.30-10.45 | <i>D. Blažič, J. Utroša</i> | Kriteriji začasne delne nezmožnosti pri kardioloških bolnikih |
| 10.45-11.00 | <i>A. Fatur, T. Šilc</i> | Ocenjevanje delovne zmožnosti |
| 11.00-11.15 | <i>J. Sušnik</i> | Pomenskost podatkov analize delovnega mesta v presoji delazmožnosti kardialnih bolnikov |
| 11.15-11.30 | | Razprava |
| 11.30-12.00 | | Odmor |
| 12.00 | Predsedstvo: <i>prof. dr. M. Kenda, dr. med., doc. dr. J. Dobovišek, dr. med.</i> | |
| 12.00-12.15 | <i>M. F. Kenda</i> | Ishemična bolezen srca - Angina pectoris |
| 12.15-12.30 | <i>J. Poles</i> | Stanje po miokardnem infarktu |
| 12.30-12.45 | <i>D. Zorman</i> | Kardiomiopatije in stanje po transplantaciji srca |
| 12.45-13.00 | <i>N. Ružič-Medvešček</i> | Srčne hibe in konstruktivni perikarditis |
| 13.00-13.15 | <i>M. Koželj</i> | Prirojene srčne napake pri odraslih in stanje po kirurški popravi |
| 13.15-13.30 | | Razprava |
| 13.30-16.00 | | Kosilo |
| 16.00 | Predsedstvo: <i>prof. dr. P. Rakovec, dr. med., prof. dr. I. Keber, dr. med.</i> | |
| 16.00-16.15 | <i>J. Dobovišek</i> | Ocena delazmožnosti pri arterijski hipertenziji |
| 16.15-16.30 | <i>I. Keber</i> | Kronično srčno popuščanje |
| 16.30-16.45 | <i>P. Rakovec</i> | Delazmožnost pri aritmijah in stanju po vstavitvi srčnega spodbujevalnika |
| 16.45-17.00 | <i>P. Poredoš</i> | Kronične motnje perifernega arterijskega obtoka |
| 17.00-17.15 | <i>A. Kožar</i> | Psihološki aspekti ocene delazmožnosti kardioloških bolnikov |
| 17.15-17.45 | | Razprava |
| 20.00 | | Večerja |

Sobota, 24. oktober 1998

9.00	Predsedstvo: <i>prof. dr. I. Kranjec, dr. med., doc. dr. M. Milčinski, dr. med.</i>	
9.00-9.15	J. Tasič	Ergometrija
9.15-9.30	J. Markež	Ehokardiografija
9.30-9.45	M. Milčinski	Nuklearno medicinske preiskave v kardiologiji
9.45-10.00	I. Kranjec	Invazivna diagnostika
10.00-10.15		Razprava
10.15-10.45		Odmor
10.45	Predsedstvo: <i>prof. dr. J. Turk, dr. med., prim. T. Šilc, dr. med.</i>	
10.45-11.00	J. Turk	Predlog spremembe seznama bolezenskih stanj srca za oceno telesne okvare
11.00-11.15	M. Prašnikar	Ocenjevanje invalidnosti in telesne okvare pri bolnikih z boleznijo srca
11.15-11.30	M. Bombek, B. Kamenik, J. Demšar	Izkušnje internista kardiologa-klinika pri izvedeništvu v invalidski komisiji
11.30-11.45	T. Majič	Ocena delovne zmožnosti srčnih bolnikov pri specifičnih poklicih
11.45-12.00		Razprava
12.00	Zaključki: <i>prof. M. F. Kenda, dr. med., prof. dr. P. Rakovec, dr. med., G. Džuban, dr. med.</i>	

Simpozij je namenjen zdravnikom v osnovnem zdravstvu, zdravnikom - izvedencem invalidskih in zdravniških komisij, kardiologom - internistom

Kotizacija: 30.000,00 SIT za nakazila na žiro račun: Nova LB-GV, d.d. 50100-603-41495, sklic na št. 823395. Vsi udeleženci bodo prejeli zbornik predavanj pred začetkom simpozija. V kotizacijo so všteti še prigrizki in kosilo.

Dodatne informacije: *prim. T. Šilc, dr. med.*
ZPIZS, IK II. stopnje
tel. 061 / 318-555 ali 318-559

Zdravniška zbornica Slovenije bo udeležbo na simpoziju upoštevala za podaljševanje licence.

