

## POVZETKI IN SKLEPI

### 142. SKUPŠČINE SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

*Pavel Poredoš, Igor Švab, Vesna Plevnik-Vodušek, Dunja Obersnel, Anton Židanik, Matjaž Rode, Borut Kolšek*

V okviru stanovske teme, ki je bila letos posvečena dodiplomskemu in podiplomskemu izobraževanju slovenskih zdravnikov, je bil predstavljen študijski program na Medicinski fakulteti v Mariboru in Ljubljani ter pomen stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov. Na novo ustanovljeni Medicinski fakulteti v Mariboru je študij problemsko naravnani in poteka v skladu s sodobnimi trendi po čim večji učinkovitosti in pridobivanju praktičnih znanj. Na Medicinski fakulteti v Ljubljani pa je študij še vedno precej »tradicionalno« naravnani, vendar se je že bivše in zlasti še sedanje vodstvo fakultete zavzelo za čimprejšnjo prenovu študija. Po obsežni in temeljiti razpravi so prisotni predlagali naslednje sklepe:

1. Program študija medicine je na Medicinski fakulteti v Mariboru zasnovan v skladu s sodobnimi trendi, tako da si študent v čimkrajšem času pridobi čim več uporabnega znanja. Za realizacijo takšnega programa pa je potrebna izdatna materialna podpora in zagotovitev kadrov. Pri tem je potrebno sodelovanje med fakultetama in kadrovska podpora s strani Medicinske fakultete v Ljubljani.
2. Podpiramo prenovu študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki naj upošteva naslednja izhodišča:
  - študij naj bo bolj klinično naravnani, tako da se študent sreča s klinično medicino in bolniki že v prvih letnikih študija,
  - pouk klinične medicine naj bo problemsko zastavljen, tako da se študijska snov študentom predstavi s kliničnimi primeri,
  - potrebno je omogočiti interaktivni pouk, pri čemer študentje ves čas aktivno sodelujejo,
  - prenova študija na način, kot je bil predlagan, zahteva veliko več osebnega angažiranja nosilcev pouka, zato so za njegovo izvedbo potrebne kadrovske okrepitve in ustrezna finančna podpora,
  - specializacije, ki so temeljna oblika podiplomskega izpopolnjevanja zdravnikov in zobozdravnikov, morajo biti organizirane na način, da si kandidati pridobijo čim več uporabnega - praktičnega znanja, in to na čim višji strokovni ravni. Prednost naj imajo tiste ustanove, kjer bo specializant lahko opravil čim več tistih posegov, ki so za obvladovanje določene veščine nujno potrebni,
  - podpiramo decentralizacijo specializacij, zato naj se vsem tistim zdravstvenim ustanovam v državi (ne le klinikam), ki izpolnjujejo strokovne in kadrovske pogoje, dodeli status učne baze,
  - Slovensko zdravniško društvo, ki sodeluje pri pripravi strokovnih programov specializacij, pa bo tudi v bodoče skrbelo za druge oblike podiplomskega izobraževanja. Predlagamo, da strokovna združenja pripravijo enotni minimalni nacionalni program strokovnega izpopolnjevanja zdravnikov in zobozdravnikov, ki bi ga koordiniralo SZD in bi bil tudi osnova za dodeljevanje licenčnih točk.

Drugi dan srečanja je bil posvečen primarnemu zdravstvenemu varstvu: organizaciji, predstavljene so bile prednosti in slabosti zasebnosti ter vloga specialista (pediatra, ginekologa, stomatologa) na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Razlike v obremenjenosti zdravnikov primarne ravni izhajajo iz različnih standardov, ki imajo zgodovinsko ozadje. Razlike

obstajajo med različnimi specialnostmi, kot tudi znotraj iste specialnosti.

#### **Ključni elementi razvoja družinske medicine v Sloveniji v prihodnosti so:**

- ustanovitev nacionalnega inštituta za osnovno zdravstvo,
  - informatizacija zdravnikovega dela,
  - razvoj mreže mentorjev-svetovalcev,
  - sistematično uvajanje kakovosti,
  - razbremenitev zdravnikov družinske medicine.
- Različnost dela v zdravstveni dejavnosti postaja s širitvijo Evropske unije in z ustvarjanjem enotnega evropskega trga pomembna. Slovenija je že večkrat dokazala, da ima dobro zdravstveno varstvo, ki se lahko enakovredno primerja z bolj razvitimi državami. Uresničitev zgoraj navedenih projektov bi omogočila, da ta ugled tudi obdržimo.