INŠTITUT ZA KLINIČNO NEVROFIZIOLOGIJO

bo novembra 1998 organiziral

9. TEČAJ KLINIČNE NEVROFIZIOLOGIJE ZA SPECIALIZANTE

z naslovom

OSNOVE ELEKTROFIZIOLOŠKE DIAGNOSTIKE MIŠIC IN PERIFERNEGA ŽIVČEVJA

Prijave sprejemamo do 5. oktobra 1998 na naslov: *Ga. Vanja Škedelj*
Inštitut za klinično nevrofiziologijo
tel.: 061 / 133 91 90

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
ZDRUŽENJE PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

LETNA KONFERENCA SLOVENSkih PNEVMOLOGOV

in

OBČNI ZBOR ZDRUŽENJA

4. in 5. decembra 1998, Hotel LEK, Kranjska gora

STROKOVNI PROGRAM

Petek, 4. decembra 1998

15.00	Postavitev posterjev Simpozij: Strokovni odbor: Organizacijski odbor:	Invazivna pnevmologija <i>J. Šorli, A. Debeljak, S. Šuškovič</i> <i>M. Fležar, M. Košnik, D. Eržen</i>
16.00	Diagnostična invazivna pnevmologija I. Moderator:	<i>J. Šorli</i>
16.00	<i>J. Šorli, D. Eržen</i>	Upogljiva bronhoskopija
16.20	<i>A. Debeljak, K. Osolnik</i>	Toga bronhoskopija
16.40	<i>P. Kecelj, A. Debeljak</i>	Bronhoskopska igelna aspiracija
17.00	<i>M. Terčelj, S. Šuškovič, N. Triller</i>	Pertoralna igelna biopsija
17.20	<i>Z. Remškar, P. Kecelj, L. Rezar</i>	Plevralna punkcija in biopsija
17.40	<i>A. Debeljak, P. Kecelj</i>	Diagnostična torakoskopija
18.00	Občni zbor združenja Poročilo predsednika združenja Poročilo blagajnika združenja Poročilo nadzornega odbora Podelitev Levičnikove nagrade Proglasitev častnega člana združenja	
20.00	Skupna večerja	

Sobota, 5. decembra 1998

	Diagnostična in invazivna pnevmologija II. Moderator: <i>A. Debeljak</i>	
9.00	<i>I. Kern, M. Mermolja</i>	Citologija invazivno odvzetih vzorcev
9.20	<i>T. Rott, I. Kern</i>	Histologija invazivno odvzetih vzorcev
9.40	<i>M. Kumelj, N. Triller, D. Trinkhaus</i>	Bakteriologija invazivno odvzetih vzorcev
10.00	<i>M. Žolnir, N. Triller</i>	Mycobacterium tuberculosis v invazivno odvzetih vzorcih
10.20	<i>E. Mušič, M. Košnik</i>	Imunološke preiskave invazivno odvzetih vzorcev
10.30	Predstavitev in diskusija posterjev Moderator: <i>S. Šuškovič</i>	
	Terapevtska invazivna pnevmologija Moderator: <i>S. Letonja</i>	
11.00	<i>N. Triller, M. Terčelj, S. Letonja, T. Varga</i>	Terapevtska bronhoskopija
11.20	<i>A. Debeljak, J. Šorli, I. Koren, S. Kajba</i>	Tujki traheobronhialnega sistema
11.40	<i>F. Šifrer, I. Drinovec, D. Trinkhaus</i>	Izpraznilna punkcija, eksufliacija, drenaža, plevrodeza
12.00	<i>M. Turel, A. Debeljak, P. Kecelj</i>	Torakoskopska plevrodeza

Doc. dr. Stanislav Šuškovič,
predsednik Združenja

OBVESTILO

O LETNI KONFERENCI ZDRUŽENJA SLOVENSКИH PNEVMOLOGOV ZA LETO 1998

Spoštovani!

Vljudno vas vabim, da se udeležite letne konference Zdrženja Slovenskih pnevmologov. Letos bo konferenca potekala v Hotelu Lek, Kranjska gora.

Konferenca bo potekala, kot je že ustaljeno na petek popoldne in v soboto dopoldne - 4. in 5. decembra.

Glavna tema letošnje letne konference bo posvečena invazivni pnevmologiji. Predavatelje smo izbrali glede na njihovo dosedanje delo z navedenega področja in bodo prišli iz različnih zdravstvenih ustanov po Sloveniji. Po predvidevanjih bomo udeležencem konference že pred pričetkom predavanj razdelili Zbornik invazivne pnevmologije.

Veseli bom vaše udeležbe, še zlasti če bo aktivna. Zato vas prosim, da mi čimprej sporočite naslov posterja (s poljubnimi temami), s katerim bi želeli nastopiti.

Prijave za konferenco sprejema *ga. Dragica Sukič* pisno ali na telefon 064 / 46 11 22, int. 209.

Kotizacija znaša 12.000,00 SIT. Plačate jo lahko s položnico SZD pnevmološka sekcija Golnik, št. žiro računa 51500-678-86127 s pripisom »kotizacija za letno konferenco« ali osebno ob prihodu na sestanek.

Doc. dr. Stanislav Šuškovič,
predsednik Pnevmoške sekcije



kapsule

Diflazon[®]

flukonazol

- *v svetu največ predpisovani sistemski antimikotik*
- *edini peroralni sistemski antimikotik za zdravljenje vaginalne kandidoze, ki ga je odobril FDA*

Skrajšano navodilo

Flukonazol je sistemski antimikotik iz skupine triazolov.

Odmerjanje pri različnih indikacijah:

<i>vaginalna kandidoza</i>	<i>150 mg v enkratnem odmerku</i>
<i>mukozna kandidoza</i>	<i>50 do 100 mg na dan</i>
<i>dermatomikoze</i>	<i>50 mg na dan ali 150 mg na teden</i>
<i>sistemska kandidoza</i>	<i>prvi dan 400 mg, nato od 200 do 400 mg na dan Največji dnevni odmerek je 800 mg.</i>
<i>preprečevanje kandidoze</i>	<i>50 do 400 mg na dan</i>
<i>kriptokokni meningitis</i>	<i>prvi dan 400 mg, nato od 200 do 400 mg na dan</i>
<i>vzdrževalno zdravljenje</i>	<i>200 mg na dan</i>

Kontraindikacije: Preobčutljivost za zdravilo ali sestavine zdravila. **Interakcije:** Pri enkratnem odmerku flukonazola za zdravljenje vaginalne kandidoze klinično pomembnih interakcij ni. Pri večkratnih in večjih odmerkih so možne interakcije s terfenadinom, cisapridom, astemizolom, varfarinom, derivati sulfonilureje, hidroklorotiazidom, fenitoinom, rifampicinom, ciklosporinom, teofilinom, indinavirom in midazolamom. **Nosečnost in dojenje:** Nosečnica lahko jemlje zdravilo le, če je korist zdravljenja za mater večja od tveganja za plod. Doječe matere naj med zdravljenjem s flukonazolom ne dojijo. **Stranski učinki:** Povezani so predvsem s prebavnim traktom: slabost, napenjanje, bolečine v trebuhu, driska, zelo redko se pojavijo preobčutljivostne kožne reakcije, anafilaksija in angioedem – v tem primeru takoj prenehamo jemati zdravilo. Pri bolnikih s hudimi glivičnimi obolenji lahko pride do levkopenije in trombocitopenije in do povečane aktivnosti jetrnih encimov. **Oprema in način izdajanja:** 7 kapsul po 50 mg, 28 kapsul po 100 mg, 1 kapsula po 150 mg. Na zdravniški recept. 5/98.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



Krka, d. d., Novo mesto
Šmarješka cesta 6
8501 Novo mesto

Za bolnike z depresijo

**Pomaga povrniti
mirne noči**



**Pomaga povrniti
aktivne dni**

**Pomaga pri
nadaljevanju
terapije**

Indikacije

- depresija
- obsesivno-kompulzivne nevroze
- bulimia nervosa


Oblika in pakiranje

- kapsule 14 x 20 mg
- kapsule 28 x 20 mg
- oralna raztopina, steklenička à 70 ml raztopine

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

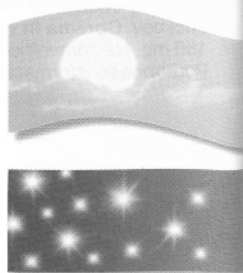
Izberite najboljšo možnost

PROZAC[®]
fluoksetin hidroklorid
Za mirne noči in aktivne dni

 **NEUROSCIENCE**
Improving lives, restoring hope



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

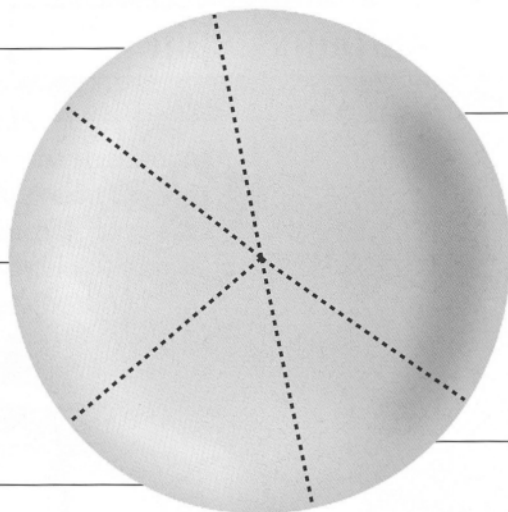


Ko udarijo mikrobi, udarite nazaj.

eterično olje
evkalipta

mentol

timol



benzalkonijev
klorid

eterično olje
poprove mete

- Poznane in cenjene v 22 državah.
- Zdravijo blaga vnetja v ustih in žrelu in preprečujejo nastanek sekundarnih infekcij.
- Izdelane so po posebnem tehnološkem postopku, ki omogoča počasno sproščanje aktivnih snovi in s tem zagotavlja učinkovito delovanje.

Skrajšano navodilo

Sestava. Pastile Septolete so kombinacija širokospektralnega antibiotika in učinkovin rastlinskega izvora, ki povečajo antiseptično delovanje preparata in izboljšajo okus.

Ena pastila vsebuje 1 mg benzalkonijevega klorida, 1,2 mg mentola, 1 mg eteričnega olja poprove mete, 0,6 mg eteričnega olja evkalipta in 0,6 mg timola.