#### **Vloga in mesto pediatra na primarni ravni**

1. Dobrobit naših varovancev mora biti izhodišče strategije zdravstvene politike, kar zadeva organizacijo primarne pediatrije. Pediatri - kot advokati naših otrok - apeliramo na zdravstveno politiko, naj se izogne odločitvam, v katerih ne bo upoštevana ta osnovna premisa.
2. Država mora z zakonskimi akti natančno opredeliti mesto pediatra na primarni ravni. Ministrstvo za zdravje RS mora v nacionalnem programu z akcijskim planom in mrežo po vsej državi zagotoviti strokovno, dostopno in pravično zdravstveno varstvo za otroško populacijo (do 19. leta starosti).
3. Strokovno edino sprejemljivo je, da za otroka (tako v bolezni kot zdravju) skrbi en zdravnik - pediater.
4. Prednostne naloge strategije razvoja primarne pediatrije v Sloveniji, ki smo ga aprila 2005 predstavili Ministrstvu za zdravje RS, so:
  - Realizacija akcijskega plana razvoja pediatrije na primarni ravni - do leta 2013 je potrebno razpisati 178 specializacij iz pediatrije.
  - Realizacija 24-urnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov z vzpostavitvijo dežurnih centrov za otroke in mladostnike (DCOM).
  - Postavitev centralne institucije za zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov.
  - Računalniška podpora za delo pediatra.
 Realizacija zgoraj navedenih nalog je odvisna izključno od strategije razvoja osnovnega zdravstvenega varstva, ki jo bo zastavila Vlada RS.
5. Slovenski pediatri Ministrstvu za zdravje RS dajemo pobudo, da organizacijsko shemo osnovnega zdravstvenega varstva - glede na vrsto strokovnjakov, ki so nosilci timov - predstavimo drugim evropskim deželam kot model za najkvalitetnejšo in tako kratko kot tudi dolgoročno najracionalnejšo obravnavo naših varovancev.

#### **Ginekolog na primarni zdravstveni ravni**

1. Specializacija ginekologije in porodništva je in ostane edini nosilec preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni.
2. Podpiramo postopen prenos dejavnosti primarne ginekologije iz bolnišnic.

3. Specializacija iz ginekologije in porodništva mora biti enotna.
4. Ginekologi morajo imeti možnost sodelovanja na vseh ravneh, in to v obliki: skupnih konzilijev z bolnišničnimi ginekologi, vključevanja v delo na oddelkih ter vključitve v urgentno in dežurno službo. *Sodelovanje mora biti prostovoljno, enakopravno in pravno-normativno enotno urejeno za vse.* To ne sme biti pogoj za podaljšanje licence.
5. Ne pristajamo na nobene spremembe v financiranju, ki bi poslabšale zdravstveno varstvo žensk.

### Organiziranost zobozdravstva na primarni ravni

Glede na obstoječo patologijo, doseženo razvojno stopnjo zobozdravstvene dejavnosti in razpoložljive družbene možnosti je potrebno v Sloveniji na novo opredeliti usmeritev zobozdravstvenega varstva, kot pomembnega sestavnega dela zdravstvenega varstva. Predvsem moramo usmeriti razvoj zobozdravstvenega varstva v večjo kvaliteto in učinkovitost. Dispanzerska metoda dela *vseh prebivalcev* mora postati značilnost celotnega osnovnega zobozdravstvenega varstva. Tudi v bodoči shemi organizacije zobozdravstvenega varstva je pomembna dostopnost za vse državljane R Slovenije. Ra-

ven splošne dostopnosti do zobozdravstvenega varstva določi država s pravicami iz obveznih javnih zdravstvenih zavarovanj do zobozdravstvenih storitev (ali dela teh storitev), ki jih pripravi stroka z ustreznimi strokovnimi in poklicnimi standardi.

Javno zobozdravstveno službo opravljajo zasebniki – koncesionarji, ki lahko združujejo delo v javnih zdravstvenih zavodih ali pa so tudi drugače organizirani.

*Delni* dejavnosti so še: zobotehnični laboratorij, RTG kabinet in pripadajoče službe, ki so vezane na celovito dejavnost zobozdravstva.

Stanje oralnega zdravja slovenske odrasle populacije nam omogoča prehoda celotne odrasle populacije v nekoncesijsko zobozdravstveno zasebno oskrbo.

Še manj pa dopušča razmišljanja, da zobozdravstvene storitve odrasle populacije *v celoti* izločimo iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja

Osnovni pogoj za programiranje in tudi funkcioniranje slovenskega zobozdravstva je izdelava mreže potreb po zobozdravstvenih v R Sloveniji.

Pomembna je vsaj *ohranitev* mreže javnega zobozdravstvenega varstva za odrasle in še posebej splošnega in specialističnega zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov.

## Delo SZD

142. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA  
ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

MARIBOR, 14. IN 15. OKTOBER 2005

*Davorin Dajčman*

Letošnja, že 142. skupščina Slovenskega zdravniškega društva (SZD) je potekala v prostorih Univerze Maribor in Medicinske fakultete Maribor. Skupščino sta organizirala Slovensko zdravniško društvo in Zdravniško društvo Maribor. Častni pokrovitelj je bil prof. dr. Ivan Rozman, rektor Univerze v Mariboru, med ostalimi pokrovitelji pa so bili Splošna bolnišnica Maribor, Zdravstveni dom Adolfa Drolca Maribor in Zavod za Zdravstveno varstvo Maribor. V Zdravniškem društvu Maribor smo s ponosom organizirali skupščino v prostorih nove mariborske Medicinske fakultete na Univerzi v Mariboru, s čimer smo želeli slovenski strokovni javnosti predstaviti



Sl. 1. Primarij Bojan Gračner prejema plaketo o častnem članstvu v Slovenskega zdravniškega društva. Plaketo sta podelila prof. dr. Pavel Poredoš, predsednik Slovenskega zdravniškega društva, in prim. asist. Martin Bigec, predsednik Zdravniškega društva Maribor.