Protimikrobni spekter. Deluje predvsem na po Gramu pozitivne bakterije. Dokazano je, da delujejo tudi fungicidno, in sicer na *Candido albicans* in na nekatere lipofilne viruse.

Indikacije. Pri blagih infekcijah v ustih in žrelu, za zaščito pri gripoznih infekcijah in prehladu, pri vnetju dlesni in ustne sluznice, pri hripavosti in slabem zadahu.

Odmerjanje. Eno pastilo raztopimo v ustih vsaki dve do tri ure. Odraslim priporočamo 6 do 8 pastil na dan. Za otroke od 4. leta starosti naprej priporočamo 4 pastile, od 10. leta starosti pa 6 pastil na dan.

- Septolete ne povzročajo stranskih učinkov, če jih jemljemo v priporočenih odmerkih. Pri občutljivih ljudeh lahko jemanje večjih odmerkov od predpisanih pripelje do želodčno-črevesnih težav. Takrat je treba pastile prenehati jemati.
- Septolete ne smejo jemati osebe, ki so preobčutljive za katerokoli sestavino zdravila.
- Ne priporočamo jih otrokom do 4. leta starosti.
- Nosečnice in doječe matere lahko jemljejo Septolete po priporočilu zdravnika.
- Diabetiki morajo vedeti, da vsebuje vsaka pastila 0,64 g sladkorja.
- Toksični odmerek benzalkonijevega klorida znaša od 1 g do 3 g.
- Oprema: 30 pastil.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.





TEGRETOL[®]
TEGRETOL[®] CR

karbamazepin

V NEVROLOGIJI
in
PSIHIATRIJI

 **PLIVA**

MIACALCIC® POMAGA PREMAGATI OSTEOPOROZO

Nosno pršilo Miacalcic izroči kalcitonin v obliki nežne meglice na površino nosne sluznice, od tam pa hitro preide v kost.

V kosti Miacalcic zavira razgradnjo kosti in poveča se gostota kostne mase.¹

Klinično je dokazano, da nosno pršilo Miacalcic zmanjša bolečino² in omogoči gibanje.

Vgrajeni števec odmeri dozo in registrira vsako uporabo nosnega pršila, kar je praktična pomoč bolniku pri rednem jemanju zdravila, preprečuje pa tudi predoziranje.

Ko imate pred seboj bolnika z osteoporozo, se spomnite na Miacalcic.



Literatura: 1. Christiansen C. Use of nasally administered salmon calcitonin in preventing bone loss. *Calcif Tissue Int.* 1991; 49 (suppl 2): S14-S15. 2. Gennari C et al. Use of calcitonin in the treatment of bone pain associated with osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 1991; 49 (suppl 2): S9-S13.

Miacalcic - za uravnavanje metabolizma kosti in mineralov. Sestava: aktivna učinkovina je sintetiziran lososov kalcitonin. **Indikacije:** osteoporozo, bolečine v kosteh povezane z osteolizo in/ali osteopenijo, Pagetova kostna bolezen, hiperkalcemična kriza, nevrodistrofične motnje (Sudeckova bolezen), akutni pankreatitis (glej celotno navodilo). **Doziranje:** odvisno od indikacije in načina uporabe (glej celotno navodilo). **Kontraindikacije:** preobčutljivost za Miacalcic. **Interakcije:** interakcije z drugimi zdravili niso znane. **Previdnostni ukrepi:** nosečnost in dojenje; pri bolnikih nagnjenih k preobčutljivostnim reakcijam priporočamo izvedbo kožnih testov. Uporaba pri otrocih je omejena na nekaj tednov. Nosno pršilo: intranazalna absorpcija kalcitonina se pri rinitisu lahko poveča. **Stranski učinki:** slabost in včasih bruhanje, občutek vročine v glavi z rahlo rdečico obraza. V redkih primerih se lahko pojavijo preobčutljivostne reakcije, vključno z lokalno reakcijo na mestu injiciranja ali generalizirano kožno reakcijo. Objavljeno je bilo nekaj anafilaktičnih reakcij, katerih znaki so bili tahikardija, hipotenzija in kolaps. Stranski učinki so redkejši pri uporabi pršila za nos (glej celotno navodilo). **Oprema:** Pršilo za nos: 2 ml raztopine Miacalcic Nasal 100 (1100 i. e./ml); 2 ml raztopine Miacalcic Nasal 50 (550 i. e./ml); Injekcije: 5 ampul po 1 ml (100 i. e./1ml). **Informacije in literatura so na voljo pri Sandoz Pharma Services Ltd. Basel, Predstavništvo**

MIACALCIC®

NOVARTIS PHARMA SERVICES Inc.
Podružnica v Sloveniji
Dunajska 22
1511 Ljubljana

Telefon: 061/133 04 04
Faks: 061/133 96 55

Cynt[®]
moksonidin

pomeni učinkovito in fiziološko uravnavanje krvnega pritiska tekom celega dne z enkratnim odmerkom



Preprečuje skoke krvnega tlaka v **zgodnjih jutranjih** urah in s tem varuje pred srčnim infarktoma in možgansko kapjo.

Zmanjšuje nevarne padce krvnega tlaka **ponoči**.

Učinkovito uravnava tlak v **dnevni** urah z enkratnim odmerkom.

Zato je Cynt najboljša izbira za bolnike:

- s povišanim simpatikotonusom
- z motnjami v presnovi lipidov
- s prizadetim respiratornim sistemom
- s sladkorno boleznijo
- za starejše bolnike
- ki ne prenašajo drugih antihipertenzivov

Indikacije: Esencialna arterijska hipertenzija

Oblika in pakiranje: 30 filmskih tablet po 0,2 mg moksonidina
30 filmskih tablet po 0,3 mg moksonidina
30 filmskih tablet po 0,4 mg moksonidina

Dodatne informacije o zdravilu so na voljo v strokovnih publikacijah, ki jih dobite na našem naslovu.

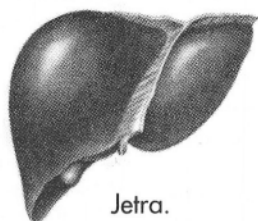
Čas je za Cynt



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

Vi izberete bolnika

**Lescol izbere
mesto delovanja.**



Jetra.

Novo zdravilo Lescol spada v skupino statinov in je eno najučinkovitejših zdravil za zniževanje holesterola v krvi¹.

Lescol selektivno deluje v jetrih, zato je učinkovito in hkrati varno zdravilo^{2,3}. Ker v krvnem obtoku ni aktivnih metabolitov, so sistemski stranski učinki enaki placebo^{4,5}, zato ga bolniki zelo dobro prenašajo⁶.

Lescol nima pomembnejših interakcij in ga lahko uporabljamo skupaj z drugimi zdravili, ki se običajno uporabljajo za zdravljenje bolezni srca in ožilja ali sladkorne bolezni⁷.

Če dieta ne učinkuje zadovoljivo, je izbira Lescola pravilna odločitev za bolnike, ki imajo poleg povišanega holesterola še druge dejavnike tveganja.

Odgovornost je na vaši strani.

LESCOL[®]
FLUVASTATIN

nadzorovano uravnavanje holesterola

Literatura: 1. Feher MD et al. Lipids and Lipid Disorders, Gower, London 1990. / 2. Banga JD, Jacotot B, Pfister P, Mehra M, for the French-Dutch Fluvastatin Study Group. Long-term fluvastatin treatment of hypercholesterolemia: A 52-week multicenter safety and efficacy study. Am J Med 1994;96(suppl 6A):87S-93. / 3. Davidson MH, on behalf of FLUENT Investigators Group. Fluvastatin Long-Term Extension Trial (FLUENT): Summary of efficacy and safety. Am J Med 1994; 96 (Suppl 6A): 41S-4. / 4. Levy RI, Troendle AJ, Fattu JM. A quarter century of drug treatment of dyslipoproteinemia, with a focus on the new HMG-CoA reductase inhibitor fluvastatin. Circulation 1993;87(4):45-53. / 5. Tse FLS, Jaffe JM, Troendle A. Pharmacokinetics of fluvastatin after single and multiple doses in normal volunteers. J Clin Pharmacol 1992;32:630-8. / 6. Jokubaitis LA. Updated clinical safety experience with fluvastatin. Am J Cardiol 1994;73:18D-24. / 7. Smith HT, Jokubaitis LA, Troendle AJ, Hwang DS, Robinson WT. Pharmacokinetics of fluvastatin and specific drug interactions. Am J Hypertens 1993;6:375S-82.

NOVARTIS PHARMA SERVICES Inc.
Podružnica v Sloveniji
Dunajska 22
1511 Ljubljana

Telefon: 061/133 04 04
Faks: 061/133 96 55

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA

Zdravniški vestnik (ZV) je glasilo Slovenskega zdravniškega društva. Naslov uredništva je: Zdravniški vestnik, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, telefon (061) 317 868, telefaks (061) 301 955.

Splošna načela

ZV objavlja le izvorna, še ne objavljena dela. Avtor je odgovoren za vse trditve, ki jih v prispevku navaja. Če je članek pisalo več soavtorjev, je treba navesti natančen naslov (s telefonsko številko) tistega avtorja, s katerim bo uredništvo sodelovalo pri urejanju teksta za objavo ter mu pošiljalo prošnje za odtis.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene skladno z načeli Kodeksa medicinske deontologije in Deklaracije iz Helsinkov/Tokija.

Če delo obravnava poizkuse na živalih, mora biti razvidno, da je bilo opravljeno skladno z etičnimi načeli.