rezultate velikih prizadevanj regije, njenih zdravnikov in fakultetnih delavcev pri razvoju nove, moderno zasnovane medicinske fakultete, ki bo izšolala nove zdravnike in s tem pripomogla k reševanju problema pomanjkanja zdravnikov v Sloveniji. Ob tem smo imeli tudi vso podporo Slovenskega zdravniškega društva in njegovih odborov, na čelu s predsednikom prof. dr. Pavlom Poredošem. Skupščina je potekala v petek, 14. oktobra 2005, dopoldne. Sledil pa ji je izobraževalni del, ki je bil razdeljen na stanovske teme in strokovne teme. Uvodoma so skupščino pozdravili predstavniki vseh pokroviteljev, v imenu Univerze v Mariboru pa kot častni pokrovitelj prof. dr. Ivan Rozman. Pridružili so se mu dekana obeh medicinskih fakultet, predstavniki Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, zdravniškega sindikata Fides ter predstavnik škofovske konference. Ker je Slovensko zdravniško društvo nepolitičen predstavnik civilne družbe, ki skrbi za strokovnost slovenskih zdravnikov, so bile v stanovskih temah predstavljene novosti študijskih programov obeh učnih ustanov, tokrat prvič z možnostjo primerjave med Medicinsko fakulteto v Ljubljani in Medicinsko fakulteto v Mariboru. Predstavljena je bila Bolonjska deklaracija, posebnosti specializacij v Evropski skupnosti in njene zdravniške asociacije. Predstavniki Društva študentov medicine pa so predstavili svoje poglede na študij medicine in se nato aktivno vključili v razpravo. Delovni program prvega dne je bil s tem končan, sledila pa mu je svečana prireditev in podelitev nazivov čast-

nim članom Slovenskega zdravniškega društva in naziva primarij. Svečanost je bila v kazinski dvorani Slovenskega narodnega gledališča (SNG) v Mariboru, ki nam je z velikim veseljem ponudilo dvorano kljub intenzivnim pripravam na Borštnikovo srečanje. Uvod v svečanost so pričeli glasbeniki godalnega kvarteta Feguš, ki so odigrali Godalni kvartet v F-duru Maurica Ravela. Minister za zdravje mag. Andrej Bručan je v imenu Ministrstva za zdravje 14 zdravnikom podelil naziv primarij. Na predlog Zdravniškega društva Maribor je Glavni odbor SZD podelil naziv častni član primariju Bojanu Gračnerju, specialistu oftalmologije, in Dušanu Pušelj, specialistu čeljustne kirurgije. Oba sta si naziv zanesljivo prislužila s svojim dolgoletnim požrtvovalnim delom v društvu, svečano plaketo pa jima je podelil predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Pavel Poredoš.

Naziv častni član SZD je na predlog Sekcije upokojenih zdravnikov prejel tudi Niko Sadnikar, dr. med. Udeležba na svečani podelitvi je bila izjemna, zdravniki smo dodobra napolnili kazinsko dvorano SNG Maribor. Po uradnem delu je sledil še družabni del, ki ga je s svojo glasbo popestril ansambel NOORDung. Ob prijetni glasbi jazza in bluesa je bilo poskrbljeno



Sl. 2. Podelitev plakete častnega članstva v Slovenskem zdravniškem društvu Dušanu Pušelji.

tudi za svečano večerjo v organizaciji restavracije TOTI Rotovž in gledališke kavarne SNG Maribor. Poleg skupščine in tematskih sklopov nam je tudi svečani večer ponudil možnost srečanja kolegov in prijateljev ter plodnih medsebojnih razprav oziroma izmenjav stališč z namenom, da ne samo ohranimo pomembno vlogo Slovenskega zdravniškega društva in društev v njegovi sestavi, kot je Zdravniško društvo Maribor, ampak razmišljamo še o novih, bolj smelih in kritičnih korakih za utrditev vloge zdravništva in civilne družbe sploh pri načrtovanju sprememb v zdravstvu na Slovenskem v bodoče. Družabni večer ob prijetni glasbi in dobri hrani se je tako raztegnil globoko v noč, ko pa so že stekle prve misli tudi k naslednjemu dopoldnevu, posvečenemu strokovni temi. Strokovna tema letošnje skupščine je bila posvečena ambulantni dejavnosti v osnovnem zdravstvu, ali kot običajno rečemo, na primarni ravni.

Ob bok plodnim razpravam ob skupščini, stanovskim in strokovnim temam se lahko v imenu organizacijskega odbora letošnje skupščine Slovenskega zdravniškega društva pridružim mnenjem, ki poudarjajo, da je ljudem v naši državi potrebno razložiti dolgoročne in kratkoročne razvojne trende zdravstva na Slovenskem, pri čemer lahko prav SZD odigra vlogo nepristranskega, predvsem nepolitičnega dela civilne družbe. Tudi z letošnjo skupščino je SZD plodno poseglo na področje razvoja sistema vrednot, ki so ključne v razvojni politiki slovenskega zdravstva na eni strani, in mehanizmov izobraževanja zdravnikov, tako na dodiplomskem kot kasnejšem strokovnem izpopolnjevanju.