Prispevki bodo razvrščeni v eno od naslednjih rubrik: uvodnik, raziskovalni prispevek, strokovni prispevek, pregledni članek, kakovost v zdravstvu, pisma uredništvu in razgledi.

Raziskovalna poročila morajo biti napisana v angleščini. Dolga naj bodo do 8 tipkanih strani. Slovenski izvleček mora biti razširjen in naj bo dolg do tri tipkane strani. Angleški ne sme biti daljši od 250 besed.

Če besedilo zahteva aktivnejše posege angleškega lektorja, nosi stroške avtor.

Ostali prispevki za objavo morajo biti napisani v slovenščini jedrnato ter strokovno in slogovno neoporečno. Pri raziskovalnih in strokovnih prispevkih morajo biti naslov, izvleček, ključne besede, tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Članki so lahko dolgi največ 12 tipkanih strani (po 30 vrstic) s tabelami in literaturo vred.

V besedilu se uporabljajo le enote SI in tiste, ki jih dovoljuje Zakon o merskih enotah in merilih.

Spremni dopis

Spremno pismo mora vsebovati: 1. izjavo, da poslano besedilo ali katerikoli del besedila (razen abstrakta) ni bilo poslano v objavo nikomur drugemu; 2. da so vsi soavtorji besedilo prebrali in se strinjajo z njegovo vsebino in navedbami; 3. kdaj je raziskavo odobrila Etična komisija; 4. da so preiskovanci dali pisno soglasje k sodelovanju pri raziskavi; 5. pisno dovoljenje za objavo slik, na katerih bi se morebiti lahko prepoznala identiteta pacienta; 6. pisno dovoljenje založbe, ki ima avtorske pravice, za ponatis slik, shem ali tabel.

Tipkopis

Prispevki morajo biti poslani v trojniku, tipkani na eni strani boljšega belega pisarniškega papirja formata A4. Med vrsticami mora biti dvojni razmik (po 30 vrstic na stran), na vseh straneh pa mora biti rob širok najmanj 30 mm. Avtorji, ki pišejo besedila s pomočjo PC kompatibilnega računalnika, jih lahko pošljejo uredništvu v enem izpisu in na 5.25 ali 3.5 inčni disketi, formatirani na 360 KB ali 1,2 MB, kar bo olajšalo uredniški postopek. Ko je le-ta končan, uredništvo disketo vrne. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows ali z drugim besedilnikom, ki hrani zapise v ASCII kodi.

V besedilu so dovoljene kratice, ki pa jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Že uveljavljenih okrajšav ni treba razlagati (npr. l za liter, mg za miligram itd.).

Naslovna stran članka naj vsebuje slovenski naslov dela, angleški naslov dela, ime in priimek avtorja z natančnim strokovnim in

akademskim naslovom, popoln naslov ustanove, kjer je bilo delo opravljeno (če je delo skupinsko, naj bodo navedeni ustrezni podatki za soavtorje). Naslov dela naj jedrnato zajame bistvo vsebine članka. Če je naslov z avtorjevim imenom in priimkom daljši od 90 znakov, je potrebno navesti še skrajšano verzijo naslova za tekoči naslov. Na naslovni strani naj bo navedenih tudi po pet ključnih besed (uporabljene naj bodo besede, ki natančneje opredeljujejo vsebino prispevka in ne nastopajo v naslovu; v slovenščini in angleščini) ter ev. financerji raziskave (s številko pogodbe).

Druga stran naj vsebuje slovenski izvleček, ki mora biti strukturiran in naj vsebuje naslednje razdelke in podatke:

Izbodišča (Background): Navesti je treba glavni problem in namen raziskave in glavno hipotezo, ki se preverja.

Metode (Methods): Opisati je treba glavne značilnosti izvedbe raziskave, opisati vzorec, ki se preučuje (npr. randomizacija, dvojno slepi poizkus, navzkrižno testiranje, testiranje s placebom itd.), standardne vrednosti za teste, časovni odnos (prospektivna, retrospektivna študija).

Navesti je treba način izbora preiskovancev, kriterije vključitve, kriterije izključitve, število preiskovancev, vključenih v raziskavo in koliko jih je vključenih v analizo. Opisati je treba posege, metode, trajanje jemanja posameznega zdravila, kateri preparati se med seboj primerjajo (navesti je treba generično ime preparata in ne tovarniško) itd.

Rezultati (Results): Opisati je treba glavne rezultate študije. Pomembne meritve, ki niso vključene v rezultate študije, je treba omeniti. Pri navedbi rezultatov je treba vedno navesti interval zaupanja in natančno raven statistične značilnosti. Pri primerjalnih študijah se mora interval zaupanja nanašati na razlike med skupinami. Navedene morajo biti absolutne številke.

Zaključki (Conclusions): Navesti je treba le tiste zaključke, ki izhajajo iz podatkov, dobljenih pri raziskavi; treba je navesti ev. klinično uporabnost ugotovitev. Navesti je treba, kakšne dodatne študije so še potrebne, preden bi se zaključki raziskave klinično uporabili. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot negativne ugotovitke.

Ker nekateri prispevki (npr. pregledni članki) nimajo niti običajne strukture članka, naj bo pri teh strukturiranost izvlečka ustrezno prilagojena. Dolg naj bo od 50 do 200 besed; na tretji strani naj bodo: angleški naslov članka, ključne besede v angleščini in angleški prevod izvlečka.

Na naslednjih straneh naj sledi besedilo članka, ki naj bo smiselno razdeljeno v poglavja in podpoglavja, kar naj bo razvidno iz načina podčrtavanja naslova oz. podnaslova, morebitna zahvala in literatura. Odstavki morajo biti označeni s spuščeno vrstico. Tabele, podpisi k slikam in razlaga v tekstu uporabljenih kratic morajo biti napisani na posebnih listih.

Tabele

Natipkane naj bodo na posebnem listu. Vsaka tabela mora biti oštevilčena z zaporedno številko. Tabela mora imeti najmanj dva stolpca. Vsebovati mora: naslov (biti mora dovolj poveden, da razloži, kaj tabela prikazuje, ne da bi bilo treba brati članek; če so v tabeli podatki v odstotkih, je treba v naslovu navesti bazo za računanje odstotka; navesti je treba od kod so podatki iz tabele, ev. mere, če veljajo za celotno tabelo, razložiti podrobnosti glede vsebine v glavi ali čelu tabele), čelo, glavo, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter opombe ali pa legendo uporabljenih kratic v tabeli. Vsa polja tabele morajo biti izpolnjena in mora biti jasno označeno, če morebitni podatki manjkajo.

V besedilu prispevka je treba označiti, kam spada posamična tabela.

Slike

Risbe morajo biti risane s črnim tušem na bel trd papir. Pri velikosti je treba upoštevati, da bodo v ZV pomanjšane na širino stolpca (81 mm) ali kvečjemu na dva stolpca (168 mm). Morebitno besedilo na sliki mora biti izpisano z laserskim tiskalnikom. Pri velikosti črk je treba upoštevati, da pri pomanjšanju slike za tisk velikost črke ne sme biti manjša od 2 mm. Grafikoni, diagrami in sheme naj bodo uokvirjeni.

Na hrbtni strani vsake slike naj bo s svinčnikom napisano ime in priimek avtorja, naslov članka in zaporedna številka slike. Če je treba, naj bo označeno kaj je zgoraj in kaj spodaj.

V besedilu prispevka je treba označiti, kam spada posamična slika.

Literatura

Vsako trditev, dognanje ali misel drugih je treba potrditi z referenco. Neobjavljeni podatki ali osebno sporočilo ne spada v seznam literature. Navedke v besedilu je treba oštevilčiti po vrstnem redu, v katerem se prvič pojavijo, z arabskimi številkami v oklepaju. Če se pozneje v besedilu znova sklicujemo na že uporabljeni navedek, navedemo številko, ki jo je navedek dobil pri prvi omembi. Navedki, uporabljeni v tabelah in slikah, naj bodo oštevilčeni po vrstnem redu, kakor sodijo tabele in slike v besedilo. Pri citiranju več del istega avtorja dobi vsak navedek svojo številko, starejša dela je treba navesti prej. Vsi navedki iz besedila morajo biti vsebovani v seznamu literature.

Literatura naj bo zbrana na koncu članka po zaporednih številkah navedkov. Če je citirani članek napisalo 6 avtorjev ali manj, jih navedite vse; pri 7 ali več je treba navesti prve tri in dodati et al. Če pisec prispevka v originalni objavi ni imenovan, se namesto njega napiše Anon. Naslove revij, iz katerih je navedek, je treba krajšati kot določa Index Medicus.

Primeri citiranja

–primer za knjigo:

1. Bohinjec J. Temelji klinične hematologije. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1983: 182–3.

–primer za poglavje iz knjige:

2. Garnick MB, Brenner BM. Tumors of the urinary tract. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Fauci AS eds. Harrison's principles of internal medicine. 11th ed. Vol 2. New York: McGraw Hill, 1987: 1218–21.

–primer za članek v reviji:

3. Šmid L, Žargi M. Konikotomija – zakaj ne. Med Razgl 1989; 28: 255–61.

–primer za članek iz revije, kjer avtor ni znan:

4. Anon. An enlarging neck mass in a 71-year-old woman. Am J Med 1989; 86: 459–64.

–primer za članek iz revije, kjer je avtor organizacija:

5. American College of Physicians. Clinical ecology. Ann Int Med 1989; 111: 168–78.

–primer za članek iz suplementa revije:

6. Miller GJ. Antithrombotic therapy in the primary prevention of acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1989; 64: Suppl 4: 29B–32B.