Da ne bi zdravstvo ostalo na okopih politične reformacije in protireformacije, potrebujemo kakovostna nepristranska stanovska srečanja, ki bodo manifestirala stališča in namere stanu v procesu reformiranja zdravstvenega sistema. Ena izmed takih manifestacij je zanesljivo bila tudi letošnja 142. skupščina SZD. V imenu organizatorjev se iskreno zahvaljujem vsem sodelujočim, razpravljalcem in tistim, ki so nam pri njeni izvedbi pomagali.

Strokovna srečanja

## SICOT – SIROT 2005

### XXIII. SVETOVNI KONGRES

*Srečko Herman*

V dneh od 2. do 9. 9. 2005 je bil v Istanbulu v Turčiji redni triletni kongres svetovnega združenja ortopedov in travmatologov, ki mu je bil priključen še kongres raziskovalnega združenja SICOT – SIROT.



V letošnjem letu je bil tako to že 2. veliki kongres ortopedov in travmatologov v Evropi. Aprila je bil namreč kongres evropskega združenja ortopedskih in travmatoloških nacionalnih zvez (EFFORT) na Portugalskem. Dva tako velika kongresa iste stroke v tako kratkem časovnem presledku in na isti celinici se mi zdita skoraj preveč, zlasti če upoštevamo, da je vmes še nešteto specializiranih manjših kongresov in sestankov. V tako kratkem času spraviti skupaj dober strokovni program, povabiti in privabiti dobre strokovnjake je težko, kajti le-ti imajo omejen čas, ki ga lahko prebijejo na kongresih. Menim, da bosta obe združenji SICOT in EFORT morali v bodoče nekoliko razmisliti o koledarju kongresov. Kongres EFFORT je sicer vsako drugo leto, medtem ko SICOT organizira kongres na tri leta. Čeprav SICOT organizira kongrese na različnih celinah, se je letos zgodilo, da sta bila oba v Evropi.

Glavni organizator kongresa SICOT – SIROT v Istanbulu je bil neumorni profesor Ege, ki je kljub svojim 80 letom še vedno živahen tako telesno kot duševno. Prepričan sem, da je njegova zasluga, da je na otvoritveni slovesnosti govoril predsednik

Turške republike in da je na kulturnem programu v ponedeljek zvečer sodeloval tudi njihov kulturni minister. Oba kongresa (SICOT, SIROT) sta potekala v Istanbulskem kongresnem centru na Taksim. Lahko rečem, da je bila organizacija zelo dobra, prav tako tudi umestitev in seveda program.

Kongres SIROT je pričel v petek ob 13.30 uri in je potekal vsak dan do 17.30 ure. V soboto je program tekkel od 8. ure do 17.30 in tudi v nedeljo od 8.00 do 16.30 ure. V nedeljo je bilo treba skrajšati program za 1 uro zaradi svečane otvoritve kongresa SICOT, ki je bila v nedeljo ob 17. uri.

Vseh referatov na SIROT je bilo 84, organizirani pa so bili po načinu simpozijev. Naj navedem le nekatere simpozije: analiza gibanja, vzgajanje tkiv, zdravljenje (celjenje) zlomov kosti, implantati in biomehanika, raziskave o hrustancu, biomateriali in za konec je bil še simpozij strokovnjakov iz različnih delov sveta, ki je obravnaval današnje kontinuirano izobraževanje ortopedov.

Bilo je tudi 21 posterjev, predavanja pa so potekala v 2 dvoranah.

Svečana otvoritev kongresa SICOT je bila v nedeljo ob 17. uri. Na njej je govoril tudi deveti predsednik turške republike Demirel. Vsak dan je bilo na začetku strokovnega dela od 8. do 9. ure plenarno predavanje vabljenega uglednega tujega gosta. Tako so imeli plenarna predavanja prof. Weczey z Dunaja, prof. Leong iz Hongkonga, prof. Sedel iz Pariza, žal pa je odpadlo predavanje prof. Ganza iz Berna v Švici. Tudi na tem



kongresu so bila organizirana predavanja v obliki simpozijev. Organizirana pa so bila tudi krajša srečanja, npr. združenja za pes ekvinovarus, za kostne tumorje, biomateriale itd. Vseh predavanj je bilo približno 600, potekala pa so v 6 dvoranah. Predavanja so bila kakovostna in zanimiva ter tehnično zelo dobra. V posebni dvorani, ki je bila pridružena dvorani za razstavljalce medicinske opreme, pa je bilo tudi 185 posterjev. Razstavljalcev medicinske opreme je bilo 68. Uradni jezik je bila angleščina. Vseh udeležencev je bilo nekaj čez 2000, kar je za tak kongres sorazmerno malo. Iz Slovenije nas je bilo 6.

Tudi za turistični del je bilo dobro poskrbljeno, tako je bil v ponedeljek zvečer ob 8. uri v avditoriju, to je glavni dvorani kongresnega centra, kulturni večer s pevci in plesalci, ki so nam prikazali turške plesne in pesmi. V torek popoldan pa je bil organiziran z avtobusi ogled mesta Istanbula in njegovih znamenitosti za vse udeležence, zvečer pa je bilo možno kupiti omejeno število vstopnic za nočno križarjenje po Bosporju. V četrtek zvečer je bila posebno svečana večerja predse-

dnika organizacijskega odbora kot tudi predsednika SICOTA v eni od sultanovih palač. SICOT je namreč praznoval 75-letnico obstoja.

Tudi letos so bili med kongresom organizirani izpiti za preverjanje znanja iz ortopedije. Prijavilo se je 19 kandidatov. Kot sem že lani pisal, izpit sestoji iz pisnega dela, ki traja 4 ure, nato pa še ustnega izpita iz 4 različnih področij ortopedije. Na vsakem področju sta 2 izpraševalca. K ustnemu delu je pripuščen le kandidat, ki je uspešno opravil pisni preizkus.

Za letošnje izpite smo morali eksaminatorji vnaprej poslati zanimive kazuse in deloma teorijo, centrala SICOTA v Bruslju pa je vse skupaj združila na CD tako, da je vsak kandidat lahko na sliki videl in prebral, kaj ga eksaminator sprašuje. S tem je bila odpravljena jezikovna pregrada, ki se je pri prejšnjih izpiti včasih kazala kot ovira za razumevanje med izpraševalcem in pa kandidatom. Glavni eksaminator je bil angleški prof. Tony Hall iz Londona, iz ostalih predelov sveta pa nas je bilo še 16. Imel sem srečo, da so me tudi letos povabili med eksaminatorje.

SICOT je, kot rečeno, svetovno združenje ortopedov in travmatologov. Združuje ortopede in travmatologe iz vsega sveta in je organizirano po načinu regionalne pripadnosti. Tako imamo znotraj SICOT evropsko sekcijo, afriško sekcijo, azijsko sekcijo, ameriško itd. Vsako državo zastopa 1 nacionalni delegat, enkrat/letno se sestaja mednarodni komite, ki ga sestavljajo vodstvo SICOT in pa nacionalni delegati. Na teh sestankih se po predhodnih kandidaturah določajo tudi mesta novih kongresov in pa spremembe statuta, finance itd. Sam sem Slovenijo v SICOT zastopal 13 let, od letos naprej pa je nacionalni delegat prof. dr. V. Antolič iz Ortopedske klinike v Ljubljani. V znak priznanja za uspešno delo sem dobil diplomu.

Letna članarina za članstvo v SICOT je 125 evrov. V tem je všteti tudi strokovni časopis International Orthopaedics, ki ga član dobiva zastoj, prav tako pa ima vsak član velik popust pri kotizaciji za udeležbo na kongresih. Člani lahko kandidirajo tudi za razne štipendije.

V SICOT človek resnično sreča ljudi iz vsega sveta, tako lahko neposredno naveže stike, spozna njih in njihovo medicino in deželo, sam pa predstavi lastno državo.

V letih med glavnim 3-letnim svetovnim kongresom SICOT organizira vsako leto regionalni letni kongres, ki je vedno na drugi celini. Tako je bil enkrat že v Parizu, naslednjič v Kairu, naslednje leto pa bo konec avgusta v Buenos Airesu v Argentini. Rezervirajte si čas že sedaj, da se boste tega kongresa lahko udeležili.

Aktualni pogovor

## POGOVOR O TEČAJU PROBLEMSKO ZASNOVANEGA POUKA (PBL) NA MEDICINSKI FAKULTETI V MARIBORU



**Prof. dr. Orsola Genzel-Boroviczeny, dr. med.**, specialistka pediatrije, zaposlena v Otroški bolnišnici Univerze v Münchnu. Od leta 1997 se ukvarja s poučevanjem tutorjev za PBL.



**Prof. dr. Frank Christ, dr. med.**, specialist anesteziolog, zaposlen v Oddelku za anesteziologijo Univerze v Münchnu. Je soorganizator izpopolnjevanj za tutorje v sklopu Harvard-München.



**Prof. dr. Matthias Siebeck, dr. med.**, specialist kirurg, je zaposlen na Oddelku za kirurgijo Univerze v Münchnu.



**Prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.**, specialist internist, je redni profesor za interno medicino in dekan Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Njegova ožja specialnost je revmatologija, iz katere ima tudi objavljeno večino del in raziskav.



**Prof. dr. Radovan Hojs, dr. med.**, specialist internist, je izredni profesor za interno medicino in prodekan Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Njegova ožja specialnost je nefrologija, iz katere ima tudi večino objav in raziskav.

*ZV: Pojasnite nam najprej izraz, terminološki pojem PBL (problem based learning). Ali je to isto kot kazuistična medicina?*

F. Christ: PBL je nekaj povsem drugega kot kazuistična medicina (casuistic medicine, case-based-learning). Pri slednjem uporabimo številne primere bolnikov, na katerih razložimo bolezen in njeno zdravljenje. PBL pa je sistem učenja. V ospredju je klinični ali predklinični problem, ki ga skušajo študenti ali drugi sodelujoči pri pouku oz. pri treningu rešiti. Torej rešujejo problem, iščejo celostno rešitev za specifični primer bolnika s svojo boleznijo. Enako pomembno ali še bolj se je naučiti postavljati vprašanja, jih strukturirati, kot pa iskati znanje, tisto, ki ga že imajo, in tudi novega. Študentje se naučijo iskati vire, spoznati, česa ne vedo, in se postavijo v vlogo učitelja, učečega. Na ta način bolje razumejo in znajo pojasniti tudi manj zavzetim. Torej gre za rešitev problema.

O. Genzel-Boroviczeny: Pomemben del PBL je učenje ob primeru ves čas, ko se s specifičnim potekom bolezni ukvarjamo. Sledimo učečim v posebnostih v različne smeri, tako da lahko pridejo različne skupine študentov pri istem primeru do različnih zaključkov. Pri kazuistični medicini pa ima učitelj v lasti primer bolnika in bolezni in usmerja študente. On postavlja vprašanja in študentje so sorazmerno pasivni.

*ZV: Povejte nam nekaj o zgodovini te metode, kje in kdaj je bil sistem razvit?*

O. Genzel-Boroviczeny: Prvi so PBL začeli uporabljati na univerzi McMaster v Hamiltonu v Kanadi na začetku prejšnjega stoletja. Od tam so jo prevzeli na poslovni šoli v Harvardu v

Bostonu v ZDA in jo izdelali v podrobnostih. Univerza McMaster je prevzela sistem PBL za Kanado ponovno od Harvarda in od tu se je leta 1986 razširil v Maastricht na Nizozemskem in New Castel v Avstraliji.

F. Christ: Začetniki PBL so torej v Kanadi na Univerzi McMaster, Manchester se jim je pridružil 15–20 let pozneje. Na Harvardu so zelo profesionalno pripravili izvedbo PBL v prvih dveh letnikih študija medicine, to pomeni predvsem pri teoretičnih predmetih. V našem kurikulumu v Münchnu imamo hibridni sistem, drugačen od tistih v omenjenih univerzah, s poudarkom na kliničnem delu.

*ZV: Koliko časa v Münchnu uporabljate ta sistem pri študiju medicine?*

F. Christ: Prvi smo začeli z uvajanjem PBL v Nemčiji leta 1996 s pilotnimi tečaji za vse študente. Nato smo sistem spreminjali, dograjevali in ga od leta 2004 uporabljamo tudi v vseh treh letnikih kliničnega študija. Seveda pa ne uporabljamo samo sistema PBL, ampak v študij vključujemo vse druge oblike učenja, treninga, od predavanj, vaj in seminarjev.

*ZV: Je to edini sistem, ali je več sistemov PBL? Uporabljate v Münchnu harvardski sistem?*

F. Christ: Na Harvardu smo se učili. Harvardski sistem nam je bil osnova, ki smo jo priredili svojim potrebam. Sedaj mi poučujemo ta modificirani sistem po svetu. Kjer koli smo bili, ima vsaka univerza, vsaka dežela zgrajen lastni sistem PBL. Zagotovo pa so osnovna načela, kot smo že omenili, ista. To pomeni, da študent usmerja učni proces. Dokaj značilno je tudi v vseh sistemih število študentov na tutorja, to je 8 : 1. Število 10 je preveliko, število 6 pa ne da kritične mase za timsko delo.

M. Siebeck: Naslednji pomembni vidik je skupinsko delo, ki ga imajo študentje radi in ob tem uživajo. Študentje radi delajo skupaj, to jim pomeni intelektualno zadovoljstvo. Naučiti se skupinskega dela je pomembno zanje tudi za kasnejše zdravniško delo.

*ZV: Kaj je smoter PBL in kakšna so pričakovanja, pričakovani rezultati?*

F. Christ: Eden pomembnih smotrov je samoopredeljevanje študentov, opredelitev problema, kako poiskati informacije, ki jih potrebujejo za rešitev problema in kako usmerjati celotni proces dela. Vsak študent ima svoj postopek pri obravnavi primera. Sam postopek je ena od velikih nalog. Študentje so bolj motivirani za branje podatkov, ki jih pri primeru potrebujejo. Npr.: Pomnjenje informacij s predavanja znaša po treh mesecih med 5–8%. Če vključite interaktivni multimedijски pristop, znaša 20%, samostojno reševanje problemov pod vodstvom tutorja pa prinaša celo 40–60% pomnjenja. Podobno visoko je pomnjenje, če študent obravnava individualnega bolnika. Glavni razlog za to je, da študentje razpravljajo in raziskujejo primer bolezni. Skoraj 90% ameriških medicinskih fakultet vključuje vsaj nekatere oblike PBL v kurikulum. Podobno gibanje opažamo v Nemčiji in Angliji. Pomembno je, da se ljudje naučijo delati drug z drugim, spoštovati drug drugega in skupaj reševati primer bolezni.

O. Genzel-Boroviczény: Važno je aktivno učenje. Študentje prispevajo, tutor ne izstopa. Za izobraževanje v poklicu pa je kar ustrezno učenje ex katedra.

*ZV: Kako študentje presežejo razkorak pri reševanju problema, ko nimajo dovolj niti osnovnega znanja niti informacij?*

M. Siebeck: Presenetljivo je spoznanje, da ima vsaka skupina študentov nekaj bazičnega znanja. To znanje je sicer fragmentarno in ne doseže gotovosti in obsega, ki je potreben na izpi-

tu. Ponovno in ponovno smo bili presenečeni, koliko podrobnosti ljudje vedo in so jih tudi sposobni uporabiti. Hkrati so izjemno motivirani za učenje osnovnega, ker to pridobivajo ob realnem problemu, ki ga morajo reševati. Vedo, zakaj se učijo. V resnici gre bolj za notranjo motivacijo kot za osvajanje lekcije.

O. Genzel-Boroviczény: PBL traja vedno več kot en dan. To tudi rešuje zagato premajhnega osnovnega znanja pri študentih. Pričakuje se, da bodo to znanje poiskali, se naučili in prišli z njim naslednjič. Pri PBL je najbolj važno tisto, kar se zgodi med dvema zaporednima urama. En primer pri PBL traja navadno dve ali tri sicer zaporedne ure, vendar v intervalu več dni.

I. Krajnc: Po enem letu imamo že kar nekaj izkušenj s PBL. V prvem letniku je bila snov pretežno naravnana na predmete, ki so jih v tem letniku obravnavali, to je anatomija in biologija celice. V drugem letniku bodo primeri usmerjeni bolj na fiziologijo, v tretjem na interno medicino in kirurgijo.

Pri izvedbi pouka je potrebno upoštevati določena didaktična pravila. Prvo pravilo je pravilo sedmih korakov. Gre za organizacijo pouka, ki vključuje disciplino, da razprava ne postane anarhična. V prvem koraku poskušajo študentje s pomočjo tutorja razložiti neznane in nejasne izraze in pojme. V drugem koraku poiščejo bistvene probleme iz nekega primera. Primer je le osnovno, zagonsko gradivo, o katerem je potrebno probleme identificirati. V tretjem koraku je potrebno pojasniti smisel oz. bistvo problema. V četrtem koraku je pouk v treh delih trikrat po eno uro, študentje poskušajo definirati učne cilje in povezavo med temi problemi. To je v bistvu že peti korak. Šesti korak je individualno delo, ko se študentje z ustrezno literaturo poskušajo sami dokopati do potrebnega znanja in rešitve. V sedmem koraku je vloga tutorja najpomembnejša. V skupini razpravljajo o spoznanjih, do katerih so prišli vsak posebej. Ponovno gre za timsko delo in sporazumevanje. Komunikacijske spretnosti, ki si jih študentje pri tem pridobijo, pa so sočasni učinki študija, ki si jih ni mogoče pridobiti pri klasični obliki kurikuluma.

*ZV: Zdi se mi, da je najkritičnejši element vsega pouka tutor, čeprav se večinoma drži v ozadju. Najbrž je potrebno posebno izobraževanje za tutorja tudi iz psihologije, sociologije, komunikologije, skupinske dinamike itd. Kako jih izobražujete, kdo je lahko tutor?*

F. Christ: Edukacija tutorjev je ključni del vsakega programa, kjer mi sodelujemo. Brez profesionalnega treninga bodočih tutorjev skoraj ni mogoče vzpostaviti te nove oblike učenja. Na naši univerzi je že približno polovica učiteljev in asistentov končala program za tutorje. Menim, da je takšno učenje v resnici pomemben del pri oblikovanju zdravnika.

*ZV: Kolikšen del nemških, ameriških in angleških medicinskih fakultet vključuje PBL v svoj študij?*

F. Christ: Kot sem rekel, v Ameriki ima več kot 90% medicinskih fakultet vsaj nekatere vidike PBL. Pri nekaterih je to celo 50% celotnega študija, pri nekaterih 29%, lahko pa je tudi 100%, kot je to v univerzi McMaster v Kanadi, kjer je ves medicinski kurikulum naravnat k reševanju problemov. Ne mislim, da je to tisto, kar si želimo. Podobno kot v Nemčiji ravnaajo tudi v angleških medicinskih fakultetah, kjer večina vključuje vidike PBL. Vse vodilne nemške medicinske fakultete, kot so Heidelberg, München, Tübingen, Dresden, Bochum in Münster, imajo neko obliko PBL. V Aachnu, Hamburgu in Berlinu so začeli vključevati PBL. Dejansko se širi po vseh medicinskih fakultetah v Nemčiji.

O. Genzel-Boroviczény: Naši državni predpisi zahtevajo, da vključujemo elemente PBL v pouk. Zato se tudi tako hitro širi.

I. Krajnc: Vprašali ste, zakaj ima toliko fakultet PBL. Mislim, da so bili za to odločilni elementi PBL, kot so timsko delo, komunikacijske spretnosti, ki jih razvija, odgovornost za organizacijo pouka s strani študentov in neke vrste zgodnja prisila študentov, da iščejo ustrezno literaturo, vire za študij. Vsi ti elementi so pomembni za samostojno zdravniško delo. Ogleдали smo si delo na medicinski fakulteti v Manchesteru v Angliji, kjer je celotni kurikulum v obliki PBL. Imajo le minimalno število klasičnih predavanj, pa še ta imajo eksperti na osnovi najnovejših objav in diskusijskih pregledov.

*ZV: Ali je sistem PBL dražji in zahteva več osebja, več časa, kot klasični študij medicine?*

F. Christ: Mislim, da je vse odvisno od tega, kako organizirate delo na fakulteti. Če pogledam medicinske fakultete s hibridnim kurikulumom, kot so v Nemčiji, potem je res nekaj več ur in zahteva nekaj več kadra. Pri nas v Münchnu znaša to 15–20% več učnih ur. Nekatere fakultete pa so se organizirale drugače in število ur se ni povečalo. Zagotovo pa se spremeni kakovost poučevanja.

O. Genzel-Boroviczény: Prej je 120 študentom predaval en predavatelj. Ta pouk je vključeval seminarje, pa tudi na seminarjih so bile pogosto skupine študentov zelo velike. Seminarske ure je zlahka moč uporabiti za učenje po sistemu PBL. Zelo težko pa je primerjati oba sistema.

*ZV: Kakšni so problemi in tudi možne nevarnosti PBL?*

F. Christ: Problem številka ena so nepripravljen študent in nepripravljeni pedagoški delavci na fakulteti.

O. Genzel-Boroviczény: Posebno problematično je, če pedagogi pripravijo gradivo kot kuharsko knjigo in študente napotijo, naj jo zdaj obravnavajo, delajo po njej povsem na klasični način. Nevarno je ločiti proces učenja in vodenja primera od študentov.

*ZV: Ali je težava v resničnem življenju nemotiviranost študentov pri pouku PBL?*

F. Christ: Bodimo stvarni, vedno bodo študentje, ki niso motivirani. Kljub temu večina ni takih, a nekateri ne marajo PBL. Nekateri pa bodo to delali zgolj iz dolžnosti. Vendar delamo z majhnimi skupinami študentov, s katerimi se dobro spoznamo in na ta način uspemo večino zainteresirati in pridobiti za skupno delo. To so moje izkušnje.

*ZV: Kakšne so dosedanje izkušnje s PBL v mariborski Medicinski fakulteti po prvem letniku, tako s strani študentov kot tutorjev?*

R. Hojs: Študenti niso bili v svojem predhodnem izobraževanju, vsaj v večini, vajeni reševanja problemov, kar je bistvo

PBL. Še posebej niso bili vajeni dela v skupini. V letu dni, kar teče PBL, je opazna velika sprememba. Študentje so sedaj sposobni uporabiti znanje, ki ga pridobivajo pri drugih predmetih ter iskati in reševati probleme. Sposobni so kvalitetnega medsebojnega komuniciranja. Pri delu so postali samoiniciativni. Ker je reševanje problemov povezano z realnimi kliničnimi primeri, imajo že v prvem letniku občutek, da so povezani s klinično medicino. Seveda je bilo do sedaj premalo tutorjev usposobljenih za delo z njimi in so bile skupine prevelike, tutorji so imeli malo praktičnih izkušenj s tem načinom učenja. Odzivi na PBL so tudi s strani tutorjev pozitivni, sami so prav tako opazili pomemben napredek v letu dni dela s študenti.

*ZV: Kako je potekal tečaj za tutorje za študij PBL v mariborski Medicinski fakulteti v dneh 14. do 16. oktobra 2005, koliko tutorjev ste izobrazili, kako so se odrezali na testih?*

I. Krajnc: Učna delavnica je potekala v prostorih Medicinske fakultete Univerze v Mariboru v času od 14. do 16. oktobra 2005. Na tečaju je sodelovalo 45 bodočih tutorjev, naših učiteljev, in to 32 iz Splošne bolnišnice Maribor, 4 iz Zdravstvenega doma Maribor, 6 iz Splošne bolnišnice Celje in 3 z Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Tečaj so vodili trije profesorji iz Medicinske fakultete München in en tehnični sodelavec. Aktivno so kot tutorji na tečaju sodelovali tudi trije naši učitelji, ki so si to predhodno znanje za tutorstvo pridobili na podobni učni delavnici na Medicinski fakulteti Zagreb. Naši tutorji so sedaj usposobljeni za praktično in teoretično izvajanje te nove didaktične metode pouka in bodo v PBL pouk vključeni v vseh štirih letnikih, kolikor ta poteka. Večje število tutorjev nam bo omogočilo izvajanje pouka v manjših skupinah, tj. od 8 do 10 študentov.

*ZV: Kako je vključen študij PBL v medicinski študij na mariborski Medicinski fakulteti (število ur po letnikih, usklajenost s predmeti letnika, obveznosti študentov kot pogoj za vpis ipd.).*

I. Krajnc, R. Hojs: Kurikulum Medicinske fakultete je sestavljen iz klasičnega reformiranega kurikuluma z dodatki pouka PBL, ki teče od 1. do 4. letnika, in sicer 3 ure na teden, kar znaša na semester 45 ur oz. na leto 90 ur (6 ECTS). V enem semestru obravnavamo do 12 primerov, v katerih so problemi, ki jih študentje s tutorjem obravnavajo, seveda prilagojeni znanju študentov in obravnavani problemi omogočajo poglobljanje znanja iz predmetov tistega semestra oz. tistega letnika. Obveznost študentov je vsaj 80-odstotna prisotnost pri pouku PBL, kar pa sploh ni problem, ker se ga študenti zelo radi udeležujejo.

Pogovor je v imenu uredništva Zdravniškega vestnika vodil J. Drinovec 15. oktobra 2005 v Mariboru.