–primer za članek iz zbornika referatov:

7. Schneider W. Platelet metabolism and membrane function. In: Ulutin ON, Vinazzer H eds. Proceeding of 4th international meeting of Danubian league against thrombosis and haemorrhagic diseases. Istanbul: Goetzlem Printing and Publishing Co, 1985: 11–5.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Prispevke oddajte ali pošljite le na naslov: Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 Ljubljana. Za prejete prispevke izda uredništvo potrdilo. V primeru nejasnosti so uredniki na voljo za posvet, najbolje po poprejšnjem telefonskem dogovoru (tel. 061 / 317 868).

Vsak članek daje uredništvo v strokovno recenzijo in jezikovno lekturo. Po končanem redakcijskem postopku, strokovni recenziji in lektoriranju vrnemo prispevek avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in oskrbi čistopis, ki ga vrne s popravljenim prvotnim izvirnikom. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine članka.

Avtor dobi v korekturo prvi krtačni odtis s prošnjo, da na njem označi vse tiskovne napake. Spreminjanja besedila ob tej priliki uredništvo ne bo upoštevalo. Korekture je treba vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da avtor nima pripomb.

Rokopisov in slikovnega materiala uredništvo ne vrača.

Dovoljenje za ponatis slik, objavljenih v ZV, je treba zaprositi na Uredništvo Zdravniškega vestnika, Komenskega 4, 1000 Ljubljana.

Navodila za delo recenzentov

Če zaprošeni recenzent prispevka ne more sprejeti v oceno, naj rokopis vrne. Hvaležni bomo, če v tem primeru predlaga drugega primerne recenzenta. Če meni, naj bi uredništvo poleg njega prosilo za oceno prispevka še enega recenzenta (multidisciplinarna ali mejna tema), naj to navede v svoji oceni in predlaga ustreznega strokovnjaka.

Recenzentovo delo je zelo odgovorno in zahtevno, ker njegovo mnenje največkrat vodi odločitev uredništva o usodi prispevka. S svojimi ocenami in sugestijami recenzenti prispevajo k izboljšanju kakovosti našega časopisa. Po ustaljeni praksi ostane recenzent avtorju neznan in obratno.

Če recenzent meni, da delo ni vredno objave v ZV, prosimo, da navede vse razloge, zaradi katerih delo zasluži negativno oceno. Negativno ocenjen članek po ustaljenem postopku skupaj z recenzijo (seveda anonimno) uredništvo pošlje še enemu recenzentu, kar se ne sme razumeti kot izraz nezaupanja prvemu recenzentu.

Prispevke pošiljajo tudi mladi avtorji, ki žele svoja zapažanja in izdelke prvič objaviti v ZV; tem je treba pomagati z nasveti, če prispevek le formalno ne ustreza, vsebuje pa pomembna zapažanja in sporočila.

Od recenzenta uredništvo pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu ter bo ugotovil, če je avtor upošteval navodila sodelavcem, ki so objavljena v vsaki številki ZV, in da bo preveril, če so podane trditve in misli verodostojne. Recenzent mora oceniti metodologijo in dokumentacijo ter opozoriti uredništvo na ev. pomanjkljivosti, posebej še v rezultatih.

Ni potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem in korigiranjem, čeprav ni napak, če opozori na take pomanjkljivosti. Posebej Vas prosimo, da ste pozorni na to, ali je naslov dela jasen in koncizen ter ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvene podatke članka; ali avtor citira najnovejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih časopisih ali v ZV; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali so literaturni citati točni. Preveriti je treba dostopne reference. Prav tako je treba oceniti, če so slike, tabele in grafi točni in da se v tabelah ne ponavlja tisto, kar je že navedeno v tekstu; da ne vsebujejo nepojasnjenih kratic, da so številčni podatki v tabelah ustrezni onim v tekstu ter da ni napak.

Če recenzent meni, da delo potrebuje dopolnilo (komentar) ali da bi ga sam lahko dopolnil (s podatki iz literature ali lastnimi izkušnjami), se lahko dogovori z urednikom, da se tak komentar objavi v isti številki kot ocenjevano delo.

Recenzij ne plačujemo.



Zdravniški vestnik

JOURNAL OF SLOVENE MEDICAL SOCIETY, ZDRAV VESTN, YEAR 67, OCTOBER 1998, Pages 557-628, Number 10

135th ANNUAL MEETING OF SLOVENE PHYSICIANS Radenci, October 16th-17th, 1998

Co-operation between a physician and a patient - basis for quality of health services

CONTENTS

ARTICLES

- A physician - patient's defender**, P. Poredoš 557
- A physician in transition**, M. Premik 561
- The quality of health services through the eyes of the patient**, M. Dovjak-Plešej 567
- Physician-patient relationship from viewpoint of normatives in health service**, J. Zajec 571
- Physician-patient relationship and quality of health service from viewpoint of the established laws and normatives in health service**, M. Bitenc 573
- Complaints feasibility in health service**, A. Butala 575
- Physician-patient relationship - his estimation and measuring**, J. Drinovec 579
- Psychological elements in patient-doctor relationship**, T. Pačnik 583

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS