



Zdravniški vestnik

GLASILO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA ZDRAV VESTN, LETNIK 65, SEPTEMBER 1996, str. 493-540, ŠT. 9

IX. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA IN 133. LETNO SREČANJE SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV

Bernardin, 17. - 19. oktober 1996

VSEBINA .

UVODNIK

Ali nam je Slovensko zdravniško društvo sploh še potrebno? M. Rode 493

PRISPEVKI

Oblike povezovanja zdravnikov v Slovenskem zdravniškem društvu, A. Dolenc, S. Rakovec, V. Flis 495

Zdravnik in družbeno okolje, A. Dolenc, M. Premik 499

Vloga in pomen Zdravniškega vestnika kot nacionalne medicinske revije, J. Drinovec, M. Janko, M. Cevc 501

Zdravnik, mediji, javnost, J. Gorišek, D. Rotar-Pavlič, S. Partlič, M. Sedmak, M. Košir 507

PISMA UREDNIŠTVU

Dejavnost in pomen Travmatološkega oddelka SB Slovenj Gradec, F. Kutnik 515

RAZGLEDI

Jubileji 517

Nekrologi 518

Strokovno izpopolnjevanje 519

Strokovna srečanja 520

Delo SZD 494, 522

Odmevi 525

Zanimivo je vedeti 525

Nove knjige 529

V tej številki so sodelovali 516

Oglasi 501, 506, 514, 530-540



Zdravniški vestnik

Glavni urednik/Editor-in-Chief:

J. Drinovec

Odgovorni urednik/Responsible Editor:

M. Janko

Urednika/Editors:

M. Cevc, T. Žgur

Souredniki/Co-editors:

Z. Fras, J. Trontelj, J. Vončina

Tehnični urednik/Technical Editor:

P. Dolenc

Uredniški svet/Editorial Council:

P. Kapš (predsednik/president), I. Švab (namestnik predsednika/
vice-president), M. Bartenjev, J. Bedernjak, F. Dolšek, J. Drinovec,
M. Janko, I. Kapelj, D. Klančič, V. Kostevc-Zorko, F. Košir, M. Kotnik,
S. Levak-Hozjan, V. Petrič, A. Planinšek, A. Prijatelj, S. Rakovec,
P. Rode, D. Rotar-Pavlič, B. Šalamun, Z. Turk, T. Vahtar,
F. Verovnik, G. Voga, B. Voljč

Uredniški odbor/Editorial Board:

L. Andolšek-Jeras, V. Dolenc, D. Hadži, S. Herman, P. Kapš,
D. Keber, M. Kožuh, I. Krajnc, G. Lešničar, M. Likar, D. Pokorn,
S. Primožič, M. Rode, Z. Rudolf, J. Trontelj, B. Žekš

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

K. Jovanovič

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

T. Korošec

Lektor za angleščino/Reader for English:

J. Gubenšek

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

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

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 številk so financirali:

Ministrstvo za znanost in tehnologijo in

Ministrstvo za zdravstvo in Zavod za zdravstveno zavarovanje R Slovenije

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

šteje Zdravniški vestnik med proizvode, za katere se plačuje

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

ALI NAM JE SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO SPLOH ŠE POTREBNO?

Matjaž Rode

»Motiti se je človeško, zdravnik pa mora biti predvsem človek,« se je zapisalo kolegu dr. Vojku Flisu v eni od izdaj zbornikov *Medicina in pravo*. Ta, samo navidezno lahkotno sestavljena iskrica pa je še kako odločilno prisotna v strokovnem vsakdanu zdravnika. Zakoni, pravila, kodeksi, priporočila in še bi lahko našteval, ki jih pišejo državni uradniki, zdravniki, juristi in drugi, nalagajo zdravniku, da naredi vse, da ohrani človeško življenje, pozdravi bolezen, lajša telesno ali duševno bolečino. Kadar tega ne naredi, mu (pre)številne institucije obljubljajo strokovno kontrolo, opomine, odvzem pravice do dela, ponovno preverjanje znanja. Vse to prav sili zdravnika, da neprestano obnavlja in dopolnjuje svoje znanje, naroča in bere strokovne revije, obiskuje seminarje, simpozije, kongrese, učne delavnice in bere, posluša, še vedno premalo sprašuje, zapisuje, premleva novosti in tehta, kaj od vsega tega bo lahko sam uporabil pri svojem delu. Medicinskih informacij pa je toliko, da bi človek kar obupal in posameznik se dostikrat ne znajde v poplavi vseh teh, včasih celo nasprotujočih si informacij.

Posvetovanja s sodelavci so dragocena, pa kaj ko za to ni vedno in povsod dovolj časa pa tudi ne sodelavcev, ki bi bili pripravljeni in sposobni pomagati. Osnovno doktrino v posameznih medicinskih vejah vcepljajo študentom univerzitetni učitelji in jo vedno znova, obogateno z novimi spoznanji, sprejemajo in potrjujejo Razširjeni strokovni kolegiji posameznih medicinskih strok. Vse to pa gotovo ni dovolj. Zdravnik mora imeti tudi možnost, da se s svojimi stanovskimi tovariši sreča in pogovori. Imeti mora tudi možnost, da postavlja vprašanja, ustno ali pisno, bolj izkušenim kolegom, imeti mora mesto, da poklepeti s kolegi.

Po vsem svetu je zato že dolga tradicija druženja zdravnikov v stanovskih društvih ali združenjih. Zdravniška društva so prav gotovo prerasla vlogo običajnega društva, saj v večini dežel predstavljajo mesto, kjer se združujeta znanost in praksa, širijo ne samo strokovna obzorja, krepi stanovska zavest in hladi stanovska nevoščljivost in obrekovanje. Tudi tam, kjer si oblast tega ni želela, so zdravniška društva bila in ostala mesta, kjer intelektualni naboj ni bil strt, četudi je bil marsikje prizemljen.

Vso to pot je prehodilo tudi Slovensko zdravniškodruštvo. V svoji bogati zgodovini, s sodelovanjem mnogih velikih slovenskih zdravnikov, je ohranilo svojo osnovno vlogo: v prostorih Doma slovenskih zdravnikov so zdravniki v veliki večini ostali (ali pa spet postali) zdravniki, četudi jim je bila za nekaj časa celo odvzeta pravica nositi po svetu uveljavljeni naziv svojega poklica.

V novi državi pa smo slovenski zdravniki dobili svojo zbornico, imamo svoj sindikat, ostaja nam tudi društvo. To navidezno preobilje stanovskih organizacij je na srečo res samo navidezno! Še vedno namreč velja misel, ki sem jo zapisal na začetku, in zato vsak dan bolj rabimo mesto, kjer se bomo lahko posvetovali ali pa vsaj prisluhnili svojim kolegom. To pa so strokovne sekcije pri Slovenskem zdravniškem društvu, to so večerni pogovori v Domu slovenskih zdravnikov; prav v zadnjem času je zaseden že prenekateri večer. Še kako rabimo naše društvo in njegov pravi čas s preureditvijo njegovega delovanja – o tem se bomo pogovorili oktobra v Portorožu – pravzaprav šele prihaja!

Člani Upravnega odbora SZD v mandatnem obdobju 1992-1996

Predsednik:	prof. dr. Anton Dolenc
Podpredsednika:	prim. dr. Jelka Gorišek prof. dr. Matjaž Rode
Generalni sekretar:	prof. dr. Zvonimir Rudolf (1992-1995) dr. Matija Cevc (1995-1996)
Blagajničarka:	dr. Meta Bračko
Gospodar:	dr. Aleksander Doplihar
Glavni urednik ZV:	prof. dr. Jože Drinovec

Predsedniki območnih zdravniških društev:

ZD Celje:	dr. Igor Praznik
Gorenjsko ZD:	mag. dr. Branko Lubej
Goriško ZD:	doc. dr. Anton Prijatelj
Koroško ZD:	prim. dr. Marija Vodnjov
ZD Ljubljana:	prof. dr. Pavel Poredoš
ZD Maribor:	dr. Zoran Zabavnik
ZD Novo Mesto:	dr. Ema Alič-Žvagen
ZD Posavje Brežice:	dr. Slavko Sušin
Pomursko ZD:	dr. Arpad Norčič
ZD Ptuj Ormož:	dr. Jožica Reberc
ZD Slovenske Istre	
in Krasa:	dr. Jani Dernič
ZD Velenje:	dr. Aplon Marolt
Zasavsko ZD:	dr. Hinko Drnovšek

Z Upravnim odborom so sodelovali:

Odposlanec Zdravniške zbornice:	prof. dr. Matjaž Rode
Predsednik komisije za informacije:	dr. Danica Rotar-Pavlič
Predsednik strokovne komisije:	prof. dr. Slavko Rakovec
Predsednik organizacijske komisije:	mag. dr. Zlatko Fras
Predsednik komisije za zveze z zamejstvom in inozemstvom:	prim. dr. Majda Ostan-Toplak
Predsednik komisije za nagrade in priznanja SZD:	doc. dr. Marjan Premik
Predsednik častnega razsodišča:	prof. dr. Marko Kolenc
Predsednik nadzornega odbora:	dr. Ivan Cibic
Predsednik sveta ZV:	prim. dr. Peter Kapš

IX. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

I. tema

OBLIKE POVEZOVANJA ZDRAVNIKOV
V SLOVENSKEM ZDRAVNIŠKEM DRUŠTVUOBLIKE IN VSEBINA ZDRUŽEVANJA
ZDRAVNIKOV V SZD*Anton Dolenc*

Oblike združevanja v SZD so bile pogojene s formalnimi zahtevami in zakonskimi predpisi ter z vsebinskim razvojem SZD in njegovih enot.

SZD, ki ga je ustanovila skupina zdravnikov v Ljubljani, se je razširilo na Kranjsko in se nato združilo s Celjskim in Mariborskim zdravniškim društvom, kar je pomenilo združitev slovenskih regij, brez zamejske Koroške in Primorske po letu 1918. Slednja je dobila svoje zdravniško društvo Trsta in Primorja (uradni naziv: Slovensko zdravniško društvo Trst) leta 1982. Avstrijska Koroška ni združena v stanovski organizaciji, čeprav tudi tam delujejo posamezni slovenski zdravniki, ki pa se v zadnjih desetletjih ne povezujejo s SZD.

Ustanovna listina društva potrjuje, da je društvo nastalo iz znanstvenih pobud. Sedež organizacije je ostal trajno v Ljubljani.

Statuti SZD so nastajali in se sprejemali potem, ko so po večini nove oblike delovanja v društvu že bile ustaljene, kar kaže, da so se spremenjene vsebine po večini že ustale v praksi. Temeljne organizacijske enote (podružnice) so prerasle v društva, skladno z zakonom, ki je SZD spremenil v Zvezo zdravniških društev (formalno). Sestava Glavnega odbora ali Upravnega odbora pa je tak regionalni parlament vsesplošno in trajno dokazovala.

Vrnitev pravic slovenskemu zdravništvu do zbornice, potem ko je prišlo izven nje tudi do sindikalnega povezovanja v FIDES, ni vsebinsko prizadelo dela in poslanstva SZD, ampak ga je še poudarilo. Ker je bilo SZD desetletja edini zastopnik zdravništva, je vsebinsko (že od svojega nastanka) zastopalo tudi stanovske interese brez zakonitih pooblastil. Zaradi tega je bilo treba na kongresu v Mariboru ponovno opredeliti vlogo in pomen SZD, ki je neodvisna, nadstrankarska, prostovoljna, strokovna in stanovska organizacija slovenskih zdravnikov.

Regionalna povezanost SZD je že tradicionalna in konstitutivna, zato jo je bilo treba kot tako opredeliti v smislu ustanoviteljstva SZD, s tem da je SZD po osamosvojitvi postala državna strokovna organizacija, pa je v zunanji in notranji dejavnosti in usmerjenosti dobila povsem drugačno vlogo in pomen.

Strokovne enote so začele nastajati po vzoru na tujino po letu 1968. Največji številčni razcvet pomeni obdobje med 1970–1980, tako da danes sekcije in združenja SZD štejejo nad šestdeset enot. S tem, da nastajajo vedno nove, nekatere pa, ki niso zaživele, so prenehale obstajati. Navzven prikazujemo te enote kot združenja.

Razvoj bo pokazal, katere sekcije se bodo zlele v združenja – dejanska združenja – ki bodo predstavljala glavne medicinske veje doma in v tujini (kirurgija, interna, ginekologija, porodništvo itn.). Odnose med enotami bosta urejala Strokovni parlament in Strokovni svet, ki po novem statutu pomeni upoštevanje nove vloge SZD. To novo vlogo je društvo prejelo z javnimi pooblastili

(Odločba Ministrstva za zdravstvo številka 403-3/96 z dne 10. 6. 1996), ki daje pooblastila SZD za podiplomsko izpopolnjevanje zdravnikov. Iz tega pa izhaja dolžnost, da bodo strokovne enote organizator in doktrinarni usmerjevalec za to področje. Iz tega pa ne izhaja dilema, kako bi bilo treba stroko »inkorporirati« v glavni odbor (sedaj UO) SZD, češ da je (bi bilo) treba v njem ustvariti strokovno, in ne le regionalno ravnovesje. Statutarna določila o vlogi Strokovnega sveta in Strokovnega parlamenta ter Medicinske akademije nasproti glavnemu odboru onemogoča zapostavljanje strokovnih usmerjenosti in odločanja v SZD. Pri tem pa je treba še posebej poudariti, da so ožje vodstvo, delovna telesa kot tudi regionalne enote (da ne govorimo o sekcijah in združenjih) povsem v rokah zdravnikov specialistov, razen redkih izjem, ki jih lahko preštejemo na prste ene roke. Zato je skrb, da bi pri »načrtovanju« strokovnih doktrin in »ideologije« SZD vse to bilo zapostavljeno, neorgansko ali celo odveč. Pregled zastopanosti zdravnikov specialistov tudi v javnih manifestacijah, da ne govorimo o predstavništvu SZD, je v prevladujočem številu v rokah specialistov, zato bi enostransko gledanje na strokovno sestavo vodstva pomenilo anahronizem. Tudi vodstva regionalnih društev dokazujejo prej navedeno sestavo, ko vsi združeno prispevajo k nadaljnji rasti kulturne in strokovne organizacije slovenskega zdravništva.

Z vključitvijo SZD v WMA (44. skupščina SZD, 27. 9.–1. 10. 1992, Marbella, Španija) so zdravniki Slovenije prvič dobili možnost samostojnega nastopanja in odločanja tudi izven matične države, in to vlogo društvo uspešno opravlja.

STROKOVNO POVEZOVANJE
ZDRAVNIKOV V SZD*Slavko Rakovec*

Nadaljevanje uspešne, več kot 130-letne tradicije je sicer pomembna vrednota delovanja SZD, vendar se v tako dolgem obdobju ni bilo mogoče izogniti spreminjanju organizacije in vsebine delovanja. To postaja vse bolj jasno v zadnjih letih, ob velikih družbenih spremembah in tudi ob ustanovitvi drugih oblik povezovanja slovenskih zdravnikov (ZZS, Fides). Tudi v delu SZD samega je prišlo, samo od sebe, do drugačnega, bolj smiselnega in koristnega neposrednega delovanja. Ne le v okviru področnih društev, temveč tudi v strokovnem povezovanju, ki je iz leta v leto vse bogatejše.

Ustanavljanje številnih novih strokovnih sekcij je po eni strani narekoval hiter razvoj različnih medicinskih panog in njihovo cepljenje v posamezne ozke usmeritve, po drugi strani pa tudi

potreba po povezovanju strokovnjakov različnih strok zaradi obravnavanja pereče, določene skupne problematike. Tako imamo sedaj v SZD že več kot 60 strokovnih sekcij (ali združenj), od katerih večina zelo živahno deluje in daje velik prispevek k razvoju svoje stroke (ali več povezanih strok).

Posebno pozornost je v strokovnem in laičnem svetu zbudila v zadnjih letih tudi izjemno živahna dejavnost sekcij in združenj na področju strokovnega podiplomskega izpopolnjevanja zdravnikov. Temu organskemu in samodejnemu razmahu delovanja sekcij in združenj je prisluhnila in ga vsestransko spodbujala Strokovna komisija SZD, ki je bila sicer pred desetletji ustanovljena za razreševanje perečih strokovnih vprašanj, ki so se pojavljala pri delovanju društva, povezovanje dela strokovnih sekcij pa je bila le njena stranska naloga. V zadnjem mandatu (in že nekaj let prej) je postopoma postalo jasno, da je prav slednja naloga Strokovne komisije najbolj pomembna. Večino prizadevanj je bilo potrebno usmeriti v usklajevanje, povezovanje in usmerjanje delovanja strokovnih sekcij in združenj s tem, da so sicer obdržala svojo popolno strokovno in tudi siceršnjo samostojnost. Delovanje Strokovne komisije se je v zadnjih letih bistveno spremenilo: iz kroga majhnega števila funkcionarjev je prerastlo v dejansko skupščino predstavnikov strokovnih sekcij in združenj. Ta samodejna, razvojna sprememba dela Strokovne komisije, ki je pogojena z interesom ter odzivnostjo vodstev združenj in sekcij, se je tako uveljavila, da je bila upoštevana tudi v osnutku novega statuta SZD, ki daje dosednji Strokovni komisiji bistveno večjo vlogo in tudi pristojnosti, in sicer v obliki Strokovnega parlamenta in Glavnega strokovnega sveta. Glavni strokovni svet – predstavnik strokovnih sekcij in združenj – je zasnovan kot avtoritativno, ustvarjalno, izvršilno telo, ki naj bi bilo enakovredno Glavnemu odboru društva in s katerim naj bi v soglasju reševalo vsa pomembna vprašanja. Sekcije in združenja bi tako prerasle in presegle svojo dosedanje prostovoljno, skoraj ljubiteljsko vlogo in dobile uradno javno priznanje, zlasti pri oblikovanju strokovnih doktrin na svojih področjih in pri podiplomskem izpopolnjevanju. Slednje tudi doslej, skoraj vedno, te enote same pripravljajo in v celoti izvajajo, udeležbo (in morda celo uspešnost) pa nato potrjujejo drugi. To seveda ne gre: tisti, ki celotno delo opravi, naj v bodoče tudi izdaja udeležencem uradna potrdila. Za to so potrebne le manjše spremembe v organizaciji sekcij in združenj, in sicer tako, da se v njih opredelijo uradni nosilci funkcij in odgovornosti.

Marsikje se poleg tega kaže tudi potreba po povezovanju sorodnih sekcij v združenja, in to ne le zaradi zagotavljanja strokovnega izpopolnjevanja na ravni opredeljenih specialnosti, temveč pogosto tudi zaradi zunanega nastopanja na državni ravni, zaradi oblikovanja doktrinarne stališč in zaradi izvajanja uradnih pooblastil. Pri tem seveda niso predvideni v SZD nikakršni elementi prisile, nikakršno utapljanje manjših združenj v večje in nobeno oviranje specifičnosti in zunanega nastopanja. Tako notranje samoorganiziranje pomeni dinamiko razvoja, prestrukturiranja in prekvalifikacije stroke. Povezave bi bile samodejne, neprisilne in dogovorne. Vzpostavljale bi se le za doseganje skupnih ciljev. Na ta način bo dosežena smotrna povezanost slovenskih zdravnikov po strokovnem načelu v svojih povsem samostojnih strokovnih sekcijah in združenjih ter jim bo tudi formalno priznana vloga, ki jim že tradicionalno pripada. Njihove medsebojne povezave v večja združenja in zastopnost v Strokovnem parlamentu in v Glavnem strokovnem svetu jim bodo zagotovile odločilno vlogo in pristojnosti v SZD in tudi navzven na njihovem strokovnem področju, tako da bodo po našem prepričanju bistveno vplivale tudi na dogajanja v zdravstvu kot celoti.

REGIJE V SLOVENIJI – TUDI V OKVIRU SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA (SZD)

Vojko Flis

O regijah in regijskem delovanju in povezovanju nasploh dandanes v Sloveniji ni slišati preveč dobrohotnih besed. Večina kritikov trdi, da je Slovenija kot država premajhna, da bi si lahko privoščila regionalizem in da bi vsaka delitev na regije slabila delovanje prostora kot celote. Nekateri celo uporabljajo zglede, kot so razdrobljena pogača kruha, in izražajo strah, da bi se iz drobtin Slovenije (kar naj bi regionalizem po mnenju kritikov pomenil) izcimila zelo oslabiljena in celo nacionalno neenotna država (1). Ali z drugimi besedami: takšni analitiki sodijo, da potrebujemo močno centralistično državo, kjer bodo vsi pomembnejši vzvodi kulturne, gospodarske, politične, znanstvene, šolske in še katere oblasti skoncentrirani v Ljubljani. Takšen način razmišljanja ima veliko zagovornikov in se iz političnega prostora prenaša tudi na vsa ostala področja. Nič ne pomagajo včasih celo uradna opozorila, da so nekateri deli slovenskega prostora tako zapostavljeni, da to zbuja že skrb, kajti že pri rabi same besede »skrb« gre za evfemizem najslabše vrste. Pri tem seveda nimamo v mislih samo socialnih problemov, gre za kopico vprašanj, denimo o problemih urejanja prostora, komunale, šolstva, zdravstva ipd. Zelo značilen in poučen je denimo primer Dolge vasi. Tamkajšnji prebivalci so zaradi nemogočih prometnih razmer na mejnem prehodu, ki si tega imena niti ne zasluži, resnično v izjemno hudi stiski, a zdi se, kot da jih nihče ne sliši, kot da niso v isti državi. Pot od Ljubljane do Murske Sobotne spominja bolj na safari kot na vožnjo po srednji Evropi.

Zaskrbljujoče je, ker se enaka miselnost prenaša v vse pore življenja. Zdravstvo ni izjema. Medtem ko ima center vsaj tri bolnišnice in ko tehnološko še nekako lovi sapo s srednjeevropsko medicino, drži ugotovitev, da so regije primerjalno z nizkimi in ne visokimi standardi Evrope medicinsko in tehnološko obubožane. Smešno in absurdno zvenijo demagoška sporočila Ministrstva za zdravstvo, da imamo v Sloveniji preveč drago medicinsko tehnologijo. Vsi pomembni statistični kazalniki postavljajo takšne trditve na laž. V Mariboru peša popolnoma razglašeni računalniški tomograf, javni zavodi drugod v severovzhodni Sloveniji (kar je samo primer s tega konca Slovenije, saj na Obali in drugod ni nič bolje), značilen primer so najnovejši nakupi sodobnih ultrazvočnih diagnostičnih naprav v Radgoni in Murski Soboti, pa morajo za nadomestitev obrabljenih in že dolgo neuporabnih diagnostičnih naprav najemati komercialna posojila, za katera se ve, da so v Sloveniji izrazito neugodna in med najdražjimi v Evropi.

Države in Ministrstva za zdravstvo takšen potek dogodkov očitno ne skrbi pretirano. Kot da bi veljala ugotovitev, da je dovolj, da stvari kolikor toliko gladko tečejo v Ljubljani, za ostalo pa tako nikomur ni mar. Ali kot da bi bilo samoumevno, da lahko kdo iz Murske Sobotne pride na enak način do zdravstvenih storitev v Ljubljani kot Ljubljancin? Že za pot do Ljubljane si vsakdo ne more privoščiti vozila na štirikolesni pogon, kar je edino jamstvo za zanesljivo prečkanje z makadamom pokritih in v kanale raztrtih cest v Prekmurju.

Nasprotniki slovenskega regionalizma (2) kot najmočnejši argument zoper ustanavljanje in povezovanje slovenskih regij in dežel navajajo tako imenovane zgodovinske razloge. V primerjavi z Avstrijo ali nemškimi deželami Slovenci naj ne bi imeli zaokroženih področij, ki bi bila vsaj nekaj stoletij pod oblastjo določene plemiške dinastije.

Le kako je možno prav v Sloveniji zoper regionalizem vleči iz rokava takšne argumente? Slovenija je bila ne glede na državne meje vedno razdeljena na nekaj zelo razpoznavnih regij in ta razdeljenost ni prostoru skozi dolga leta zgodovine prav nič škodovala, prej nasprotno, zdi se, da ga je bogatila. Zato sicer ni treba brati Valvasorja, pomagalo pa bi. Obalna regija je bila vedno

zelo samosvoja, enako velja za Pomurje, za Dolenjsko, Gorenjsko, za Koroško in končno je tukaj tudi Štajerska.

Ob tem mi misli kar same zaidejo na narečni zemljevid Slovenije, ki ga je leta 1935 narisal prof. Ramovš. Na zemljevidu je zarisanih šestinštirideset govorov. Prof. Ramovš je zemljevid razdelil na nekaj velikih področij, kot so denimo Koroška, Veneška, Belokranjska, Obsoška, vzhodna in zahodna Štajerska, ipd. Znotraj teh področij pa je naštel še številna druga narečja. Ostanimo na Štajerskem. Na zahodni Štajerski je med drugim denimo naštel savinjsko, pohorsko in osrednje štajersko narečje, na vzhodni Štajerski pa denimo prleško in haloško narečje (to naštevanje kajpak ni izčrpno).

Profesorica Zinka Zorko (3) je raziskala slovenska narečja na področju, ki mu tukaj pravijo Kobansko. Toda s tem poimenovanjem nihče ni bil preveč zadovoljen. Geografi so se odločili za skupno ime Dravsko obmejno hribovje. Dravski gozd je pomenil v sedmem stoletju mejo med svobodno Karantanijo in obrskim vzhodom. Karel Veliki je takrat vladal Slovincem na obeh straneh opisane naravne pregrade. V času njegovega vladanja se je vzpostavila za dolga stoletja meja med salzburško škofijo in oglejskim patriarhatom. Leta 1091 pa so ustanovili v Labotski dolini šentpavelski samostan, kar je pomenilo za Dravsko dolino nekoliko hitrejši razvoj.

Šentpavelski samostan si je ustvaril razsežno in precej strnjeno zemljiško posest in opatija si je pridobila vodilno mesto s središčem na Fali. Opatji so spodbujali kolonizacijo in naseljevalna vnema je dosegla svoj vrh morda v prvi polovici 15. stoletja. Kljub kugi, ki je kosila v 16. stoletju, je prebivalstvo počasi naraščalo. Domačini med Dravogradom in Mariborom niso radi odhajali v svet, pa tudi tujci niso z veseljem prihajali mednje.

Na opisanem področju so tako v srednjem veku živeli praviloma Slovenci, kar pričajo krajevna imena, ki so se zaradi tuje uprave ponemčila šele kasneje (4). Zanimivo je zapisati tedanja slovenska imena v tem prostoru. Konec 11. stoletja so bila zapisana imena: Vurnat, Bistrica, Selnica, Kamnica; v prvi polovici 12. stoletja: Radlje in Gortina; v drugi polovici 12. stoletja: Libeliče, Dravograd, Vrata, Remšnik, Dobrava, Vižinga, Klanec. In da ne bi ušlo iz spomina, leta 1532 so Turki požgali Remšnik, Pankrac, Brezno, Ožbalt in Kaplo.

Tako so se hkrati s kraji na tem majhnem koščku naše dežele razvijala narečja, ki so temeljila na naselitvi Slovincem iz koroške in štajerske smeri, kasneje se je priključila še kolonizacija različnih prebivalcev, cerkvenoupravna razdelitev je ozemlje razkosala na prafare in fare, dodatno pa so storile prometne povezave tega področja. A je sploh moč najti boljši model regionalnega razvoja, regionalnega razvoja, ki ni slovenstvu ničesar jemal, temveč je samo dajal? Gre za regionalni razvoj, ki je, če ostanemo zgolj pri jeziku, bogatil slovenščino in ohranjal ter plemenitil njen neverjetni besedni zaklad. Zborni in knjižni jezik zaradi takšnega regionalizma nista prav nič trpela, nasprotno, hranila sta se z izvirnimi slovenskimi izrazi, ki bi morda bili za vedno izgubljeni. Tudi zaradi tega se lahko danes pohvalimo, da ima slovenščina toliko in toliko deset tisoč svojih, izvirnih besed.

Zadržimo se še nekoliko na teh majhnih področjih, majhnih regijah Dravske doline. Na majhnih drobtincah. Tako majhne so, da morda niti se zaslužijo vzdevka drobtinica, toda nikoli zaradi svoje majhnosti niso cepile slovenstva niti slovenskega jezika! Verjeli ali ne, poznajo govor na Činžatu in pri Lovrencu na Pohorju, poznajo posebno govorico Ribnice na Pohorju, poznajo govor Ojstrice, pa perniški govor, pa Remšniški govor, govor Kaple, selniški govor, ruški govor in končno mariborski pogovorni jezik na stičišču treh narečnih osnov. Ali je takšna regijska raznolikost kdaj in kaj škodovala slovenskemu knjižnemu jeziku? Je morda škodovala slovenskemu zbornemu jeziku? Kajpak ne! Slovenski knjižni in zborni jezik sta se iz takšne regijske raznolikosti samo bogato žlahtnila. Tako Zinka Zorko (5) opisuje mline na kamne in domače izraze, kot so grot (lijak, v katerega se usiplje žito) ali panvica, ko pa opisuje žage venecijanke, navaja domače besede, kot so svora ali zobata kolesa. Še bolj zanimivi so opisi oglenice, za katero v

Bistriškem jarku uporabljajo izraz voglca. Gre za čisto avtonomni slovenski izraz. Pridobivanje oglja je še živo in pomeni kmetom včasih dodatni vir dohodka. Tako so ob voglci uporabljali še izvirne slovenske izraze, kot so stržen, dera, groble in greblca. Morda se komu zdi navajanje takšnih zgledov dolgočasno in na prvi pogled, resda bi moral ta pogled biti zelo površen, ni videti prave povezave med razmišljanjem o regionalnosti in digresijo v slovenske jezikoslovne narečne vode.

Toda zgled je več kot pomenljiv. Regijske razlike bodo namreč ostale in nikakor ne bodo nosile s seboj slabšalnega prizvoka. Predvsem zavoljo tega, ker je razdelitev različnih dobrin po regijah izredno zgodovinsko pogojena. Enako velja za Slovensko zdravniško društvo. Večina finančnega kapitala se zbira v Ljubljani in ta denar le nerad najde pot nazaj v regijska društva. Ob tem ima večina sekcij sedež v Ljubljani. In le skrajno redko se dogodi, da bi komu izven Ljubljane poslali članek v recenzijo pred objavo v Zdravniškem vestniku. Kajpak te misli ne izražajo stokanja. Kažejo samo, da se morajo glede na obstoječe razmere regije znajti, kot pač znajo in zmorejo. In zgolj zaradi tega je bila digresija v narečno podobo slovenske krajine koristna. Regije so vedno skušale najti pot preživetja, pač glede na zmožnosti znotraj svojega prostora, in so to pot tudi našle. Velikokrat je šlo za izjemno izvirne rešitve.

Tako pri iskanju novih poti slovenske regije nikakor niso bile neuspešne. Vsaka regija namreč skuša uporabiti metodologijo, sredstva in ostale potencialne, kot jih pač ima na razpolago. Zaradi tega znotraj vsake regije pogosto morajo iskati povsem izvirne poti, saj nimajo na razpolago podobnih potencialov kot center. Tako iskanje različnih poti znotraj regij nikoli ne bo enako, kajti regije se med seboj tako razlikujejo, da lahko le ljudje znotraj kakega prostora – ta prostor kajpak morajo zelo dobro poznati – najdejo plodne načine delovanja.

Znotraj Slovenskega zdravniškega društva je položaj nekoliko podoben državnemu. Vsi pomembnejši izvodi odločanja so skoncentrirani v Ljubljani, enako velja za finančne in intelektualne potencialne. Ob tem je nadvse pomembno spoznanje, da center ne čuti prav nikakršnega interesa, da bi se povezoval z regijami. Center tudi ne kaže nikakršne želje, da bi v svoji samozadostnosti regije privabil ali povabil k sodelovanju. Takšna smer gibanja dogodkov jasno krmari dogajanja v regijah. Regije so v svojem prisilnem siromašenju naravnost potisnjene v iskanje samosvojih poti delovanja. Od področja do področja, pač odvisno od finančnih in intelektualnih potencialov, bodo te poti različne. Včasih se bodo regije tudi povezoval. To bodo storila regijska društva tam, kjer bodo našla skupne interese.

Izolacija pa ni nujno slaba in lahko pomeni iskanje ter najdenje povsem izvirnih zamisli, in tako kot se je pokazalo pri narečnih diskurzih, se kaže in se bo kazalo tudi pri delovanju regijskih odborov SZD. Glede na svoje zmožnosti bo vsak regijski odbor iskal svoje poti. Če bo obstajal interes, se bodo odbori v svojih naporih združevali. In če bo obstajal dovolj močan interes, se bodo povezovali tudi s centrom, vendar pa ta zveza ne bo mogla teči enostransko, torej od regije proti centru, nazaj pa nič. Dragocenoosti v delu regionalnih odborov pa bodo ostale in vedno plemenitile centralno organizacijo. Center je od nekdaj bil preveč tog, da bi se lahko odzival na hitre spremembe. Regije to zmorejo. Centru pa ostaja moč tega, da ga hitre spremembe ne morejo kar tako premakniti. Oboje je potrebno.

Delovanje mariborskega regijskega odbora tako kaže vse značilnosti tega, kako se je ob pomanjkanju sredstev in ostalih zmogljivosti SZD v regiji organiziralo. V regiji ima sedež samo Medikohistorična sekcija SZD. Denar iz centra se nazaj v regijo ne vrača. Regijske povezave so se tudi zaradi včasih zelo ignorantskega odnosa centra tkale na avstrijsko, madžarsko in hrvaško stran, kar je regiji dejansko prinašalo koristi in jo davno pred zahtevami nekaterih pričelo povezoovati s svetom. Tako je nekoliko zbledelo dejstvo, zanimivo je zgolj zaradi svoje simptomatičnosti, da številke Zdravniškega vestnika dobivajo imena, kot so Mariborska številka, Celjska številka, številka Mikrobiološkega inštituta, da so recenzenti praviloma anonimni, da večji del slovenskega medicinskega

skega raziskovalnega denarja ostaja v Ljubljani ipd. Zdi se, da so razlogi vsem znani.

A četudi ni tako, to ni razlog za opustitev delovanja v regijskih društvih. Regijska društva, tokrat govorimo na izkušnji mariborskega, lahko dobro delujejo, če poskušajo združiti vse dejavnosti društva znotraj enega stržena. Tako ni bilo ločevanja med strokovnimi in kulturnimi prireditvami, v mislih imamo seveda organizacijo dogodkov. Strokovne zmogljivosti so se z združevanjem v en sam organizacijski stržen skušale izkoristiti v največji možni meri. Ni si bilo mogoče privoščiti razcepljenosti, kot jo ob številnih sekcijah, paradoksnost ali ne, pozna Ljubljana.

Takšen način dela je prinesel nekatere odmevne rezultate. Tako je dr. Jelka Goriškova pričela tkati sodelovanje s pravniki, kar se je razraslo v široko paleto seminarjev z naslovom Medicina in pravo. Ta zgled je posebej pomemben zavoljo tega, ker kaže, kako je moč izrabiti tiste potenciale regije, ki so na razpolago in jih je tudi metodološko in organizacijsko moč brez večjih naporov obvladati. In prav v tem je dragocenost regij. V regijah je moč hoditi po poteh, ki bi jih v centru vsi v začetku zapirali. A ko so poti označene in so videti lepe, urejene in dobrohotne, tudi drugod radi stopijo po njih.

Regije dejansko pomenijo žlahtnjenje in čvrstenje centra. Če ta tega ne uvidi, slabi sam sebe. In v dolgoletni slovenski zgodovini regije nikoli niso slabile Slovenije. Prav nasprotno. Ko je Maister osvobodil Štajersko in Koroško, so se v Ljubljani tako ustrašili, da so Koroško kar vrnili Avstrijcem, in to še preden je sploh kdo slišal kaj o plebiscitu (to so bili dogodki leta pred drugo svetovno vojno). S spoštovanjem regij bi bila danes Slovenija nekoliko večja, kot je, nekoliko bolj ponosna nase, kot je, in veliko bolj spoštovana, kot je.

Viri

1. Peršak T. Slovenija iz drobtinice? Delo. Sobotna priloga. 10. 8. 1996, str. 25.
2. Peršak T. Slovenija iz drobtinice? Delo. Sobotna priloga. 10. 8. 1996, str. 25.
3. Zorko Z. Narečna podoba Dravske doline. Maribor. Kulturni forum Maribor 1995, str. 5–362.
4. Zorko Z. Narečna podoba Dravske doline. Maribor. Kulturni forum Maribor 1995, str. 9.
5. Zorko Z. Narečna podoba Dravske doline. Maribor. Kulturni forum Maribor 1995, str. 301–7.

II. tema

ZDRAVNIK IN DRUŽBENO OKOLJE

ZDRAVNIK IN DRUŽBENO OKOLJE

Anton Dolenc, Marjan Premik

(Družbeni) status zdravnika (socialni, ekonomski in strokovni) je po svetu zelo različen: tradicionalno, zgodovinsko, državno pogojen. Tako danes ocenjujejo, da je ponekod ugled zdravnika zelo visok, obenem pa tudi ekonomsko zavidljiv. Tako je npr. v Angliji zdravnik visoko upoštevan, toda slabo plačan, v Nemčiji nima tako visokega ugleda, je pa visoko na pridobitveni lestvici. Tako imenovani vzhodni blok pa je zdravniški poklic ekonomsko in družbeno praktično izničil. Tudi spoštovanje do njega se je zmanjšalo, ker je njegova morala postala akcijska, ne več tradicionalno hipokratična.

Za zaščito »obvezno združenih« zdravnikov in njihovih pravic so v prejšnjem stoletju nastajale zdravniške zbornice, ki so od države postopoma pridobivale prenekatera javna pooblastila kot korporacije zdravništva. Postale so paradržavne ustanove oblasti in odločanja. Kontinuiteta obstoja in delovanja teh organizacij je zagotavljala, da te institucije niso prestopile praga in meja, ki jih je zarisal interes zdravnikov na eni strani in država na drugi.

Tradicionalno prostovoljne zdravniške asociacije so postopoma dobile strokovni ugled in del odločanja, status zdravnika pa je vedno bolj določala država z zakoni o organizaciji zdravstva in zdravstvene dejavnosti ter plačilnimi razredi zdravništva.

Med pomembnejše globalne vidike spreminjajočega se socialno medicinskega okolja danes uvrščamo:

1. Človekove pravice in družbene vrednote, ki so še neizčrpana temeljna moralna podlaga za delo in odnose med ljudmi.
2. Spreminjanje tradicionalne orientacije medicine – zdravnika k boleznim z novo razsežnostjo, ki vključuje vsesplošna prizadevanja za zdravje.
3. Napredek medicinskih znanosti in spremljajočih tehnologij, ki odpira vse več socialno vrednostnih in bioetičnih dilem.
4. Nenehno spreminjanje in prilagajanje sistemov zdravstvenega varstva ter medicinske oskrbe ob poudarjenem skupinskem delu, ko se vse težje vzdržuje osebni odnos do bolnika.
5. Politično in socialno okolje, ki pritiska s socialnimi reformami in ekonomskimi racionalizacijami na zdravnika, na katere pa zdravnik kot posameznik in javni delavec ne more učinkovito vplivati. Iz tako nastale nevrotične situacije je vztrajanje na tradicijah hipokratične morale bistvo zdravnikove osebne in strokovne svobode. Iz tega izhajajoč pa so moralnoetična izhodišča WMA, ki

jih je sprejel KMDS in statut SZD uzakonil in s tem postavil mednarodne temelje za ravnanje slovenskega zdravnika. WMA, ki je do danes izdalo že nad 80 deklaracij in resolucij, z njimi »pokriva« najbolj občutljiva medicinska področja. Državna KME, regionalne (bolnišnične KME), Katedra za sodno medicino in medicinsko deontologijo so skupaj z drugimi katedrami MF zadostni temelji, da zdravništvo Slovenije zadosti članstvu v WMA. Zdravniški vestnik pa s sprotnim obveščanjem o dogajanjih v tej organizaciji posreduje javnosti potrebne informacije. Zato bo tudi v bodoče treba storiti vse, da ostane morala zdravništva na tradicionalnih in sodobnih izhodiščih nedotaknjena.

Slovenski zdravniki ponujamo javnosti in družbi visoko strokovno odgovornost ter moralno osveščenost, zahtevamo pa ustrezno ovrednotenje zdravnika in njegovega dela ter statusa v državi in ustanovah.

Medicinska akademija, po novem statutu ustanovljena pri SZD, bo pomenila vrh znanstvene, strokovne in moralne osveščenosti, pa tudi zagotovilo medicinske etike in kulture.

Nova pravila so ohranila institucijo častnega razsodišča tudi za bodoče, ki pomeni uresničevanje moralnoetičnih načel navzven, tudi v javnosti, če bi ravnanje člana SZD prišlo v nasprotje s pozitivnimi deontološkimi načeli WMA in statuta SZD.

Iz tega izhaja, da je v prostovoljni, stanovski, strokovni, nepolitični organizaciji slovenskih zdravnikov tudi po statutu dovolj varnostnih meril, da bi tudi v bodoče v skrajno neuravnovešenem družbenem prehodnem okolju ostala organizacija enotna, z moralnoetično osveščenim članstvom in strokovno neoporečnimi enotami. To pa tudi v bodoče zagotavlja nemoten in skladen razvoj enot in celotne organizacije.

Sodobni odnosi: zdravnik–bolnik, zdravnik–sodelavci in zdravnik–družba bodo tako dobili zagotovilo, da bodo v vseh treh občutljivih področjih zdravniki živeli in delovali v skladu z dosežanimi uveljavljenimi pozitivnimi tradicijami.

Zdravniki smo za svoje in družbeno dobro dolžni prevzeti lastno usodo in medicinsko odgovornost za varovanje v svoje roke s tem, da se ustrezno odzivamo na hitre spremembe v družbenem okolju, se strokovno in znanstveno utemeljeno spopadamo z naraščajočimi zunanjimi pritiski ter tako utrdimo svoj pomen in vlogo v družbi skladno z deklaracijami WMA, ki zdravnikovo vlogo enačijo s pacientovim advokatom.

Udejanjanje teh usmeritev in zahtev narekuje premišljeno, dolgočasno in strukturirano povezovanje zdravnikov z jasno opredeljenimi cilji in izdelano strategijo.

Nanj se lahko zanesem!



V eni kapsuli Naklofena duo je:

25 mg
diklofenaka v
acidorezistentnih
peletah

in 50 mg
diklofenaka
v retardnih
peletah.

*galenska oblika
diklofenaka s takojšnjim
učinkom in
podaljšanim
delovanjem*

olajša bolečino in vnetje

Doziranje:

1 kapsula

1-krat do 2-krat
na dan.

Skrajšano navodilo:

Lastnosti in delovanje: Naklofen spada v skupino nesteroidnih protivnetnih in analgetičnih zdravil. **Indikacije:** Vnetne, degenerativne, zunaj sklepne, metabolične revmatične bolezni in druga bolečinska stanja. **Kontraindikacije:** Peptični ulkus. Preobčutljivost za diklofenak. Diklofenak je kontraindiciran pri bolnikih, pri katerih je predhodno jemanje salicilatov ali drugih zdravil z inhibicijskim delovanjem na sintezo prostaglandinov povzročilo napad astme, urtikarijo ali akutni rinitis. Zadnji trije meseci nosečnosti. Otroci, mlajši od enega leta. **Opozorila:** Bolnike s hudimi okvarami jeter ali ledvic je potrebno večkrat kontrolirati in prilagoditi odmere zdravila. **Stranski učinki:** Lahko se pojavijo prebavne motnje. Redko se pojavijo peptični ulkus ali krvavitve v prebavilih. Izjemoma lahko pride do preobčutljivostne reakcije, perifernih edemov in neznatnega povečanja vrednosti transaminaz. **Oprema:** 20 duo kapsul po 75 mg.

® naklofen
kapsule 75 mg
diklofenak

Podrobnejše informacije so
na voljo pri proizvajalcu.

KRKA
SLOVENIJA

III. tema

VLOGA IN POMEN ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA KOT NACIONALNE MEDICINSKE REVJE

ZDRAVNIŠKI VESTNIK KOT NACIONALNA MEDICINSKA REVJA

ZDRAVNIŠKI VESTNIK AS THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL

Jože Drinovec, Martin Janko, Matija Cevc

Ključne besede: Slovenija; medicinske revije; urejanje; mednarodna odmevnost; dejavnik vplivanja; slovenski medicinski jezik; angleščina

Izveček – Zdravniški vestnik je edina slovenska nacionalna medicinska revija, izbaja že 65 let. Uredništva so izdajanje revije prilagajala sproti mednarodnim standardom za takšne revije.

Obseg dela Zdravniškega vestnika se povečuje, kakovost pa standardizira tako v rednih kot v suplementnih snopičih. Z osamosvojitvijo Slovenije je Zdravniški vestnik reprezentančna revija za bistveno manjši del prebivalstva, a z bolj zaostrenimi kakovostnimi kriteriji in večjimi zahtevami glede potreb po kontinuiranem podiplomskem izobraževanju zdravnikov.

Glavne naloge Zdravniškega vestnika so:

- zadovoljevanje strokovnih potreb slovenskega zdravništva,
- objavljanje strokovnih in raziskovalnih prispevkov slovenskih zdravnikov in s tem povezano mednarodno priznavanje slovenske medicine,
- pokrivanje intelektualnih, kulturnih in društvenih potreb najširšega kroga slovenskega zdravništva.

Obseg in nove naloge zahtevajo delno profesionalizacijo pri uredniškem delu. Pot za večjo mednarodno uveljavitev je izdajanje več suplementnih in rednih števk, vsebujočih izvirne raziskovalne prispevke v celoti v angleščini.

Key words: Slovenia; medical journals; editorship; international recognition; impact factor; Slovene medical language; articles in English

Abstract – Zdravniški vestnik is the Slovene national medical journal, its first issue dating 65 years back. Editorial staff have regularly updated its standards to match the international criteria for medical literature.

Zdravniški vestnik has been expanded over the years and its quality standardized in regular issues as well as in supplements. Ever since Slovenia became an independent state, Zdravniški vestnik has represented a considerably smaller population; who demand, however, more quality writing and more post-graduate education for doctors.

Principal objectives of Zdravniški vestnik:

- meeting professional needs of Slovene doctors,
 - publishing professional articles and research reports written by Slovene doctors to gain international recognition of Slovene medicine,
 - meeting intellectual, cultural and social needs of a wide circle of Slovene doctors and the Slovene Medical Association.
- The increasing volume of work and new objectives require partial professionalization in editorship. One way to gain more international recognition would be to have more supplements and regular issues containing original research reports in English.

*In izlizana skala v nespokojnih vodah,
valovi jo oblivajo, megle jo skrivajo;
na spokojen dan je samo spomenik,
ob plovnem vremenu je zmeraj znamenje,
ki kaže pot: a v mračnem letnem času
ali v nenadnem besu je, kar bila je zmeraj.*

(Dry Salvages II. Iz: Tomas Stearns Eliot: Pesmi. Ljubljana: Mladinska knjiga 1982, prevedel: Veno Taufer)

Uvod

Pobudnik za ustanovitev prve samostojne slovenske medicinske revije in njen prvi urednik je bil Franc Derganc. Prva številka Zdravniškega vestnika je izšla 24. januarja 1929. Od Derganca je prevzel urednikovanje drugega in tretjega letnika Alija Košir. V tretjem letniku Zdravniškega vestnika se je uredništvo revije preselilo na Golnik, mesto urednika pa je prevzel Robert Neubauer.

Golniško obdobje se je končalo z letom 1938. Drugo ljubljansko obdobje je trajalo od leta 1939 do 1941. Ožje uredništvo je vodil Slavko Prevec, Oton Bajc pa je prevzel vodstvo konzorcija (1). Zaradi kulturnega molka je Zdravniški vestnik v okupirani Ljubljani prenehal izhajati. Med vojno, natančneje, v letih 1944 in 1945, je izšlo 10 števk Partizanskega zdravstvenega vestnika. Tedaj sta našo revijo v izrednih razmerah urejala Mirko Černič in Bogomir Magajna (2).

Do leta 1955 je Zdravstveni vestnik izhajal v približno enakem obsegu kot pred vojno. Urejali so ga zaporedoma Lojz Kraigher, Igor Tavčar in Mirko Karlin ter Bogdan Breclj in Franjo Smerdu. Najdlje je revijo urejal Stanislav Mahkota: od leta 1952 do 1966 z Ivanom Marinčičem, od leta 1967 do 1980 pa z Miroslavom Kališnikom. Nato je Miroslav Kališnik urejal Zdravstveni vestnik z Markom Lavričem do leta 1988 (3).

Mahkota in Kališnik sta v že uveljavljeno nacionalno medicinsko revijo, ki je bila za zdravnike dolga leta tudi edina, vnesla pravila biomedicinske informatike, mednarodne standarde in mednarodno priznanost ter citiranost. Vse do leta 1991 je bil Zdravstveni

vestnik med tremi mednarodno najbolj priznanimi biomedicinskimi revijami v tedanji Jugoslaviji, najbolj priznana v Sloveniji pa je ves čas do danes.

Zdaj in tukaj

Zdravniški vestnik, katerega ustanovitelj je Slovensko zdravniško društvo, je edina nacionalna medicinska revija in ima po svoji zasnovi naslednje naloge:

1. zadovoljevanje strokovnih potreb slovenskega zdravništva;
2. objavljane strokovnih in raziskovalnih prispevkov slovenskih zdravnikov in s tem povezano mednarodno priznavanje slovenske medicine;
3. zadovoljevanje intelektualnih, kulturnih in društvenih potreb najširšega kroga slovenskega zdravništva (4).

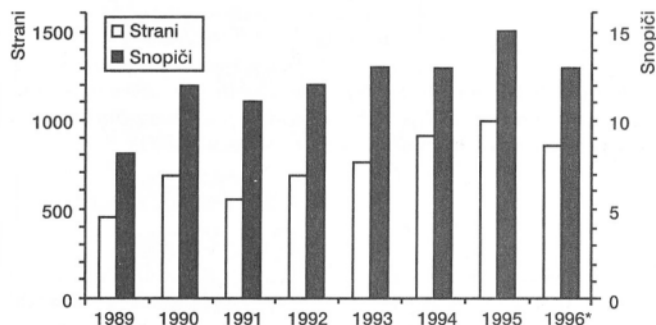
Izjemni prispevek piscev in uredništva Zdravniškega vestnika v 65-letni zgodovini je za slovensko družbo neprecenljiv. Kljub pogosto neugodnim razmeram in delu brez gmotnega nadomestila entuziazem ni nikoli presahnil. Dolžnosti pa so obojestranske, tudi družbe do slovenskega zdravništva, katerega dosednji prispevek je možno vsaj do neke mere tudi ekonomsko ovrednotiti (5).

Delo uredništva in sodelavcev, pa tudi recenzentov ocenjujejo bralci-naročniki – člani Slovenskega zdravniškega društva. Naša dolžnost je prikazati obseg in sistem dela v zadnjih osmih letih ter obeležiti bistvene mejnike.

Ob prevzemu uredništva leta 1988 smo prešli na vancouverški sistem navajanja literature (6).

Leta 1988 je bila naklada tedanjega Zdravstvenega vestnika 4000 izvodov mesečno, v drugi polovici leta 1996 pa je 4200. Z majem 1992 je po sklepu VIII. kongresa slovenskih zdravnikov v Mariboru naša revija ponovno privzela prvotno poimenovanje Zdravniški vestnik. S tem smo želeli kar najbolj očitno pokazati na kontinuiteto. S 1. januarjem 1993 je Zdravniški vestnik dobil novo celostno podobo, ki jo je oblikoval Edi Berk.

Obseg natiskanih števil (snopičev, vključno s suplementi) in strani je prikazan na sliki 1.



* Predvideno število snopičev in strani.

Sl. 1. Obseg natiskanih strani in snopičev v obdobju 1989–1996.

Leta 1990 smo prebrodili finančno krizo, ki je bila posledica skokovite inflacije, od leta 1992 se je obseg Zdravniškega vestnika neprekinjeno povečeval in Zdravniški vestnik se je tudi gmotno utrdil.

Kot številne nacionalne institucije tudi Zdravniški vestnik ni mogel mimo pretresov ob korenitih družbenih spremembah. Od ene najbolj ocenjenih medicinskih revij v več kot 20-milijonski državi je postal takšna revija v državi z dvema milijonoma prebivalcev. Z zakasnitvijo dveh let so nas črtali iz referenčne revije Current Contents/Clinical Medicine, ki jo izdaja Institute for Scientific Information v Philadelphiji. Istega leta so prenehali citirati članke iz Zdravniškega vestnika, razen iz tistih števil, praviloma suple-

mentnih, ki so v celoti objavljene v angleščini. V iste referenčne revije pa so tedaj sprejeli kakovostno manj cenjene revije iz držav z bistveno večjim številom prebivalcev. Številne od novo nastalih ali na tak ali drugačen način osamosvojenih držav so začele tiskati tudi svoje nacionalne medicinske revije v angleščini. Na tabeli 1 je prikazan faktor citiranja ZV v letih 1989 do 1992 (Journal citation reports).

Tab. 1. Faktor citiranja ZV v letih 1989 do 1992.

Leto	Faktor citiranja
1989	0,005
1990	0,006
1991	0,000
1992	0,005

V ZV pregledata vsak članek anonimno dva recenzenta. Od leta 1988 naprej je letno 5–7 člankov po oceni recenzentov povsem neoporečnih – neposredno pripravljenih za tisk, 40% prispevkov potrebuje le manjše popravke, okrog 50% bistvene popravke, ocena za 10% člankov pa je negativna. Člani uredništva so na željo piscev bistveno prispevali k oblikovanju številnih slabše, celo negativno ocenjenih prispevkov. Kakovost in oblikovna dodelanost člankov v institucijskih, regijskih in tematskih številkah praktično ne odstopa od standardov za redne številke. Maksimalni čas za recenzijo je en mesec, maksimalna latenca do izida neoporečnega članka pa šest mesecev.

Ravnotežje med čvrsto utemeljenimi prispevki, opirajoč se na lastne izkušnje in objavljene izsledke v tujini, ter ažurnimi informacijami se ves čas nagiba v korist prvih. V drugi del sodijo rubrike vprašanja-dileme-rešitve-predlogi, nekrologi, jubileji, osebne vesti, odmevi, zanimivo je vedeti, medikohistorična rubrika, delo SZD, pisma iz tujine, mednarodno sodelovanje, prikazi knjig, strokovna srečanja, strokovno izpopolnjevanje, pogovori z bralci, zdravniki v prostem času, podlistek in aktualni pogovori, ki presegajo okvir medicinske informiranosti oz. zanimivosti.

Kakovost in količina sta v Zdravniškem vestniku bolj posledica dela, zavzetosti in moči piscev-sodelavcev kot uredništva, uredniškega odbora in uredniškega sveta.

Perspektive

Med okviri za delo Zdravniškega vestnika v naslednjih letih, najbrž desetletju, je Statut Slovenskega zdravniškega društva, ki je pripravljen v obliki predloga. Slovensko zdravniško društvo je edini lastnik revije (7).

Drugi temelj je Zakon o društvih (8), po pomenu mu sledi Zakon o javnih glasilih (9), pa tudi Zakon o avtorskih pravicah (10). Duha Zakona o avtorskih pravicah smo spoštovali še pred njegovim sprejemom. Zavestno smo se distancirali od piratstva v objavljanju, kot je bilo v navadi v Jugoslaviji (11). Zaostrovanje zahtev po zasebnosti in varovanju bolnikovih koristi narekujejo zakrivanje bolnikove identitete v strokovnih prispevkih, če bolnik pisno ne privoli v nasprotno.

Zdravniški vestnik se je znašel v zadnjih petih letih v razmerah naglo naraščajočega števila slovenskih medicinskih revij, kot so poleg že uveljavljenih Medicinskih razgledov, Zdravstvenega varstva, Zobozdravstvenega vestnika in iz sorodne stroke Farmaceutskega vestnika, še ISIS, Acta dermatovenerologica Alpina, Panonica et Adriatica, Acta stereologica, JAMA – Slovenska izdaja, Radiology and Oncology, Slovenska pediatrija, Endoskopska revija. Dve od teh izhajata v celoti v angleščini. Predvsem to izredno razveseljivo dokazuje vitalnost strok in organizacijske sposobnosti uredništva. Po drugi strani pa je zaradi ozkega kroga bralcev zelo omejen obseg in doseg zelo specializiranih revij. Nevarnost je, da ozko usmerjena področja, ki imajo svojo sicer redko izhajajočo revijo, sploh ne bodo več prisotna v nacionalni reviji. Zdravniški vestnik sicer ni JAMA, Deutsche medizinische Wochenschrift ali British Medical Journal, lahko pa, in po našem mnenju mora,

celostno odraža utrip slovenske medicine, potrebe zdravništva in njegov prispevek pri družbenem razvoju v državi.

Ena bistvenih nalog nacionalne medicinske revije je tudi ohranjanje in razvijanje slovenske medicinske besede in pisne kulture med zdravniki. V zgodovini smo bili zdravniki vsaj s svojimi izbranimi predstavniki tudi intelektualci v najboljšem pomenu besede, s kulturno širino in znanjem. Sprotno vgrajevanje novih strokovnih dosežkov vključuje tudi slovenska poimenovanja, definicije, pa tudi opuščanje preživelih izrazov za bolezni, posege. V manjši nacionalni in strokovni srenji praviloma strokovnjaki sami tudi prilagodijo svojemu jeziku ustrezne nove pojme, metode in pristope.

Zato smo prepričani, da bo slovenščina tudi za naprej jezik za večino člankov v Zdravniškem vestniku. Mednarodna odmevnost in uveljavitev, pridobivanje točk za nazive pri habilitaciji in sploh akademska ter znanstvena napredovanja niso razlog za opuščanje slovenščine ali morda za popolno anglizacijo nacionalne medicinske revije. Tudi najbolj plodni znanstveniki in pisci v mednarodne revije praviloma občasno pripravijo sumarični pregledni članek v lastni nacionalni reviji. Res pa je, da zdravnik v Sloveniji zdaj in tukaj mora obvladati vsaj zadovoljivo strokovno angleščino, po možnosti pa še dodaten tuj jezik.

Večjo mednarodno odmevnost Zdravniškega vestnika je možno pridobiti z izdajanjem treh do štirih suplementov ali posebnih števil v angleščini. Do sedaj so bile to tematske številke, največkrat Inštituta za klinično nevrofiziologijo KC. V bodoče bi kazalo raziskovalne prispevke zbrati v skupni številki, namesto da bi jih porazdelili v posamezne številke. Na takšen način si ometamo povečevanje citiranosti in ugleda naše revije.

Uredniško in recenzentsko delo v ZV je častno. Potrebna je profesionalizacija; Zdravniški vestnik potrebuje vsaj enega profesionalnega novinarja-zdravnika z dodatno usposobljenostjo na področju komunikologije in novinarstva.

Konstruktivno sodelovanje pa tudi soočanje z Ministrstvom za zdravstvo, Ministrstvom za znanost in tehnologijo, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Odborom za zdravstvo Državnega zbora, Medicinskim razredom SAZU, Medicinsko fakulteto, Kliničnim centrom in Zdravniško zbornico Slovenije zahteva stalno komuniciranje, usklajevanje in poglobljene analize.

Čas je pokazal, da imata reviji Zdravniški vestnik in ISIS vsaka svoje mesto, svoje delovno področje in pravega prekrivanja ni. Večja povezanost bo potrebna med Zdravniškim vestnikom in Zborno-zdravstvenim vestnikom ter Farmaceutskim vestnikom. Tešno sodelovanje med Zdravniškim vestnikom in revijo British Medical Journal bo povečalo strokovno pestrost prispevkov.

S priznanjem javnega interesa Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniškega vestnika (12) postaja naša revija osnovno strokovno gradivo za izpopolnjevanje zdravnikov in edina za zdravnike splošne medicine.

Kako v svetu

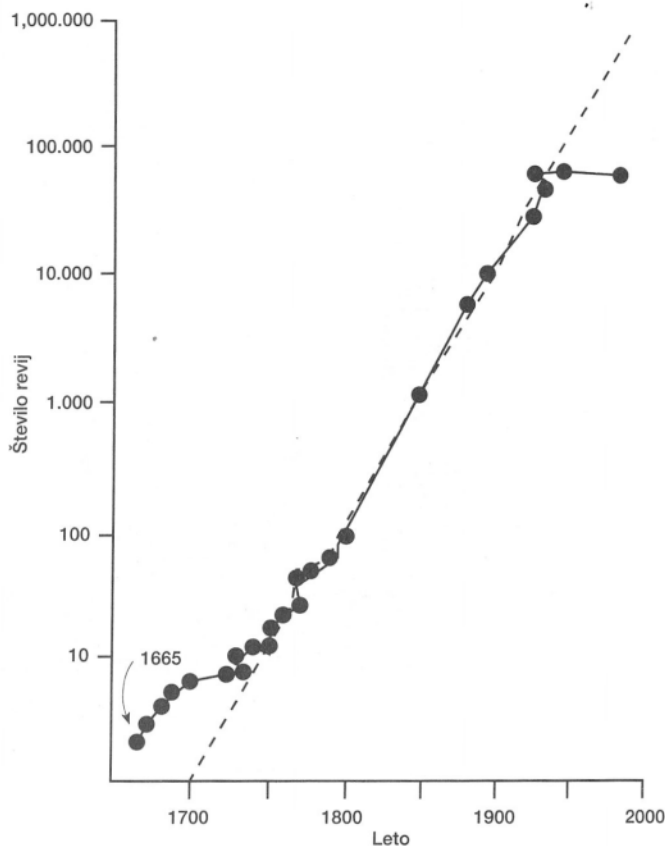
«Ljudje si zapomnijo 90% tistega, kar delajo, 75% tistega, kar govorijo in 10% tistega, kar slišijo.» (13)

«Koristnost medicinske informacije = $\frac{\text{relevantnost} \times \text{zanesljivost}}{\text{delo}}$ » (14)

«Novica je vse, kar niste vedeli včeraj.» (13)

Izdajanje znanstvenih revij ima svoje komunikološke, etične, politične, praktične, strokovne in ekonomske zahteve ter kriterije. To področje razčlenjujejo številne knjige in pregledni članki (15–17). Samo za področje recenziranja medicinskih revij bo leta 1997 v Pragi že drugi mednarodni kongres.

Skoraj eksponentna rast informacij otežuje zdravniku soliden pregled v svoji stroki in ga sili h kar najbolj racionalnemu uporabljanju papirnih in elektronskih virov. Omejevanje sredstev za zdravstvo in socialne dejavnosti bo zelo verjetno zaustavilo nezadržno rast števila revij na področju biomedicine (sl. 2, modificirano po Varmus H. 1955 z dovoljenjem) (18).

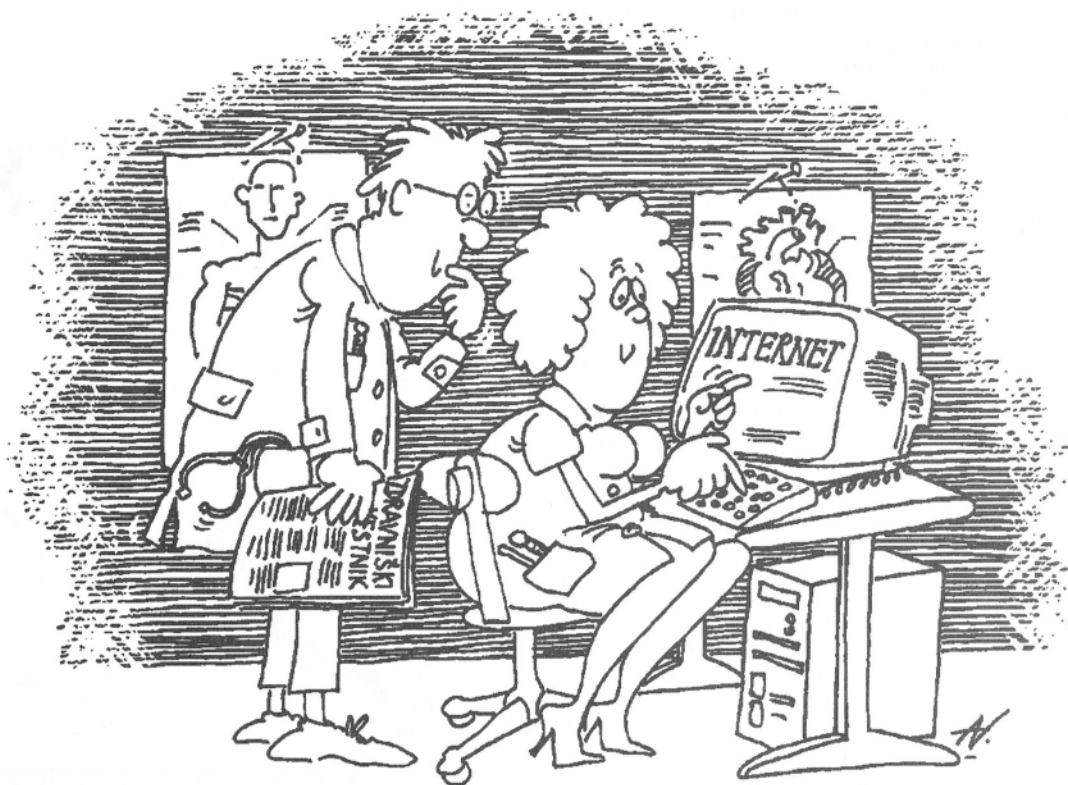


Sl. 2. Povečanje števila znanstvenih revij od leta 1665 naprej.

Zdravnik v razvitem svetu v povprečju redno bere tri medicinske revije (14). Medicinske revije splošnega tipa, kot sta npr. British Medical Journal in Postgraduate Medical Journal, so zaradi boljšega pomnjenja in hitrega pregleda uvedle izvlečke oz. bistvene točke, pomembne pri kliničnem delu zaposlenega zdravnika (npr.: kaj je zanesljivo, kakšna je predvidena vrednost nove diagnostične metode ali nove oblike zdravljenja, kaj pa je stroka opustila, na kaj zdravnik lahko džungli ima danes zdravnik na voljo papirno gradivo, revije, knjige, za revije referenčne oz. sekundarne publikacije, kot Current Contents, Index Medicus, Excerpta Medica, in elektronske medije, kot so podatkovne baze, omrežje Internet, zgoščenke, na katerih so na voljo poleg vsega drugega tudi že številne revije (17, 20, 21).

Ali Zdravniški vestnik in druge medicinske revije v obliki papirnih snopičev ne bodo več potrebne? Zagotovo bodo. Na službeni mizi bo pogosto priročnejši računalnik, zvečer ali ob koncu tedna doma, na vlaku in še kje bo ustrežnejša revija. Številne institucije naročajo obe obliki iste revije. Glavna prednost elektronskih medijev je hitrost, odbiranje, kar je idealno za pripravo literature za članek ali gradivo. Revija je ustrežnejša za bolj poglobljen študij. Papirni in elektronski medij se ne izključujeta, ampak dopolnjujeta (22–24).

Zdravniški vestnik se ne more primerjati z revijami New England Journal of Medicine, Lancet, American Journal of Medicine in še manj z Journal for Clinical Investigations, ki temeljijo pretežno na lastnih primerjalnih prospektivnih raziskavah. Te so sicer temelj sodobnega medicinskega znanja, iz katerega črpamo vsi, sredstva in moči pa so pri nas bolj omejene, kot bi želeli. Tudi zaradi manjše branosti mednarodnih virov potrebuje Zdravniški vestnik več preglednih in informativnih prispevkov. Skladno z anketami zdravnikov po svetu in splošnimi težnjami med zdravniki se bo moral povečevati delež objav, ki temeljijo na lastnem strokovnem in raziskovalnem delu (25–27).



Sl. 3. Videnje komplementarnosti papirnega in elektronskega medija v karikaturi Andreja Verbiča.

Delo zdravnika je vse manj boemsko, vse manj je intuicije. Vse več je doktrine, navodil (clinical guidelines), seznamov dovoljenih zdravil, zaporedja diagnostičnih postopkov, različnih algoritmov, nadzornih strokovnih komisij v ustanovah, zavarovalnici in državi, predpisov, zagotavljanja kakovosti, finančnega nadzora. Pri urejanju medicinskih revij zagotavljajo »usmerjeno svobodo« ustanovitelji, sveti revije, vse bolj pa prek Mednarodnega združenja urednikov medicinskih revij sistemi citiranja literature, oblikovanja izvečkov, etični vidiki kliničnega raziskovalnega dela, zagotavljanje zasebnosti bolnikov, neodvisnosti ocenjevalcev in predpisi za preprečevanje podvojevanja ali celo potrojevanja publikacij (28–34).

Vključitev neodvisnih ocenjevalcev (recenzentov) je eden najbolj razvidnih kriterijev pri ločitvi kakovostnih revij od drugih. Recenziranje ne zavaruje pred napakami in zlorabami v absolutni meri, jih pa v znatni meri zmanjšuje. Vsaj podobnost, če že ne poenotenje kriterijev, je smoter že omenjenega Mednarodnega združenja urednikov medicinskih revij. Raziskave recenzentskega dela so pokazale, da se recenzenti izjemno dobro ujemajo med seboj pri oceni najbolj kvalitetnih prispevkov, zelo dobro pri prispevkih, ki zahtevajo majhno dopolnitev, relativno zelo slabo pa pri prispevkih, ki so zavrnjeni v celoti ali zavrnjeni v poslani obliki (35–41).

Zaključki

1. Delo Zdravniškega vestnika, ki je nacionalna slovenska medicinska revija, temelji na dosežkih 65-letnega izhajanja.
2. Vključuje mednarodne standarde, navodila in zahteve za izdajanje, citiranje literature in recenziranje, kot jih predpisujejo navodila Mednarodnega komiteja urednikov medicinskih revij.
3. Slovenski jezik je osnovno sredstvo sporočanja in sporazumevanja med zdravniki v Zdravniškem vestniku za večino prispevkov.
4. Mednarodno uveljavljanje slovenskih zdravnikov z objavljanjem prispevkov v najboljših inozemskih revijah je nujno, hkrati pa je nujno tudi seznanjanje slovenske medicinske javnosti s preglednimi prispevki lastnih raziskav v nacionalni reviji v slovenščini.

5. Potrebna je povezanost Zdravniškega vestnika z mednarodno zdravniško skupnostjo, tako v obliki prevedenih najboljših prispevkov iz tujih revij v Zdravniškem vestniku kot tudi v pripravi suplementnih in posameznih rednih števil v celoti v angleškem jeziku.

Literatura

1. Mahkota S. Zdravniški vestnik (1929–1941). Zdrav Vestn 1979; 48: Suppl I: 17–20.
2. Breclj B. Partizanski zdravstveni vestnik. Zdrav Vestn 1979; 48: 25–8.
3. Kališnik M. Razvoj Zdravstvenega vestnika od 1946 do 1978 in nadaljnje perspektive. Zdrav Vestn 1979; 48: Suppl I: 33–9.
4. Drinovec J, Janko M. Uvodne misli glavnega in odgovornega urednika. Zdrav Vestn 1994; 63: 725–5.
5. Dolenc A. Družba, veš svoj dolg? Zdrav Vestn 1994; 63: 721–1.
6. The group of medical journal editor. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Lancet 1979; ii: 428–31.
7. Statut Slovenskega zdravniškega društva. Zdrav Vestn 1996; 65/8; II–XI.
8. Zakon o društvih. Ur. list RS 1995; št. 60.
9. Zakon o javnih glasilih. Ur. list RS 1994; št. 18.
10. Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah. Ur. list RS 1995; št. 13.
11. Sidorov J. Yugoslavian publishing piracy. Can Med Ass J 1990; 142: 16–6.
12. Ministrstvo za zdravstvo RS. Odločba št. 403-3/96.
13. Wurman RS. Information anxiety. New York: Bantam Books, 1989.
14. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Becoming an information master: A guidebook to the medical information jungle. J Fam Pract 1994; 39: 489–99.
15. Weeks RA, Kisner DL. Editing the refereed scientific journal. New York: The Institute of Electrical and Electronics Engineers, 1994: 1–264.
16. Belsey A, Chadwick R. Ethical issues in journalism and the media. London: Routledge, 1992: 1–179.
17. Wyatt J. Use and sources of medical knowledge. Lancet 1991; 338: 1368–72.
18. Varmus H. Shattuck lecture – Biomedical research enters the steady state. N Engl J Med 1995; 333: 811–5.
19. Hebert PC, Tugwell PX. A reader's guide to the medical literature – an introduction. Postgrad Med J 1996; 72: 1–3.
20. Kassirer JP, Angell M. Redundant publication: a reminder. N Engl J Med 1995; 333: 449–50.
21. Booth CC. The origin and growth of medical journals. Am Coll Physicians J 1990; 113: 398–402.
22. Lundberg GD. Perspective from the editor of JAMA. The journal of the American Medical Association. Bull Med Libr Assoc 1992; 80: 110–4.

23. Lock SP. Perspective from the editor of the British Medical Journal. Bull Med Libr Assoc 1992; 80: 107-9.
24. Felkey BG. The role of medical informatics and automation in future health care systems. Intern Pharm J 1995; 9: 108-10.
25. Goodman SN, Berlin J, Fletcher SW, Fletcher RH. Manuscript quality before and after peer review and editing at Annals of Internal Medicine. Am Coll Phys 1994; 121: 11-21.
26. Skelton J. Analysis of the structure of original research papers: L an aid to writing original papers for publication. Brit J Gen Pract 1994; 44: 455-9.
27. Entwistle V. Reporting research in medical journals and newspapers. Brit Med J 1995; 310: 920-5.
28. Working Group on Recommendations for Reporting of Clinical Trials in the Biomedical Literature. Call for Comments on a proposal to improve reporting of clinical trials in the biomedical literature. Ann Intern Med 1994; 121: 894-6.
29. Vancouver Group: Conflict of interest. Lancet 1993; 341: 742-3.
30. Cho MK, Bero LA. Instruments for assessing the quality of drug studies published in the medical literature. JAMA 1994; 272: 101-4.
31. Scherer RW, Dickersin K, Langenberg P. Full publication of results initially presented in abstracts. JAMA 1994; 272: 158-62.
32. Schulman K, Sulmasy DP, Roney D. Ethics, economics, and the publication policies of major medical journals. JAMA 1994; 272: 154-6.
33. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. How to use an overview. JAMA 1994; 272: 1367-71.
34. Anon. Guidelines for writing papers. Brit Med J 1991; 302: 40-2.
35. Cullen DJ, Macauley A. Consistency of peer reviewers who evaluate scientific articles. In: Weeks RA, Kinser D eds. Editing the refereed scientific journal. New York: The Institute for Electrical and Electronic Engineers, 1994: 13-6.
36. Parmley WW. Peer review or poor review? JACC 1995; 25: 1470-1.
37. Lock S. Does editorial peer review work. Ann Intern Med 1994; 121: 60-1.
38. Squires BP. Biomedical manuscripts: What editors want from authors and peer reviewers. CMAJ 1989; 141: 17-9.
39. Abby M, Massey MD, Galandiuk S, Polk HC. Peer review is an effective screening process to evaluate medical manuscripts. JAMA 1994; 272: 105-7.
40. Bhopal RS, Tonks A. The role of letters in reviewing research. Brit Med J 1994; 308: 1582-3.
41. Drinovec J. Zdravnik in javna beseda. In: Flis V, Planinšec V eds. Medicina in pravo II. Odgovornost zdravnika, Medicinska napaka. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor, 1994: 25-35.



Prižigajmo svečke ob veselih dogodkih!

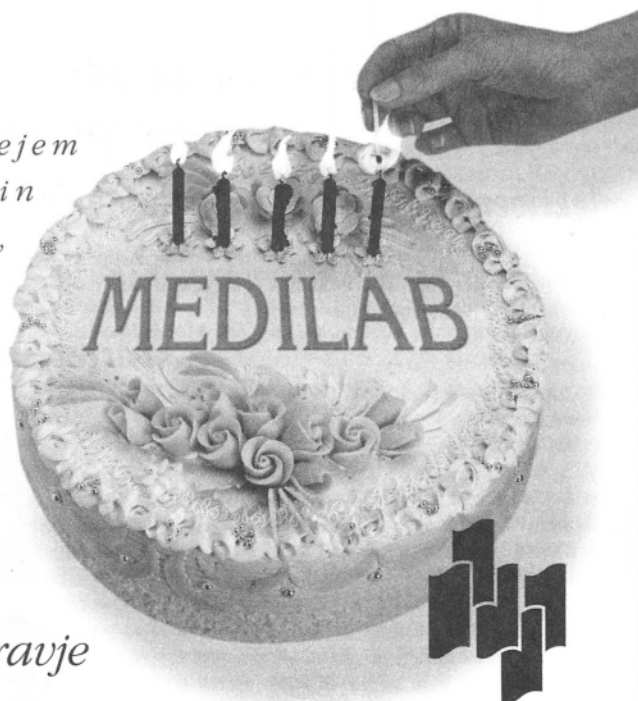
SEJEM MEDILAB

*Peti mednarodni sejem
medicinske in
laboratoriske tehnike,
materialov,
farmacevtike,
rehabilitacijskih izdelkov
in storitev*

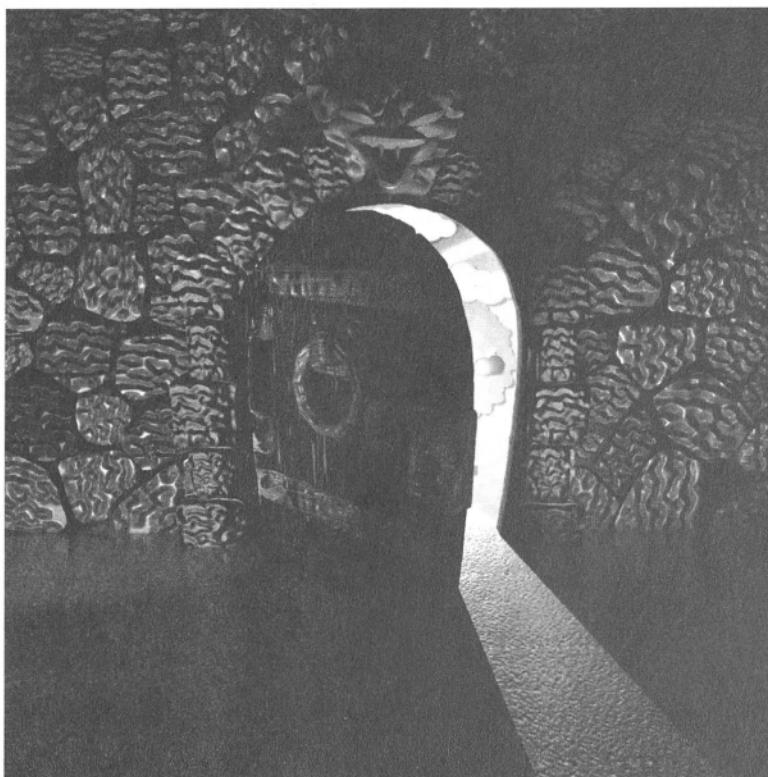
*Od 22. do 25. oktobra 1996
od 10. do 18. ure*

Znanje za zdravje

Gospodarsko razstavišče v Ljubljani **LJUBLJANSKI SEJEM**



Izhod iz depresije...



Portal[®]

fluoksetin

***primeren za zdravljenje depresij vseh vrst
in obsesivno kompulzivnih motenj***

*selektiven in močan zaviralec privzema serotonina v presinaptičnih nevronih
brez antiholinergičnih in kardiotoksičnih stranskih pojavov
varen pri predoziranju*



Natančno navodilo o zdravlilu lahko dobite pri proizvajalcu

IV. tema

ZDRAVNIK, MEDIJI, JAVNOST

ZDRAVNIK, MEDIJI, JAVNOST

Jelka Gorišek

Komuniciranje z javnostjo je zelo pomembna stvar in zdravniki se tega zavedamo, zlasti ker je naše delo bolj kot kdajkoli doslej v luči javnosti. Glavne poti komunikacije med zdravniki in javnostjo opravijo mediji in po naravi svojega poklica so tudi »regulatorji« razpoloženja do zdravništva v javnosti. Prav zaradi zelo občutljive naloge, ki jo imamo tako zdravniki kot novinarji, se moramo o tem odkrito pogovoriti. Pa ne le o neproblematičnih stvareh, ampak predvsem o tistih, ki so bolj občutljive in v javnosti pogosto sporne. Pravica enega seže samo do pravice drugega, tako po Splošni deklaraciji o človekovih pravicah tudi pravica do informacije ne sme prizadeti pravice drugega. To se mi zdi nadvse pomembno zlasti v presojanju spornih situacij, in prav na tem področju bi se morali veliko pogovarjati. Naše skupne pogovore bi želela usmeriti na tri glavna področja, ki se nanašajo na komunikacijo zdravnik–mediji–javnost.

1. Področje edukacije prebivalstva

To je področje, kjer mediji že dolgo in dobro sodelujejo z zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem pri trajnem izobraževanju in zdravstvenem ozaveščanju prebivalstva. To je obsežna naloga, ki jo opravljamo skupaj, o njeni pomembnosti pa priča dejstvo, da smo tudi v temeljne akte zapisali, da je skrb za zdravje dolžnost slehernika. Tudi na tem področju bi bilo treba še marsikaj narediti, kar pa je predvsem naloga zdravnikov.

2. Problematika organizacije zdravstvene službe in njenega financiranja

To je veliko bolj občutljivo področje komunikacij kot edukacija, vloga medijev pri tem pa izredno pomembna, saj soustvarja javno mnenje. Vsem nam je jasno, da ni tako bogate države, ki bi lahko brez omejitev financirala vse potrebe v zdravstvu, vemo pa tudi, da znanstvenega napredka v medicini še najbolj razvite države ne morejo dohajati z denarjem, ki ga namenjajo za zdravstvo. Slovenija ni zelo bogata država, zato mora potrebe zdravstvenega varstva prebivalstva prilagoditi finančnim sposobnostim, kar pa zaradi občutljivosti področja ni lahko. Ne za državo, za katero je poraba v zdravstvu vedno prevelika, ne za zdravstvo, ki vedno znova dokazuje, da je za obseg zdravstvenega varstva, kot ga načrtuje država, denarja premalo, in ne za bolnike, ki morajo za svoje zdravje čedalje pogostejše in globlje segati v žep. Zato moramo smotno in odgovorno oceniti svoje finančne zmožnosti in nujne potrebe zdravstvenega varstva prebivalstva. Prav tukaj pa skuša zlasti politika številne stiske, do katerih prihaja v zdravstvu zaradi objektivnih finančnih razlogov, naprtiti na ramena zdravstva, najpogostejše pa mora prevzeti to breme zdravnik. Pri posredovanju informacij javnosti s tega področja je nadvse pomembna vloga medijev.

3. Konkretni problemi zdravstvene prakse

To je najbolj občutljivo področje, saj ne gre za nobeno politiko, ampak za bolečino, strah, skrb, bolezen, smrt, za medčloveške odnose, za ljudi z imeni in priimki z ene in druge strani.

Bolečina, bolezen in smrt so v ospredju proučevanja medicinske stroke, pa tudi številni strokovnjaki drugih strok se z njimi radi ukvarjajo, žal pa postajajo prepogosto tudi plen senzacionalističnih zgodb.

Že zdavnaj so mimo časi, ko so bili zdravniki malodane bogovi v belem (resda ne po zaslužku, a to ni današnja tema), ko so si lahko privoščili mrkost in to, da je bilo edino, kar je pacient slišal v njihovih ordinacijah, »naslednji«. Pisalo se je le o uspehih, o neuspehih praviloma nikdar. Za zdravnike več kot idealna situacija, morda celo včasih potuha, kajti tudi zdravniki smo samo ljudje, dobri in slabi, strokovnjaki in manj strokovnjaki, vestni in nevestni. Sprememba družbenega reda pri nas, ki je dvignila zapornico zlasti pri medijih, tudi zato, ker se je začela tržna tekma med njimi, pa je raztrgala to kopreno, ki je nekako ščitila zdravnikovo delo in ga nekako razgalila pred ljudmi. V zahodnih demokracijah ali preskušanih tržnih gospodarstvih, kjer tudi v zdravstvu »človek le toliko velja, kar plača«, zdravniki, ker so samo ljudje, s tem pa tudi zmotljivi, svoje zmote zavarujejo pri zavarovalnicah, medtem ko se pri nas o tem šele dogovarjamo. Ko bomo to dorekli, s tem sicer ne bomo dosegli nič drugega kot to, da bodo lahko oškodovanci zahtevali materialno povračilo za prizadejano škodo, kolikor je zdravniška napaka sploh lahko poplačljiva z denarjem. Dokler pa to ne bo urejeno, preostaja oškodovanim ali tistim, ki so prepričani, da so oškodovani, običajno kot edino zadoščenje njihova resnica v medijih, ki se prepogosto spremeni v pravi medijski linč. Brez zamere, spoštovane novinarke in novinarji, a če preletite senzacionalistične novinarske naslove zadnjih nekaj let, morate dobiti tudi sami samokritični vtis, da v slovenskem tisku, vsaj kar zadeva medijske strokovno sporne primere, tako rekoč ni razlike med rumenim in resnim tiskom. Če že rumeni tisk s tako občutljivimi problemi ravna površno in senzacionalistično, ker si to lahko dovoli že zaradi svoje rumene oznake, pa čudi dejstvo, da se človeške nesreče, bolezni, smrti, žalujočih in navsezadnje prizadetih ljudi v belem loteva prepogosto premalo odgovorno tudi tisk, ki se nima za rumenega. In ker obstajajo tako kot zdravniška tudi neka novinarska pravila, ki narekujejo objektivnost, kar pomeni najmanj to, da se da besedo tudi drugi strani, je presenetljivo, kako malokrat je ta pogoj za objektivnost izpolnjen. Novinarji poslušajo zgodbe prizadetih, ki so v zdravstvu pogosto laiki in reagirajo čustveno, kar je povsem normalno, poleg tega za dobro zdravstveno kriminalko tudi novinarju ni treba biti na področju zdravstva ravno doma. Takó bi jima druga stran s strokovnimi argumenti zgodbo po večini porušila.

Kje je pravzaprav kratek stik med nami, da prihaja do časopisnih, pogosto senzacionalističnih zapisov, namesto do strokovnih tehtanj o pravilnosti odločitev? Morda v tem, da se ljudje preprosto nismo pripravljeni soočiti z boleznijo, še manj s smrtjo. Vzroke zanju iščemo vedno zunaj sebe, zdravniki pa so že po naravi svojega dela vedno pri roki, da se nanje preloži breme vesti. Starši, ki se jim rodi defekten otrok, skoraj praviloma krivijo za to zdravnika porodničarja, in to z različnimi razlagami, da je interveniral prepozno ali kaj podobnega, in tako prelagajo svojo stisko, svoje dvome, pogojno rečeno, tudi svojo krivdo na zdravnika, ki bi lahko, če bi... itn. Če nista starša kriva, če dobita v zdravniku objekt sovraštva za svojo nesrečo, jima je najbrž laže.

Morda bi moral biti vsak, ki piše o delu zdravnika, vsaj za kratek čas v njegovi koži. Saj poznamo tisti indijanski pregovor, naj ne sodiš nekoga, če nisi stopil v njegove mokasine. Ljudje nismo televizorji,

ki jih mehanika odpre in lahko preskuša, katero žarnico naj zamenja, imamo eno življenje, in kadar je to v nevarnosti, kadar odločajo o življenju in smrti sekunde, ko je samo od zdravnika odvisno, kam se bo prevesil boj med dnevom in nočjo, kdo si pri zapletenosti tega enkratnega, kar je človeški organizem, upa z gotovostjo reči: to in nič drugega?

In če smo se v odločilnem trenutku odločili napačno?

Tudi zdravnik je človek, tudi zdravnik je torej zmožljiv. Daleč od tega, da bi zdravniki zagovarjali svoje napačne odločitve, vendar je treba pred kakršnimkoli obtožbami, zlasti pred medijskim linčem, ločiti zmoto od površnosti, nepričakovan potek in zaplet pa od malomarnosti. Predvsem in najprej pa prepustiti odločitev o tem strokovnjakom. To pa niti čustveno prizadeti svojci niti večina novinarjev najbrž niso. Če vsega tega ne upoštevamo, se tudi dober namen pisanja kaj hitro spremeni v senzacionalizem, kate-rega namen je lahko samo zviševanje naklade, ne upoštevajoč žrtev naklade. Žrtve pa so tako prizadeti svojci kot zdravnik, ki je morda brez krivde medijsko že vnaprej obsojen.

Nobeno častno novinarsko razsodišče ali morebiti celo razsodba »pravega« sodišča v zdravnikov prid ne moreta odtehtati škode, ki jo ima zdravnik, če je članek neresničen, tendenciozen. Zbudi nezaupanje do zdravnika, zaupanje pa je temelj odnosa med zdravnikom in pacientom in pogoj za uspešnost zdravljenja. Zdravniki in mediji smo tako rekoč vsak na svojem bregu, kadar nam mediji gledajo pod prste. Prav je, da nam gledajo, kolikor takšna javna kontrola ozavešča zdravnika in ga drži nenehoma, če hočete, v formi, a potem je treba pisati o zdravnikih in zdravstvu pošteno in odgovorno ter spremljati stroko, upoštevajoč svoj in tudi zdravniški kodeks. In spoštovati zdravnikovo delo vsaj toliko, da o njegovi strokovnosti ne bi mogel pisati vsakdo. Če ima zdravnik, preden lahko zagreši napako, za seboj najmanj desetletje študija in strokovnega izpopolnjevanja, je vsaj vprašljivo, če ni že nekorektno, da lahko o njegovih napakah sodi v novinarskih vrstah vsakdo, morda celo praktikant. Posledic takega pisanja novinarjem ni več treba spremljati, morajo pa z njimi živeti vsi prizadeti.

Nikogar ne nameravamo braniti, a dovolite, da se strokovne stvari razčistijo znotraj strokovnih krogov, mediji pa poročajo tako o uspehih kot o neuspehih toliko, kot je potrebno za »pravico biti informiran«. Vabimo vas k dialogu, želimo si ga, s tem ne kratimo nikomur pravice do informacije, ne kršimo norm demokracije, zato upravičeno pričakujemo, da tudi mediji spoštujejo naše pravice. In ponovno se vračam na začetek svojih razmišljanj, do kod naj seže pravica koga. Mislim, da bo to tudi srčika naših pogovorov.

Strinjam se, marsikaj ni prav tudi med nami, marsikaj je mogoče izboljšati brez izgovorov. Strinjam se, da še zdaleč ni dovolj, če so po vseh zdravstvenih ustanovah nalepljene povečane fotokopije prijaznih misli o nasmehu, ki nas nič ne stane, ki pa osrečuje in tako naprej, dokler so te prijaznosti le na steni, medtem ko vas sestra in zdravnik odpravita po hitrem postopku in brez nasmeha.

Tega se sami zavedamo in prav na področju odnosa zdravnika do bolnika smo že marsikaj izboljšali. Stopili smo iz svojega kroga in v interdisciplinarnem delu tudi s strokovnjaki drugih ved se trudimo na številnih področjih za večjo ozaveščenost in informiranost bolnikov, s tem pa tudi za boljši in bolj kakovosten odnos med zdravnikom in bolnikom. In prav tukaj si želimo in prizadevamo, da bi to dosegli tudi s pomočjo medijev.

ZDRAVNIK, MEDIJI, JAVNOST

Danica Rotar-Pavlič

Iščite pozitivne točke in spreglejte ali izognite se negativnim!

(Robert Sharpe, David Lewis)

V obdobju, ko je ves svet preplavljen s številnimi informacijami, je različne informacijske urade težko do kraja utemeljiti, zlasti če v njih sodelujejo zdravniki, ki so sicer redno zaposleni na klinikah, v ambulantah in na inštitutih.

Ali torej lahko Komisija za informacije SZD slovensko javnost seznanja z vsemi pomembnimi dogodki, ki se vrstijo v medicinski stroki? Naj odgovarja na včasih tendenciozno in neobjektivno pisanje v dnevnem tisku, v katerem so posamezniki razpravljali o zdravniških ukrepih (neredko tudi superspecialističnih medicinskih področij)? Kaj pa odgovori piscem, ki brezsrčno opisujejo najtežje ure življenja, kjer se zdravnik pogosto znajde v nenavadnih, nepričakovanih, zapletenih, presunljivih in dramatičnih situacijah? Naj »na ogled postavimo« tudi podobe neštetihih srečnih izidov, ko je zdravniku v največjo uteho hvaležen nasmeh bolnikovih najbližjih?

Seveda je takšen način uradovanja za komisijo, v kateri sodelujejo (v svojem prostem času) zdravniki iz regionalnih zdravniških društev, pretežno breme.

Verjetno je splet vseh okoliščin botroval odločitvi, da člani Komisije za informacije SZD strokovni in laični javnosti s pomočjo medijev predstavijo tisti segment svojega dela, ki ji je bil do sedaj manj znan, tj. strokovno in poljudno medicinsko literaturo, katere avtorji ali prevajalci so slovenski zdravniki. Rojstvo nove knjige je gotovo slovesen in pomemben dogodek, zato sem za moto prispevka o vlogi Komisije za informacije v Slovenskem zdravniškem društvu in med slovenskimi mediji izbrala prav gornji stavek. Do sedaj smo namreč predstavili kar 37 strokovnih, poljudnih in leposlovnih del.

Pomemben delež so predstavljala tudi dela, ki so namenjena širši laični javnosti. Na vprašanje »Kaj storiti, da bom rešen?« je Ghandi odgovoril: »Edino znanje in poznavanje dejstev nam daje dokončno rešitev.« Danes temu pravimo »zdravstvena vzgoja« ali pa »vzgoja prebivalstva«. Tudi na to področje je naša komisija posegla s pomočjo knjig. Posebno odmevne so bile na tiskovnih konferencah in v širši javnosti knjige Veliki družinski vodnik za zdravo življenje, V sožitju s stresom in Življenje z rakom. Skupaj s Televizijo Slovenije in urednikom Andrejem Šmucem smo pripravili prispevke z naslovom »Zdravje, naše največje bogastvo«, ki so bili predvajani v oddajah »Znanje za znanje, učite se z nami«. Plod našega sodelovanja so tudi tri videokasete, kjer so zdravniški in zobozdravniški nasveti slikovno opremljeni.

V komisiji smo se posebno razveselili vsakega leposlovnega dela. V primerjavi z drugimi poklici, ki predstavljajo velik del pisateljske srenje, npr. pravniki, duhovniki, najdemo med zdravniki številne literarne sloge, s katerimi se odzivajo na trpljenje in bolečine ljudi: z radoživostjo, vitalnostjo in erotičnostjo; s črnogledostjo, dvomom ali cinizmom; včasih s poudarjenim humanizmom. Naj navedem še misel mag. Toma Virka, ki je v razpravi opozoril, da medicina ne vpliva zgolj na literarno teorijo, ampak tudi na prakso. V novejšem času govorijo npr. o »biblioterapiji«, ki ni zgolj avtoterapija avtorjev, ampak je možno govoriti celo o pozitivnih učinkih branja z ne povsem resnim receptom: »Vzemite zvečer pred spanjem dva Whitmana.« (Ali lahko ugotovitev razširimo na ves medijski prostor? Je lahko novica o neučinkovitem zdravljenju, ozaljšana z obrazi trpečih svojcev, novinarjeva avtoterapija?) Predstavitve, ki so bile oblikovane kot novinarske konference, so bile vedno zelo dobro obiskane. Posebej moram omeniti dobro sodelovanje s predstavniki medijev – tako časopisnih hiš kot tudi televizije in radia. Če se izrazim v govorici kodeksa novinarjev, potem lahko rečem, da je komisija upoštevala pravico novinarja, da neovirano zbira in posreduje informacije. V poročilih s predsta-

vitev so »resnično in nepotvorjeno« obveščali javnost. Upam, da bomo tako sodelovali tudi v prihodnje.

Za konec pa še izziv.

Kako najti pot do (laične, zdravniške, novinarske) javnosti?

Pot do javnosti pomeni pot do odkritja njene podobe.

SVOBODA ZNA BITI TUDI SVINJSKA...

Slava Partlič

Pisatelj Miloš Mikeln je proti koncu 80. let v nekem svojem esej razmere v slovenskem novinarstvu, ki je v tem obdobju dekadence bivšega režima lahko že zelo netvegano, se pravi s sila malo osebnega poguma, širilo horizonte svobode javne besede, sijajno zjedril v prispodobo japonskega okrasnega drevesca. Slovensko novinarstvo je bilo po njegovem tedaj skrotovičeno kot bonsai, ker je bilo od spodaj izdatno zalivano z visokimi etičnimi ideali, ki ženejo kvišku – k svobodi misli in izražanja, k verodostojnosti in objektivnosti ubesedenega – od zgoraj pa mu nastavke profesionalne avtonomije (primer razsutja Teleksa, cenzure Mladine, Tribune) sproti režejo skrbni vrtnarji ministrstva resnice. Ni se mu zdelo čudno, da se v takih pogojih v vsej svoji razvejenosti tako rekoč »en general« obrača navzdol, k priletnosti.

Po moje tudi dandanes, deset let pozneje, ko je svoboda javne besede pri nas že nekaj tako samoumevnega, da velja že vsako samospraševanje, ali to res pomeni, da se sme vsakomur vse reči, za skrajno nazadnjaštvo, s slovenskim novinarstvom ni dosti drugače. Le da imajo vrtnarske škarje, ki še naprej silijo to drevesce k rasti v »priletnosti«, zdaj namesto partijskih ideologov v rokah ideologi trga. Zanje pa je dobro in profesionalno korektno tisto, kar se dobro prodaja. In z novicami je zaradi narave človeške psihe že tako, da se od davnine sem bolje prodajajo s črno-belo tehniko stilizirani izseki dejanskosti, da čenč, obrekovanj in prostaških zmerjanj sploh ne omenjam.

Svoboda pa zna biti tudi svinjska – je v enem svojih premišljevanj o kultiviranosti javne besede ne le v našem medijskem prostoru, marveč tudi daleč onkraj njega, pred kratkim zapisala Alepka Puhar, pri nas, vsaj zame, eden redkih zgledov hkratne profesionalne pronicljivosti in etične občutljivosti. S stališča etike, ki je vselej občečloveška, ali pa ni etika, sicer lahko problematiziramo splošen trend razvoja novinarstva v množičnih medijih, ki pa sledijo zakonitostim delovanja trga. Zaleže pa to bore malo. Novinarstvo pač še ni profesija in ne kaže, da gre razvoj v to smer, saj je tudi danes novinar lahko vsakdo, ki zna pisati – pri elektronskem mediju še to znanje ni nujno – in medijske ustanove bodo vedno našle dovolj drznih ljudi, ki bodo za primeren zaslužek pripravljeni pisati ali pripovedovati karkoli, celo čiste in namerne izmišljotine, če se le z dobičkom prodajajo.

Svetovna novinarska zakladnica ponuja na pretek svežih zgledov za to. V Nemčiji je recimo neki novinar vrsti medijev za drage denarje prodajal šokantne dokazne posnetke o urjenjih tajnih terorističnih organizacij, celo ku-klux-klana na nemških tleh ipd., in šele dosti kasneje se je povsem po naključju odkrilo, da so bili posnetki igrani, namerni ponaredki torej. Neki ugledni italijanski novinar je objavil intervju z moskovskim poklicnim morilcem in še nekaj podobnih ekskluzivnih izpovedi, za katere se je kasneje prav tako izkazalo, da so mu jih najeti igralci le prepričljivo ubesedili pred tv kamero. Ob ameriški intervenciji v Kuvaj je večina ameriških tv postaj objavila pretresljivo izpoved mlade in lepe očitke surovega nasilja iraških vojakov v kuvajtski bolnišnici, ki je po sodbah nekaterih komunikologov prevesila javno mnenje k večinskemu odobravanju intervencije. Mlada lepota, ki je s solzami v očeh pripovedovala, kako so vojaki razbijali inkubatorje z dojenčki vred, je bila – kot je tudi ameriška javnost izvedela kasneje – ena od hčera kuvajtskega veleposlanika v ZDA. Novinar-

ka resnega ameriškega časnika je za pretresljivo zgodbo o osemletnem narkomanu – neobstojećem, kot se je izkazalo kasneje – prejela celo Pulitzerjevo nagrado...

Kako naj se človek v svetu, za katerega se zdi, da v imenu svobode javne besede daje laži in resnici enake startne možnosti, znajde s tolažbo, da je laž sicer hitrejša, da pa ima krajše noge. Naj mu bo kompas načelno nezaupanje medijem oziroma novinarjem, češ, saj vsak po malem laže. To je do verodostojnosti krivično, do laži pa še preveč velikodušno. Pred temi dilemami je v zagati celo večina komunikologov in drugih resnih raziskovalcev sodobnega medijskega vesolja. Nekateri nas sicer tolažijo, češ ljudje so zvečine pametni, na dolgi rok pa jih ni mogoče varati, prej ali slej odkrijejo, da jim recimo ta in ta novinar laže in da je medij, v katerem dela, nasploh nagnjen k lažem, ter se počasi od obeh odvrnejo.

Trg naj bi torej na dolgi rok vendarle postavil stvari na svoje mesto. Zaenkrat pa žal še ni videti, da je tako. Raziskave javnega mnenja v ZDA so recimo pokazale, da večina ljudi med poročanjem s sojenja O. J. Simpsonu ni menila le, da so šli mediji pri vdiranju v zasebnost akterjev tega procesa predaleč, marveč se jim je vse skupaj že gnusilo. In vendar je ta ista večina vse to kljub temu, če ne celo prav zaradi tega, še naprej kot uročena gledala. Zdi se, da se v zvezi s pisanjem in branjem uresničuje preroška napoved Nietzschevega Zaratustre: ko bodo vsi ljudje znali brati, se ne bo skvarilo samo tisto, kar se piše, marveč tudi tisto, kar se misli. V svetu, kjer vse manj poklicnih ubesedovalcev piše zato, ker ima kaj povedati, vse več pa le zato in tako, da bi jih čim več ljudi bralo, da bi čim več zaslužili, misel pa težko ostaja čista in svobodna...

Ne verjamem, da je proti t. i. komercializaciji medijev sploh mogoče karkoli narediti, pa tudi smiselno ni. Verjamem pa v to, da tudi na tako majhnem medijskem trgu, kot je slovenski, ljudje morajo imeti možnost izbire. Dejstvo, da ima povsod v svetu t. i. rumeni tisk nekajkrat višjo naklado od resnega, da so komercialne tv postaje veliko bolj gledane kot nacionalne ali t. i. javne tv, me ne skrbi vse dotlej, dokler to obstoja resnega, verodostojnega, profesionalno korektnega žurnalizma ali celo njegovega *raison d'être* ne ogroža. In nikjer ni videti, da bi ga.

V tem smislu po moje ni največji greh slovenskega novinarstva to, da je podleglo čaru komercializacije, zaradi katerega je v zadnjih nekaj letih na našem medijskem prostoru vzcvetel t. i. rumeni tisk, marveč to, da ni hkrati na drugi strani storilo nič za dvig profesionalne kakovosti v ponudbi t. i. resnih medijev, tistih pač, ki takšne ambicije vsaj javno še deklarirajo, marveč je, nasprotno, domnevno v imenu trga in bitke za preživetje dopustilo celo padec že dosežene ravni njihove profesionalnosti in vdor rumene barve tudi vanje. To »koketiranje z rumenim«, ki ga v imenu poslovnosti spodbujajo vodstva medijskih hiš, slovenski javnosti že krni možnost izbire in je zato v skrajni konsekvenci tudi neetično. Tako kot bi bilo neetično, če bi, recimo, vodstvo filharmonije zato, da bi bil obisk in zaslužek večji, začelo koncerte resne glasbe pestriti z vložki narodnozabavne. Novinarji – tudi tisti, ki novinarstva nimajo le za poklic, marveč za profesijo, kar pomeni, da etična načela, ki jih zavezujejo k samoomejevanju, ne le priznavajo, marveč tudi spoštujejo – in z zdravniki se že na načelni ravni srečujemo tako rekoč na bojnem polju. Od prvih profesionalna etika zahteva, da branijo pravico javnosti do obveščenosti, od drugih, da varujejo pravico pacientov do zasebnosti, torej dvojje pravic, ki sta lahko in v življenju pogosto tudi sta v koliziji. Vprašanje, katera ima prednost, je po moje mogoče reševati le od primera do primera, tudi s pomočjo sodišč, ali še bolje, etičnih razsodišč ene in druge profesije, ki imata bolj izostrena orodja za presojo, ali je novinar oziroma zdravnik mejo med dobrim in zlim v tisti sivi, membranasti coni, ki je za pravo slepa pega, prestopil ali ne. Na abstraktni ravni načel je spor med profesijama pri tem vprašanju nerešljiv, saj je na eni strani pod okrilje varovanja pravice do zasebnosti mogoče skriti marsikatero nerodnost, po drugi strani pa je z dogmatiziranjem pravice do obveščenosti mogoče opravičiti tudi najbolj okrutne vdore v človekovo zasebnost.

Toda ker novinarji ne pišemo resnice, marveč pišemo predvsem tisto, kar smo izvedeli od drugih, so na tem bojnem polju v odločni

prednosti zdravniki. Poleg pacienta in morda še njegovih svojcev je namreč samo zdravnik tisti, ki more izdati njegovo skrivnost. Drugo pa je vprašanje, ali v imenu pravice do obveščenosti to sme storiti in ali je kdaj lahko celo prav, da to stori. Nekaj razvpitih zgledov kršitve zaveze k poklicni molčečnosti – recimo v zvezi z zdravstvenim stanjem in boleznimi papeža ali pa pokojnega predsednika francoske države – ne govori v prid temu, da je bila molčečnost kršena zaradi pravice javnosti do obveščenosti, marveč z drugačnimi motivi, predvsem denarjem. Zlasti francoski primer kaže na to, kajti če bi bila kršitev motivirana s pravico javnosti do obveščenosti, bi jo moral predsednikov osebni zdravnik prekršiti že zdavnaj prej, vsekakor še za življenje svojega pacienta, in ne šele po njegovi smrti. Vprašanje, ali osebni zdravnik državnikov in drugih pomembnih nosilcev javnih funkcij smejo prekršiti zavezo k molčečnosti, če presodijo, da ni prav, če njihov pacient svoje zdravstvene težave javnosti trmasto prikriva, da so tolikšne, da svojega dela ne more več opravljati, pa je tudi z etičnega stališča zelo aktualno. Toda nanj morejo in smejo odgovoriti le zdravniki in v tem smislu morda dopolniti svoj kodeks etike.

Sama jim v tej smeri ne želim dajati nobenih sugestij. Do drugih, za naše okolje nedvomno bolj aktualnih sporov med profesijama pa lahko prihaja v primerih, ko so pacienti ali njihovi svojci tisti, ki so – zaradi domnevnih strokovnih napak v postopku zdravljenja – sami voljni javno razkriti polje lastne zasebnosti in tako doseči vsaj javno moralno obsodbo konkretnega zdravnika ali zdravstvene ustanove. Tudi za te primere velja, da novinarji ne pišejo resnice, marveč le to, kar so jim povedali drugi. In tudi v teh primerih v sporu pravzaprav nista novinar in zdravnik, marveč zdravnik in pacient ali njegovi svojci.

Ni mogoče spremeniti železnega pravila, po katerem veljajo tovrstne zgodbe – ne glede na to, koliko so v resnici verodostojne – povsod v svetu, in ne le pri nas – za senzacionalne in da se potemtakem zelo dobro prodajajo, veliko bolje kot, denimo, poročanje o kakšnem čudežnem dosežku medicine. Res pa je tudi, da do zdravniških napak – tako kot v vseh poklicih – prihaja, le da so te s stališča prizadetih lahko usodne in zato tako rekoč neodpustljive. Kako torej profesionalno korektno in etično dovolj občutljivo pisati o njih – v kakovostnem, resnem tisku in drugih tovrstnih medijih, ne v rumenih, ki pač že vedo, kako. Je treba na ravni načel kodeksa etike ene ali druge profesije kaj spremeniti, kaj dopolniti, sprejeti v tej zvezi kak džentlemenski dogovor. Morda se bo skozi napovedan dialog na to temo pokazalo, da bi bilo to za obe profesiji koristno.

Koristen pa bi bil po moje tudi skupen premislek o tem, zakaj pravzaprav je slovenska javnost tako zelo voljna verjeti, da pri nas, kadar do usodne napake v postopku zdravljenja pride – zaradi nepozornosti na simptome, zaradi pomanjkljivega strokovnega znanja, malomarnosti, zaradi česar koli že – prizadeti tega tudi na sodišču ne more dokazati, ker bodo zdravniki drug drugega zvečine ščitili celo do mere, ki vključuje tudi laž in krivo pričanje. Je za široko ukoreninjenost te nesporno krivične sodbje krivo le pristrano in senzacionalistično pisanje o zdravniških napakah ali pa tudi dejstvo, da s pravnimi sredstvi doseženih priznanj in sankcij za te napake v našem okolju skorajda ni. Jih ni oziroma jih je malo morda tudi zato, ker se ob vsakem takem primeru že vnaprej pričakuje ozračje linča. Koliko življenj bi pravzaprav moral zdravnik uspešno rešiti, da bi mu v za svoje tragičnem primeru, ko mu to vendarle ni uspelo, odpustila?

SVOBODA TISKA: PRAVICA IN ODGOVORNOST

Marjan Sedmak

Tudi absolutnim monarhom ni vseeno, kako jih vidi javnost. Ko Friderik Veliki še ni bil Veliki in se je spogledoval z evropskim razsvetljenstvom in racionalizmom (kaj drugega mu ni kazalo, Prusija je bila tedaj le ena od skoraj treh ducatov nemških držav), se je problema javnega mnenja zavedal na način, za katerega bi lahko rekli, da je izjemno sodoben. »Znano je, kako radovedna je publika, saj je zver, ki vse vidi in vse sliši ter vse, kar je videla in slišala, širi.« Kot razmišlja v nadaljevanju, so knezi veliko bolj kot zasebniki izpostavljeni razglabljanju in presoji javnosti (*aux raisonnements et aux jugements du monde*). Podobni naj bi bili zvezdam, na katere množice astronomov merijo s svojimi daljnogledi. »Veliki knezi lahko svoje grehe prikrijejo prav tako malo, kot lahko sonce skrije pred pogledi svoje madeže« (*Examen du Prince de Machiavel*, str. 194).

Še preden se je znanost sploh začela sistematično ukvarjati z javnim mnenjem, je Friderik Veliki v tem svojem mladostnem spisu opozoril na dve prvini, ki sta pravo težo dobili šele z razvojem sodobnih demokracij: na zvedavost javnosti, ki se je v zadnjih dveh stoletjih »civilizirala« in se razvila v enega od temeljnih nosilcev in pogojev delovanja demokratičnega sistema ter v človekovo pravico, ne da bi hkrati izločila prvinske, »gostilniške« oblike radovednosti, voyerstva, želje po senzaciji, škodoželjnosti in tako naprej; ter na dejstvo, da so na svetu skupine ljudi, katerih bivanje – bodisi zaradi posebnega načina življenja ali pa zaradi posebne funkcije, ki jo imajo v družbi – še posebej priteguje pogled javnosti. Med tiste s posebno funkcijo štejejo seveda tudi zdravniki.

Problem (pravega) razmerja javnost:posameznik, razmerja med pravico javnosti, da zve, ter pravico posameznika do zasebnosti in do dobrega imena, torej še zdaleč ni nov. Pač pa sta (relativna) novost »globalna vas« in tehnologija. V globalni vasi dober (slab) glas ne seže več samo v deveto vas, marveč precej dlje; tehnologija omogoča, da sporočilo naslavljamo na velikanske množice prejemnikov. Tako kot vsi dosežki sodobne civilizacije imajo tudi množični mediji vprogramirano napako: napačno ali zlonamerno uporabljeni lahko postanejo ubijalski. Sleherno znanje je moč uporabiti tudi zoper soljudi, na način, ki je sprt s humanim bistvom znanja; z Mengelejem in podobnimi se je to zgodilo tudi medicini. Težava je v tem, da se s kopičenjem znanja (tehnologije) povečujeta naboj potencialnega vgrajenega nasilja, se pravi možnost zlorabe tega znanja, ne da bi prišlo do očitnega kršenja pozitivne zakonodaje, v enaki meri, če ne še bolj, pa se širi tako imenovani sivi pas, to je področje negotovosti, področje, kjer je razmejevanje med dopustnim in nedopustnim težavno, ker je težavno objektivizirati merila za takšno razmejevanje. Še pred pol stoletja zdravniku ni bilo treba razmišljati o etičnosti ohranjanja življenja, ki je zgolj vegetacija, z animacijsko napravo; in še manj o etičnosti zaustavljanja takšne naprave; o etičnosti oploditve in vitro in – če smo povsem aktualni – o etičnosti abortusa in vitro; ali – ker živimo v stoletju poudarjenega individualizma, kamor sodi tudi pravica posameznika, da odloča o svojem telesu – o pomoči pri smrti. To je tudi razlog za našo prvo trditev: celo v dopolnjeni in zaokroženi pravni državi dobiva etika vse večji pomen, še posebej pa to velja za deontologijo poklicev, ki lahko odločajo o individualnih ali skupinskih usodah. Sama zakonska reglementacija je pregrob inštrument za rezanje tako občutljivega tkiva.

Če se zdaj iz tega najvišjega nadstropja spustimo na trda tla in predvsem k tistemu, kar naj bi bila tema tega spisa, to pa je etika časnikaštva, etika medijev, potem velja postaviti v ospredje predvsem dejstvo, da je razmerje med etičnim časnikaštvom in kakovostnim časnikaštvom premosorazmerno – oba kvalifikatorja, etika in kakovost, ne moreta biti v navzkrižju. Ko gre za razmejevanje med dopustnim in nedopustnim, med fas in nefas, je sodobna literatura, ki se ukvarja s to tematiko, nenavadno sogla-

sna. Med garancijami, ki naj bi zagotavljale učinkovito razmejevanje med dopustnim in nedopustnim, je zakonska normativistika šele na tretjem mestu – kar se ujema z našo zgornjo trditvijo, da je sam zakon grob in tudi počasen inštrument, ki sicer ima določene preventivne učinke, vendar pa deluje predvsem post festum. Na drugem mestu, ko gre za učinkovitost, navajajo najpogosteje tako imenovano pluralnost virov informacij. Gre za to, da morajo glasila, ki med seboj tekmujejo za deleže bralcev, gledalcev in poslušalcev v isti javnosti, tekrovati predvsem v verodostojnosti. Še bolj preprosto povedano: dolgotrajno manipulacijo s polresnicami in neresnicami si lahko privoščijo samo medijski monopoli, bodisi takšni, ki nastajajo na kapitalnem, bodisi takšni, ki nastajajo na političnem monoplu. Vse medijske zakonodaje v sistemih parlamentarne demokracije vsebujejo tako imenovana protimonopolna določila tako negativne (prepovedi) kot tudi pozitivne (subvencije za spodbujanje pluralnosti medijev) narave. Nekaj takšnih določil vsebuje tudi slovenska medijska zakonodaja, vendar pa se zdi, da bo treba predpise še zaokrožiti – slovenski medijski trg teži k monopolni oziroma kartelni situaciji, in sicer po eni strani zaradi majhnosti in po drugi zaradi dediščine preteklosti (delitev medijskih »koncesij« med osrednjo politično elito – Delo – in obema pomembnima lokalnima – Dnevnik, Večer).

Na nesporno prvem mestu, kar zadeva učinkovitost pri razmejevanju med »dobrim« in »slim« časnikarstvom, med dopustnim in nedopustnim, je poklicna deontologija. Prav na robu sivega pasu negotovosti je namreč časnikar tisti, ki mora odločati o tem, kaj bo storil: informiral ali pa zabaval, izzival voyerske nagone, hujskal ali celo kaj hujšega.

To časnikarjevo odločanje pa se odigrava v sociokulturnem okviru, ki je še daleč od srednjeevropskega. Slovenija medijsko zakonodajo ima in v primerjavi z drugimi iz naše evropske okolice dovolj kakovostno. Vendar pa napisani (fixo aere bi rekli z Vergilom) zakon še ni pravna država; stalinska ustava iz leta 1936 je bila skorajda vzoren kos papirja, ki pa ni bil zmožen preprečiti čistk, pokolov in koncentracijskih taborišč. Tudi tista pluralnost virov informacij, ki naj s tekmovalnostjo povišuje stopnjo verodostojnosti časnikarskega dela, zaradi zgoraj omenjenih razlogov šepa. Kar zadeva deontologijo, pa se nam je v zadnjih nekaj letih nenehno dogajalo, da so se ljudje, ki so bili pred tem, da stanovski razsodišče oceni njihove domnevne prekrške, temu preprosto izognili tako, da so izstopili iz stanovske organizacije (sam bi temu rekel avtistična, k sebi obrnjena reakcija); eden od takšnih je kasneje postal odgovorni urednik javne slovenske radiodifuzije – dejstvo, ob katerem nekateri naši tuji kolegi visoko dvigajo obrvi, ker težko razumejo že ravnanje prizadetega časnikarja, kaj šele ravnanje tako imenovanega družbenega organa, to je Sveta RTVS. Vse krivde za pomanjkljivo deontološko senzibilnost, ko gre za časnikarjevo pisanje, pa tudi za javno besedo sploh, ne bi smeli zvrčati na poklicne časnikarje. Slovenska pravna kultura prav gotovo še ni vzorna in tudi ne more biti spričo dejstva, da se je zadnjih štirideset let oblikovala v državi in celo v republiki, ki je bila v svoji kategoriji daleč najbolj liberalna in ki je tudi odstopajočim mnenjem dopuščala sorazmerno širok manevrski prostor, ki pa je bila ne glede na vse to po svoji temeljni usmeritvi totalitarna. Ena od konstitutivnih značilnosti totalitarne države je dvojnost sistema: za formalnim ustavnopravnim pročeljem države je vedno še struktura, ki je dejanska struktura oblasti. Ena od praktičnih posledic tega stanja pa je, da užaljeni in ponižani, če razmišljajo praktično, svoje pravice ne iščejo v okviru pravne države, marveč tam, kjer je dejanska oblast: praviloma torej ne na sodišču, marveč na tiskovnem svetu SZDL ali kar neposredno na centralnem komiteju. V takšni dvojnosti prenekeatera prvina pravne države, kot je nekoč posrečeno dejal profesor Bavcon, zaradi nerabe atrofira. Pravna kultura je spričo tega nekaj, kar si država Slovenija šele prisvaja, žal počasi, tudi z metodo »poskusi in popravi«, se pravi z napakami in žrtvami, med katerimi so lahko časnikarji, lahko pa tudi zdravniki. Žal recepta za hiter skok v novo kakovost ni; in ko se že oziramo po zahodnih zgledih, bi morali opaziti, da je proces oblikovanja pravne kulture tudi v etabliranih demokracijah trajen proces.

Ta proces pa je toliko bolj dolgotrajen, kolikor močnejše so sile, ki ga zavirajo. Če govorimo o Sloveniji, bi za sedanjio rabo kazalo omeniti vsaj dve. Ena od teh je razvpita komercializacija medijev in na tem področju nas čakajo še kar hude težave, to pa zato, ker še vedno ni uveljavljeno dokončno in produktivno ravnotežje med dvema funkcijama medijev – med kapitalno funkcijo in njeno odgovornostjo lastnini ter funkcijo obveščanja in njeno odgovornostjo javnosti. O tem, da imamo za Srednjo Evropo naravnost nepojmljive težave z razumevanjem notranje kolizije med tema dvema funkcijama, priča dejstvo, da tudi v Sloveniji ne moremo prepričati nekaterih nadzornih svetov (kot predstavnikov lastnine), da odgovornega urednika, ki po zakonu odloča o kadrovskih in vsebinskih zadevah in je tako rekoč za svoje delo odgovoren javnosti, ne more imenovati poslovodni direktor, ki je odgovoren za poslovanje; da ti dve funkciji ne moreta biti v hierarhičnem razmerju.

Drugo, kar velja omeniti v zvezi z zaviralnimi silami, pa je družba, v kateri so mediji po sili razmer. Seveda imamo v mislih politiko, ki je takšna, kakršna je, in sicer na dva načina: najprej s svojo občo politično kulturo, s pomanjkljivim smislom za državotvornost, z mnogimi prvimi gostilniške demagogije; mimo tega pa tudi z matrico, ki je bila vsajena v zavest v prejšnjih časih in ki se je dolgo časa kazala v prizadevanju stopiti v škornje totalitarnega sistema, namesto da bi te škornje zavrgli. Gre za matrico, v okviru katere so mediji toliko dobri, kolikor so koristni za strankarsko politiko. Ta pritisk počasi – upajmo, da se s to ugotovitvijo ne vdajamo utvari – poenjuje, zato pa se krepi pritisk služb za stike z javnostmi, kar pa je evropski trend.

Problematika, ki je tudi problematika razmerja med zdravstvom in mediji, je večno odprta problematika. Njeno razpletanje je odvisno od splošne politične in medijske kulture; od učinkovitosti in reakcijske hitrosti pravne države, v kateri mora zakonodajalec sprejemati potrebne in ustrezne predpise, prizadeti tožiti, sodstvo razsojati, celoten sistem pa nenehno opozarjati na meje, ki jih ne kaže prestopati; od zavesti, da je pravica do obveščanja in obveščenosti le ena od človekovih pravic in se ne sme uveljavljati na škodo drugih; od poklicne in deontološke usposobljenosti in občutljivosti delavcev v medijih in še posebej od njihovega specializiranega poznavanja tako specifičnega področja, kot sta zdravstvo in medicina; od vseh sestavnih delov (v Sloveniji še vedno premalo) organizirane civilne družbe, ki stopa s svojimi interesi, težavami itd. v družbeno sfero, ne da bi se pri tem potegovala za delež oblasti, in ki s tem svojim nastopanjem senzibilizira javnost; v največji meri tudi od urejenih razmer v zdravstvu, kajti katalizator za obči stres in bes zaradi neurejenih razmer je po navadi kar prvi najbolj priročni zdravstveni delavec; vendar pa tudi od transparentnosti samega zdravstva in medicine, od njune sposobnosti in organiziranosti, ko je treba kritično pregledovati lastno delo in ko je treba stopati pred javnost z informacijo. Edini učinkovit odgovor na slabo (zlomamerno, popačeno, nepopolno) informacijo je namreč dobra (kritična, konstruktivna, popolna) informacija.

Tudi stanje visoke pravne, politične in medijske kulture – če takšna nebesa sploh so – ne more do kraja preprečiti kratkih stikov, za katerimi običajno tičijo zelo človeške slabosti, od iskanja grešnega kozla za osebno tragedijo in nepoznavanja meja medicinske znanosti prek večne želje človeka, da bi se potrpel za kukanjem v sosedov lonec in še zlasti v nesrečo, do siceršnje tekmovalnosti in spotikanja znotraj stroke. Zato pa bodo posledice teh kratkih stikov zagotovo omejene in popravne naloge olajšane. Sam ta hip vidim dve prednostni nalogi, posebej še, ker je tranzicija čas, ki sprošča velike količine kriminalne energije (pod tem pojmom zmotno prepričanje, po katerem je dopuščeno vse, kar družba ne kaznuje, ker noče, ne more ali se ji ne ljubi in gleda proč). Ena je odpiranje dialoga med vsemi, ki lahko prispevajo k utrjevanju obče družbene in specialnih deontologij. Druga pa je posledica spoznanja, da se zlasti politično dobro organizirani deli družbe na specifičnem medijskem področju hitro znajdejo tudi v nepopolni pravni državi in vedo, kako izterjevati svojo pravico pred sodiščem ali kako drugače; kar pa ne velja za tako imenovanega človeka z

ulice. Zato sem tudi mnenja, da bi moral za tiste, ki ne znajo, zmorejo ali si upajo spregovoriti zase, govoriti kdo drug, da bi torej morali tudi v Sloveniji uvesti institucijo poroka (ali ombudsmana) javnosti.

SLABA KOMUNIKACIJSKA NAVEZA

Manca Košir

Komunikacija: Ne učimo se je. Naš obstoj je odvisen od nje. Težja je, kot si mislimo. Ne moremo je spremeniti, dokler ne spremenimo sebe.

Richard H. Green

Javnost podpira stavko zdravnikov in se strinja, da imajo pre nizke plače, so poročali mediji v začetku letošnjega zdravniškega protesta. Ob koncu pa že: ljudje so naveličani, »bogovi v belem« naj se vrnejo na delovna mesta, pacienti predolgo čakajo... Ali: Ste slišali, da zdravniki popivajo in prirejuje orgije, pa celo delovne obleke kradejo... In: ob » aferi Mihelič« se javnost zgraža nad nevestnostjo in neodgovornostjo zdravnikov...

Ti »medijski utrinki« paradigmatično kažejo odnos javnosti do zdravnikov, ki ni toliko odvisen od zdravnikov kot od množičnih medijev. Saj: kar ne piše v časopisu, kar ni na televiziji in po radiu, kot da se ni zgodilo. Živimo v času množičnih občil (1), v postmodernej dobi medijske fascinacije in manipulacije. Družbena konstrukcija realnosti (2) dandanes poteka prek množičnih medijev, ki odločujoče (so)oblikujejo stališča, mnenja, vrednote in vedenjske vzorce svojih občinstev. Potemtakem pomembno vplivajo na naše razmišljanje in videnje sveta.

Tudi v Sloveniji je vse več ljudi, ki glavno informacij sprejemajo prek medijev, predvsem televizije. Če je bila še v prvi polovici tega stoletja medijska konstrukcija realnosti ena izmed stvarnosti, ki je obstajala vzporedno z drugimi, ni pa dominirala med njimi in nad njimi, zato medijsko izrekanje stvarnosti ni bilo družbeno zavezujoče, so osemdeseta, zlasti devetdeseta leta drugačen čas, kot rečeno – čas množičnih občil. V njem postajamo »opazovalci drugega reda«. Spremljamo dogodke z zaslona, s časopisnih strani in po radijskih valovih ter se ne sprašujemo o njihovih referencah in tisti realnosti, ki naj bi ji ti dogodki pripadali. Spektakel, neskončna produkcija medijskih podob in virtualnih svetov, širijo »prostor, kjer izginja pomen, kjer izginjajo smisel, sporočilo, referenca« (3). Za dogodke, politiko, zgodovino lahko od trenutka, ko postanejo medijska sporočila, rečemo, da njihova lastna resničnost izginja. Baudrillard (4) črnogledno pretirava: »Zdi se, da bi se (televizija) lahko nadaljevala tudi v primeru, če bi človek izginil.« Primarne funkcije množičnih občil naj bi bile informirati državljane, jim omogočiti udeležbo v komunikacijske pravice, povedati svoje mnenje in nadzorovati oblast ter druge za blaginjo ljudi odgovorne centre moči. Zato naj bi bili novinarji »psi čuvaji«, novinarstvo pa »četrti stan«. Toda ti ideali redkokdaj usmerjajo uredništva in novinarje. Tako v posocialističnih državah kot v razvitih zahodnih kapitalističnih državah je danes na delu drug, skupen motiv – dobiček. Ta je glavno gonilo dobe množičnih občil. Ameriški novinar Jeremy Iggers je zbranim komunikologom na srečanju v Portorožu pred letom povedal: »V mojem časopisu... dandanes slišimo zelo malo besed o naši obveznosti, da oskrbimo državljane z bistvenimi informacijami, potrebnimi za aktivno sodelovanje v demokratičnem odločanju. O naših bralcih raje govorimo kot o kupcih in o našem časniku kot o proizvodu... (...) naše novinarske odločitve vedno bolj temeljijo na tržnih raziskavah o tem, kakšne stvari želi javnost izvedeti, ne pa na profesionalnih novinarskih ekspertizah, kaj javnost mora vedeti... Tržno usmerjeni časnik je odziv na pritiske za dobičkom« (povzeto po 5).

Torej je v medijskem spektaklu »profit, ne pa etika privilegirana motivacija« (6). Ne spoštovanje osebe in zaščita njenega dostojanstva (naj gre za tistega, o komer novinar poroča, za vir informacij ali pa za naslovnika), kar je temelj novinarske etike (1), temveč spoštovanje in zaščita kapitala. Ne profesionalno ravnanje, temveč tržno delovanje. Obstajajo seveda izjeme med novinarji in množičnimi občili, ki pa prej potrjujejo kot zanikajo svetovni trend novinarskega biznisa. Mar ne vstopa tudi slovensko zdravstvo v ris istega prostora, kjer je »denar sveta vladar«?

Poglejmo zdaj, kdaj množični mediji govorijo z zdravnikih in njihovem delu. Ker novinarji igrajo po konvenciji dogovorjeno igro »lovjenja novic«, obravnavajo zdravnike kot akterje zanimivih dogodkov/novic praviloma:

a) Slaba novica (bad news): kadar so zdravniki nosilci negativnih dogodkov, afer, senzacij. Slaba novica je za medije dobra novica. Čim hušja je potemtakem zadeva, v kateri so akterji zdravniki (hude tragedije, smrt, trpljenje, škandali), tem bolje za množična občila. Bolj ko bodo ljudje na dogodek čustveno, prizadeto reagirali, bolje se bo medij prodajal, in bolje ko se bo prodajal, več oglaševalcev bo zakupilo prostor v njem. (Mimogrede: ne poznam blaga, ki bi se prodalo dvakrat, kot se to množični mediji. Slovenska nacionalna televizija in radio svoje storitve »prodajo« kar trikrat: naročnikom, oglaševalcem pa še državni proračun krije del stroškov za vsebine »nacionalnega pomena«.)

b) Dobra novica (good news): za popestritev potrebujejo mediji od časa do časa tudi dobre novice, pozitivne »human story«: zdravniki so prišli roko fantu, ki se je igral s petardo, rešili so hudo ranjenega alpinista, odkrili so zdravilo proti raku, aidsu, presadili so organ ipd. Formula je ista kot zgoraj: sprožiti zanimanje čim širšega kroga ljudi, zdriniti čustva različnih občinstev.

In kako se slovenski zdravniki odzivajo na potrebe novinarjev po zgodbah za ljudi? Kako komunicirajo z njimi in prek njih z javnostjo?

Ad a) Slaba novica. Praviloma zdravniki reagirajo post festum, prizadeto in obrambno. Posebej se to pokaže pri medijski obravnavi domnevne zdravniške napake. Študija Anke Štrukelj-Fras z naslovom Sodobni slovenski tisk in »zdravniška napaka«. Primer Gašperja Miheliča je pokazala vzorec neustreznega ravnanja tako novinarjev kot zdravnikov. »Vojna zdravništva s predstavništvom javnosti, torej z novinarji«, če uporabim njeno formulacijo (str. 19), v obravnavanem primeru ni imela zmagovalcev. Porazena je bila novinarska profesija in zdravniški ceh je dobil črni madež nezaupanja. »Afera se je razvila v splošni trušč, nato pa je izzzvenela in izginila iz tiska, ne da bi bila izrečena sklepna beseda. Senzacionalistična naravnost ni bila tuja nobenemu od vpletenih, »taborov«, celo načelo »de mortuis nihil nisi bene« ni bilo spoštovano. Zdravniki so na vrhuncu afere po številu svojih prispevkov – odmevov na novinarske komentarje – prevzeli vodstvo; imeli so priložnost, da javno demonstirajo pogosto zapisano oceno sociologov, da sodijo med najmočnejše in med seboj najbolj povezane poklicne skupine« (7).

Kot je prof. dr. Matija Horvat v pismu bralcev v Sobotni prilogi Dela podučil novinarje, kako bi se morali lotiti preiskave »primerja Mihelič« in spisal najkrajši priročnik za preiskovalno novinarstvo (o tej pomembni vrsti novinarskega sporočanja glej 8), naj mi bo dovoljeno na kratko svetovati zdravnikom, kako naj se vedejo v primerih, ko so vpleteni v tako ali drugačno neprijetno zadevo. Najprej in predvsem – naj komunicirajo! Molk je v konfliktnih situacijah najslabša »rešitev«. Ker zdravniki opravljajo poklic, pomemben za ljudi, so odgovorni tudi javnosti in ne samo svoji vesti in profesiji. Zato nimajo pravice ignorirati potreb in interesov ljudi, temveč so dolžni odgovarjati na njihova vprašanja. Saj se odgovornost lahko polno razvije le z odgovarjanjem na vprašanja, ali kot pravi veliki judovski filozof Martin Buber: »Prava odgovornost je tam, kjer je pravo odgovarjanje.« Če drži, da na določene zadeve lahko odgovarja samo stroka, pa nikakor ne drži, da lahko samo strokovnjaki tudi sprašujejo. Novinarji so dolžni spraševati po poklicni zavezanosti, pacienti in potencialni uporabniki pa po svoji človeški pravici. Družina Mihelič v svojem »primeru« in

javnost v tem ne v mnogih drugih od zdravnikov ni dobila konkretnih odgovorov. Zdravniki so se mnogokrat izmikali, prehajali od konkretnih zadev na splošno raven, kritizirali ravnanja drugih... In pustili zastavljena vprašanja brez odgovorov. Kot je ugotovila Štrukelj-Frasova (7): »Želji ljudi, potencialnih bolnikov, da bi zdravniki o svojih (morebitnih) napakah spregovorili jasno, neobremenjeno, nedefenzivno, ni bilo ustrezno. Namesto da bi s svojim odnosom do javnosti pogasili strah, jezo in druga negativna čustva, ki so se razraščala, so zaprli problem izključno v strokovni krog pooblaščenih institucij.«

Ad b) Dobra novica. Tudi na tem nam vsem prijetnem področju so slovenski zdravniki prepoznali pasivni. Njihova skromnost v času množičnih občil, kot »biti pomeni biti zaznan« (Türcke), ni (več) na mestu. Ko »nobena stvar več ne govori zase, ne da bi se hkrati samoreklamirala« (9), morajo tudi zdravniki znati predstaviti »image, look« svojega poklica in lastnih rezultatov.

Zaradi točk a) in b) in tudi tistih, ki jih nisem navedla (obravnavanje zdravstvenega sistema in politike, zdravstveno ozaveščanje prebivalstva itd.), predlagam, da bi se zdravniki učili komunicirati tako s posamezniki kot z javnostjo. Da je pomanjkljivo komuniciranje rakava rana (ne samo slovenske) uradne medicine, pričajo tudi raziskave o uporabi alternativnih (naravnih, komplementarnih) metod zdravljenja, ko anketirani na vprašanje, zakaj so se odločili za tovrstno zdravljenje, na prvem mestu odgovarjajo: »Zato, ker se z zdraviteljem lahko pogovarjam. Zna in hoče me poslušati.« Moje izkušnje, da bi na Slovenskem vzpostavili dialog med konvencionalno in komplementarno medicino (imam jih kar nekaj, lani sem, denimo, vodila najštevilnejšo skupino na slovenski nacionalni konferenci o zdravju, ki se je ukvarjala prav s to problematiko, sestavila tudi tehten dokument – potem pa vse tiho je bilo...), mi kažejo premnoge zdravnike kot vzvišene, samozadostne strokovnjake, ki se »s šarlatani ne bomo pogovarjali, o neumnih zahtevah ljudi pa tudi ne«. Medtem ko v svetu že nepregledno število ambulant in bolnišnic poleg klasične medicine nudi vse od akupunkture, homeopatije, najrazličnejših masaž, zdravljenje s prehrano, postom, pozitivnimi afirmacijami in vizualizacijami (10)... na Slovenskem cvete šarlatanski biznis in molči stroka, ki je za zdravje ljudi najbolj odgovorna.

»Sami zdravniki priznavajo, da *ne obravnavajo človeka*, ampak *bolezen*« (podčrtala M. K.) (11), zato tudi ne razumejo, da vrsta težav s pacienti kot tistih z naveze zdravnik – mediji – javnost izvira iz pomanjkljivega poznavanja in znanja dejavnosti, usodno pomembne za človeka in njegov obstoj: komuniciranja. Učenje novega načina komuniciranja, pri katerem so vsi udeleženci zmagovalci in ni poražencev, kot so v slovenski medijski »vojni« (7) njeni komunikacijsko slabo sposobni »bojevniki«, je izjemnega pomena. »Morda je (celo) ključ našega obstoja« (12). Zato predlagam:

– Da na medicinski fakulteti uvedejo učenje komuniciranja, ki bo usposobilo bodoče zdravnike poslušati in pogovarjati se. Hkrati naj to učenje razširi njihov svet s socialnimi, zgodovinskimi, kulturnimi, mitskimi, religioznimi in drugimi vedenji, da bi zmogli gledati človeka kot celostno fizično, duševno in duhovno ter socialno bitje. Če ugotavljajo psihoanalitiki (13), da je za uspešno opravljanje njihovega poklica nezadostno zgolj psihološko oziroma medicinsko znanje, to nič manj ne drži za, denimo, zdravnike splošne medicine, pa tudi drugih vej.

– Da zdravniki ustanovijo institucijo ombudsmana, ki bo sprejemal pritožbe prizadetih bolnikov in njihovih sorodnikov ter pomagal vzpostavljati komunikacijo tako z medicinsko kot s pravno stroko, pa tudi z javnostjo.

– Da vse večje zdravstvene organizacije uvedejo institucijo »public relations« oziroma službo za stike z javnostjo. Klinični center bi po mojem moral odpreti kar oddelek za PR in ne zaposliti samo ene osebe. Te službe naj skrbijo tako za promocijo stroke, ustanov in zaposlenih (obveščajo medije o pomembnih dogodkih, uspehih, odkritjih, predavanjih, člankih itd.) kot za ustrezno reagiranje zdravnikov pod a) Prav v krizi morajo biti PR službe najbolj aktivne in do javnosti najbolj občutljive!

– Da zdravniki sprejmejo dialog s komplementarnimi (alternativnimi, naravnimi, holističnimi) zdravilci in pomagajo vzpostaviti red na področju alternative (licence, koncesije itn.).

Za boljšo komunikacijsko navezo zdravnik – mediji – javnost so kakopak še v večji meri odgovorni novinarji. Kaj vse naj bi ti storili, da bi bilo obveščanje tudi o zdravniških in medicinskih problemih nasploh celovitejše, bolj uravnoteženo, profesionalno ustrezno in etično, sem povedala in napisala že (pre)večkrat. V tem spoštovanem krogu naj povem le to, da že več kot dve desetletji terjam drugačen študij novinarstva. Menim namreč, da morajo novinarji najprej obvladati svoje sporočanje področje, se pravi KAJ, O ČEM bodo poročali (zdravstvo, denimo), potem pa še, KAKO bodo to počeli (novinarske tehnike in veščine). Zato se že ves čas zavzemam za B študij novinarstva oziroma kreditni sistem, da bi tisti bodoči novinarji, ki nameravajo pisati na primer o medicini, opravili številne predmete na medicinski fakulteti, potem pa bi na FDV absolvirali še novinarska znanja. Dejstvo je namreč, da o zdravstveni problematiki poročajo strokovno premalo usposobljeni novinarji. Še huje pa je, da je etična raven slovenskega novinarstva na katastrofalno nizki ravni. Moja raziskava (14) je namreč pokazala, da novinarji pri vseh dnevno tiskanih medijih (zagotovo pa tudi pri drugih) svoj profesionalni/etični kodeks kršijo v vseh členih iz dneva v dan. Najpogostejše morda prav tiste postavke, ki so tudi za zdravniški poklic in njegov odgovorni odnos do javnosti odločilne: zaščito osebne integritete in dostojanstva človeka.

Za konec še tole: pogosto študentom pri predmetu Novinarska etika govorim o najgloblji, temeljni odgovornosti novinarja s pomočjo primerjave z – zdravniki. Kot pravijo revni Afričani: dober zdravnik je dober človek, ki zna tudi zdraviti, velja za novinarje isto: dober novinar je dober človek, ki zna tudi novinarstvo. Če bi si v navezi zdravnik – mediji – javnost podajali roke dobri ljudje, naša okrogla miza sploh ne bi bila potrebna. Ker pa smo ljudje iz svetlobe in teme, iz dobrega in slabega, tudi najboljšega in najslabšega, se moramo prav o tem, o čemer se bomo pogovarjali v Portorožu, pogovarjati kar naprej. Kajti vse je boljše, kot da zamre – komunikacija.

Sklep: Menim, da je problem naveze zdravnik – mediji – javnost predvsem komunikacijske narave, zato se mora tudi njegovo reševanje goditi na tem polju. Razprava želi spodbuditi boljše komuniciranje med zdravniki, bolniki in javnostjo ter podaja nekaj predlogov za to. Ker živimo v času množičnih občil, naj bi zdravniki ustrezneje sodelovali z mediji in poskrbeli za boljšo prezentacijo svojega dela in poklica.

Viri

1. Košir, Manca. 1995. Čas množičnih občil. V: M. Košir (ur.). Otrok in mediji, Ljubljana: ZPMS, 11–17, tudi Nova revija, 158, 20–25.
2. Berger, Peter in Luckmann, Thomas. 1966. The Social Construction of Reality. Garden City, New York: Doubleday, Inc.
3. Baudrillard, Jean. 1993. Game with Vestiges. V: M. Gane (ur.). Baudrillard Live: Selected Interviews, 81–95, London, New York: Routledge.
4. Baudrillard, Jean. 1996. Transparentnost zla: Esej o ekstremnih fenomenih. Nova revija, 165–166, 185–205.
5. Poler, Melita. 1996. Etika nove dobe. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
6. Taylor, S. J. 1992. Shock! Horror! The Tabloids in Action. London: Black Swan.
7. Štrukelj-Fras, Anka. 1996. Sodobni slovenski tisk in »zdravniška napaka«. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
8. Šuen, Matjaž. 1994. Preiskovalno novinarstvo. Ljubljana: FSPN.
9. Türcke, Christoph. 1995. Senzacionalistična družba. Nova revija, 156–157.
10. Gomišček, Darinka. 1996. Most med »uradno« medicino in obolenimi za rakom. Aura, april-maj, 36–38.
11. Osojnik, Jani. 1993. Tisti, ki se vdajo, umrejo. (Intervju Alenke Burja, Irene Strelec). Sobotna priloga, Delo, 29. maja, str. 30.
12. Green, Richard H. 1991. Nov način komunikacije. Ljubljana: Alpha center.
13. Bohak, Janko. 1996. ... Kot kaže je po sto letih psihoterapija pripravljena na nov velik korak. Znanost za razvoj. Delo, 14. avgust 1996.
14. Košir, Manca. 1993. Slovenski dnevniki v luči Kodeksa novinarjev RS. Teorija in praksa, 11–12, 1233–1241.
- Buber, Martin. 1982. Princip dialoga. Ljubljana: Društvo izdajateljev časnika 2000.
- Košir, Manca. 1996. Novinarska etika. V: Profesionalna etika pri delu z ljudmi. Maribor: Univerza v Mariboru, Inštitut Antona Trstenjaka, 165–174.
- Proto, Louis. 1993. Nove poti do zdravja. Ljubljana: Ganeš.

SANDOZ

je koncern z dolgoletno zgodovino. Ustanovljen je bil leta 1886 v Baslu kot kemijska tovarna, ki je izdelovala sintetične barve. Leta 1917 je bil ustanovljen farmacevtski oddelek in že leto za tem (1918), so v raziskovalnih laboratorijih izolirali iz rženih rožičkov alkaloid ergotamin, nato pa še kardiotonične glikozide, kar je bil revolucionaren napredek v zdravljenju žilnih bolezni. V teh pionirskih časih so uspeli tudi poskusi zamenjave do tedaj uporabljanih soli kalcija z lažje prenosljivimi in Ca - Sandoz je postal pojem za nekaj nadaljnjih let.

Na slovenskem tržišču je Sandoz Pharma prisotna od leta 1952. Sodeluje s slovensko farmacevtsko industrijo in tovarno zdravil Krka, ki proizvaja 7 zdravil po licenčni pogodbi s Sandozom. Tudi za zdravila, ki se uvažajo, so narejene klinične študije v Sloveniji, ki potrjujejo in zagotavljajo kakovost.



SANDOZ

vaš partner pri zdravljenju

Informacije in literatura so na voljo pri SANDOZ PHARMA Ltd.
Basel, Predstavništvo za Slovenijo, Dunajska 22, 1511
Ljubljana, tel. 061/133 04 04, 131 62 645, faks 061/133 96 55

V Sloveniji so na voljo registrirana zdravila:

Lamisil® (terbinafin)

- nov pristop k zdravljenju glivičnih infekcij kože, nohtov in lasišča
- prvi fungicidni antimikotik za oralno in lokalno uporabo

Leponex® (klozapin)

- antipsihotik za bolnike s shizofrenijo, ki se ne odzivajo na klasične nevroleptike

Lescol® (fluvastatin)

- sintetični inhibitor reduktaze HMG-CoA
- učinkovito in varno zniža holesterol v krvi tudi pri rizičnih skupinah bolnikov

Leucomax® (molgramostim)

- rekombinantni humani dejavnik, ki pospešuje nastanek kolonij granulocitov in makrofagov
- normalizira število belih krvničk in makrofagov pri bolnikih z zmanjšano imunsko odpornostjo

Melleril® (tioridazin)

- anksiolitik v nizkih dozah, nevroleptik v visokih dozah
- ne povzroča ekstrapiramidnih sopojev

Miacalcic® (kalcitonin)

- hormon, ki regulira metabolizem kosti in mineralov
- za zdravljenje pomenopavzalne in senilne osteoporoze, Pagetove bolezni, Sudeckove distrofije

Navoban® (tropisetron)

- antagonist receptorjev 5-HT₃
- visokoselektivni antiemetik pri emetogeni kemoterapiji, radioterapiji in pooperativnem bruhanju

Sandimmun Neoral® (ciklosporin)

- imunosupresiv, ki preprečuje zavrnitveno reakcijo pri transplantacijah,
- učinkovit pri avtoimunih boleznih in boleznih, kjer je udeležena avtoimuna komponenta, kot so psoriza, revmatoidni artritis, atopični dermatitis in endogeni uveitis

Sandostatin® (oktreotid)

- sintetični oktapeptidni derivat somatostatina
- pomemben v gastroenterologiji, endokrinologiji in intenzivni medicini

Sirdalud® (tizanidin)

- mišični relaksant s centralnim delovanjem
- za zdravljenje bolečine v križu, mišičnih spazmov in spastičnosti

Syntocinon® (oksitocin)

- sintetični oksitocin za spodbujanje materničnih kontrakcij
- Syntocinon - nosni spray za spodbujanje izločanja mleka

Tavegyl® (klemastin)

- intravenski antihistaminik prvega izbora

Pismo uredništvu

DEJAVNOST IN POMEN TRAVMATOLOŠKEGA ODSEKA SB SLOVENJ GRADEC

Ferdo Kutnik

Uvodne pripombe

Naraščajoči travmatizem ni prizanesel tudi naši pokrajini in ne bolnišnici, očitno pa je izraz okolja in dela. To so predvsem traktorske poškodbe pri kmečkih opravilih, žagarsko razmrcvarjene roke in manj pogoste, vendar hude poškodbe v železarskih in rudniških obratih. Številne poškodbe v zadnjih letih so predvsem posledica sodobne motorizacije in prometnih razmer.

Organiziranost in strokovno delovanje

Kirurški oddelek zdravi poškodovane bolnike organizirano več kot 30 let. Pregledane in po prvi strokovni oskrbi v kirurški ambulanti sprejemamo lažje prizadete na travmatološki odsek, težje in ogrožene poškodovance pa v Center za intenzivno terapijo in nego, ki je funkcionalna enota reanimacijsko-anesteziološke službe. To pomeni povprečno nad 5000 ambulantnih oskrbljenih in do 1700 hospitalno zdravljenih poškodovancev letno v zadnjem desetletju.

Obravnavajo poškodovance v bolnišnici je še vedno klasična, vendar poteka funkcionalno, kar pomeni oskrbo hospitaliziranih, ki jih obravnava delovno povezana in strokovno usmerjena skupina kirurgov.

Operativna oskrba poškodovanih poteka po namenu in zahtevnosti v ustreznih prostorih. Operiranih je vedno več, kar pomeni zadnja leta nad 500 večjih in zahtevnejših posegov letno. To so raznovrstne osteosinteze na udih in medenici, ohranitveni in endoskopski posegi poškodovanih sklepov ter vse pogostejše protetične zamenjave kolka pri starejših poškodovancih. Zahtevne obrazne poškodbe oskrbuje že vrsto let maksilofacialni kirurg, v travmatološko ekipo pa se je vključil tudi ortoped, ki dopolnjuje operativni program z reparativnimi posegi bolj popoškodbenega značaja. Sicer pripadamo t. i. AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) usmeritvi pri oskrbi prelomov in nam pomeni »hišno« metodo v tehnično-operativnem pomenu ter pomagalo pri rehabilitaciji poškodovanca.

V sosednjo večjo bolnišnico v Mariboru premeščamo le težje prizadete s poškodbami glave in hrbtenice, posebno če so potrebni zahtevni neodložljivi operativni posegi, sicer delujemo v dogovoru. Redne strokovno-posvetovalne stike, posebno z nevrokirurškim oddelkom vzdržujemo že več let, kar nam koristi pri sodobnejši obravnavi kraniocerebralnih poškodb.

Predstavitvena aktivnost

Strokovno delovanje s področja oskrbe poškodb je pomenilo osnovo kasnejšim delovnim izkušnjam in spoznanjem. Nekaj teh smo predstavili v strokovnih publikacijah (možnosti pri zdravljenju trohanternih prelomov stegenice, oskrba poškodb obraza in glave v manjši bolnišnici) (1-3) in na strokovnih srečanjih (4).

V Slovenj Gradcu so slovenski kirurgi-travmatologi zborovali večkrat, tako društveno kot strokovno. Srečanja so bila tematsko posvečena nekaterim perečim pojavom, kot so bile takrat pogoste

poškodbe pri delu s traktorji, in aktualnim strokovnim temam (ravljanje pri poškodbah vranice, l. 1984). Na zadnjem (l. 1994) smo poročali o nekaterih spregledanih in nezadovoljivo oskrbljenih poškodbah sklepov na udih (5, 6) in na obrazu (7). Podatki iz dolgoletne ankete poškodovanih smučarjev, oskrbljenih v bolnišnici, so služili raziskavi o vzrokih in naravi tovrstnih poškodb (8).

Nekajkrat so zborovanja popestrili gostje iz tujine – tako s poročilom izraelskih kirurgov že pred 30 leti o uporabi zunanje fiksacije udov na bojiščih (l. 1974) in o izkušnjah ameriških kirurgov iz Houstona pri ravnanju s številnimi civilnimi strelnimi poškodbami (l. 1994).

Izredno delovanje

V zadnji vojni za osamosvojitve Slovenije (l. 1991) smo se tudi v bolnišnici soočili z vojnimi poškodbami, nastalimi v obmejnih spopadih na Koroškem. Takih grenkih strokovnih izkušenj je imel le malokdo med službujočimi kirurzi, poškodbe pa so bile dovolj zahtevne in množične (okrog 100 ranjenih, od teh 40 težjih). Pri prvi oskrbi ni bilo treba uporabiti vojne doktrine, ker je bilo možno oskrbeti tudi najtežje ranjence, posebno s kombiniranimi (predvsem eksplozivnimi) poškodbami. Pridobili smo si nekaj znanja pri tovrstni oskrbi ranjencev in spoznali mutilanten učinek sodobnega orožja.

Ugotovitve

Množica poškodovancev nas dostikrat peha v stisko, tako pri oskrbi v ambulanti kot pri zdravljenju hospitaliziranih bolnikov, ki jih je vedno več, posebno starejših ali drugače prizadetih. Kljub prostorski in kadrovski stiski nam je uspelo združiti bolnišnično oskrbo vsaj z nujno rehabilitacijo. Hospitalizacija naših poškodovancev je zato daljša, imamo pa manj povratnikov. Le sprotne ugotavljanje bolnikovega stanja in njegove odvisnosti nam pomaga pri načrtovanju odpusta in nadaljnje oskrbe (9).

Travmatologija velja v bolnišnici kot nepogrešljiva dejavnost, vendar si med kirurzi šele utira pot profesionalno zaokrožena delovna skupina, ki bi v bodoče nastopala bolj suvereno in povezano.

Pri zdravljenju poškodovancev deluje organizacijsko dovolj samostojna hospitalna enota na kirurškem oddelku, kar naj bi kadrovske in funkcionalno ustrezalo regionalnemu pomenu bolnišnice.

Literatura

1. Kutnik F, Ocepek I, Dolenc I. Zdravljenje zlomov trohanternega predela stegenice. Zdrav Vestn 1994; 63: 437-41.
2. Cigler M. Maksilofacialne poškodbe v obdobju 1987-89, zdravljene v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Mednarodni simpozij »Poškodbe glave, vratu in hrbtenice«, Slovenj Gradec 1990, Zbornik referatov (SAZU): 487-92.
3. Kutnik F. Možnosti oskrbe kraniocerebralnih poškodb v manjši bolnišnici. Mednarodni simpozij »Poškodbe glave, vratu in hrbtenice«, Slovenj Gradec 1990, Zbornik referatov (SAZU): 493-9.

4. Ocepek I. Zlomi proc. styloidea ulnae. AO Simpozij, Portorož 1994.
5. Dolenc I, Sagmeister M. Poškodbe lateralnih ligamentov gležnja. Povzetki strokovnih prispevkov na sestanku Travmatološke sekcije Slovenije, Slovenj Gradec 1994.
6. Florjančič-Košuta A. Poškodbe volarne plošče PIP sklepa prstov na roki. Povzetki strokovnih prispevkov na sestanku Travmatološke sekcije Slovenije, Slovenj Gradec 1994.
7. Cigler M. Blow-out fraktura, izolirana fraktura orbitalnega dna. Povzetki strokovnih prispevkov na sestanku Travmatološke sekcije Slovenije, Slovenj Gradec 1994.
8. Zajec M. Prilog poznavanju utjecaja modernih zaštitnih mjera na sprečavanje ozljeda pri skijanju. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta, Magistarski rad, 1986.
9. German Z. Metoda za ocenjevanje bolnikove nesposobnosti. Obzor Zdr N 1994; 1-2: 33-9.

V tej številki so sodelovali:

asist. mag. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med., specialistka psihiatrija, Center za mentalno zdravje Ljubljana

prof. dr. Anton Dolenc, dr. med., specialist sodne medicine in specialist patolog, Inštitut za sodno medicino MF Ljubljana

Aleksander Doplihar, dr. med., specialist medicine dela, Kamnik

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

asist. Vojko Flis, dr. med., specialist kirurg, Splošna bolnišnica Maribor

prim. Jelka Gorišek, dr. med., specialistka infektologinja, Splošna bolnišnica Maribor

prof. dr. Martin Janko, dr. med., specialist nevropsihiater, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana

prim. Mario Kocijančič, dr. med., specialist medicine dela, Zdravstveni dom Kranj

prof. Manca Košir, dipl. učiteljica matematike in fizike, dipl. novinarka, mag. sociologije, dr. filologije, Fakulteta za družbene vede Ljubljana

asist. Boris Kralj, dr. med., specialist dermatolog, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana

prim. Marijana Kuhar, dr. med., specialistka pediatrija, Pediatrična klinika, KC Ljubljana

Ferdo Kutnik, dr. med., specialist kirurg, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

mag. Branko Lubej, dr. med., specialist splošne medicine, Zdravstveni dom Bled

Arpad Norčič, dr. med., specialist kirurg, Splošna bolnišnica Murska Sobota

prim. Majda Ostan-Toplak, dr. med., specialistka pediatrija, Ljubljana

Slava Partlič, dipl. novinarka, Delo Ljubljana

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

prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., specialist kirurg, Kirurška klinika, KC Ljubljana

prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., specialist za ustne bolezni in parodontopatije, Zdravstveni dom Ljubljana

mag. Danica Rotar-Pavlič, dr. med., specializantka splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana

Niko Sadnikar, dr. med., Kamnik

Marjan Sedmak, dipl. novinar, Društvo novinarjev Slovenije, Ljubljana

prim. mag. Mirjana Stantič-Pavlinič, dr. med., specialistka infektologinja, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana

doc. dr. Janez Stare, ing. math., Inštitut za biomedicinsko informatiko, MF Ljubljana

prim. Katja Stražišar, dr. med., specialistka šolske medicine, Krka Ljubljana

IX. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

in

133. REDNO LETNO SREČANJE SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV

Bernardin, Hotel Emona, 18.–19. oktober 1996

Četrtek, 17. oktober 1996

- 16.00 Seja upravnega odbora SZD
18.30 Otvoritev slikarske razstave ob 90-letnici Lojzeta Spacala z naslovom »Pesnik Krasa« v dvorani Pharos

Petek, 18. oktober 1996

Društveni del

- 9.30 Odprtje kongresa
13.00 Volitve organov kongresa
Diskusija in sprejem statuta
Poročila
Volitve novih funkcionarjev SZD
Razrešitev prejšnjih funkcionarjev SZD

Stanovski del I

- 19.00 (*A. Dolenc, S. Rakovec, V. Flis*) Oblike povezovanja zdravnikov v Slovenskem zdravniškem društvu
(*A. Dolenc, M. Premik*) Zdravnik in družbeno okolje
(*M. Janko*) Vloga in pomen Zdravniškega vestnika kot nacionalne medicinske revije
(*J. Drinovec, M. Česenj*) Odnos med zdravnikom in plačnikom
20.30 Slavnostna večerja s podelitvijo nagrad in priznanj

Sobota, 19. oktobra 1996

Stanovski del II

- 12.30 (*J. Gorišek, M. Klehm, Košir, S. Partljič, D. Rotar-Pavlič, M. Sedmak*) Zdravnik, mediji in javnost
13.30 Sprejem sklepov in zaključkov

KOTIZACIJO 9.000,00 SIT plačate ob prihodu v sprejemni pisarni ali nakažete na žiro račun št. 50101-678-48620 ZZZD-Slovensko zdravniško društvo, s pripisom IX. kongres.

Hotelske rezervacije: do 3. oktobra 1996 na naslov Hoteli BERNARDIN, Obala 2, 6320 Portorož, po telefonu: 066/475 5104 in 475 5106 ali po telefaksu: 066/75 491. Pri prijavi navedite, da ste udeleženci letnega srečanja Slovenskega zdravniškega društva.

Cene v DEM na dan za nočitev z zajtrkom	Dvoposteljna soba	Enoposteljna soba	»Single use«
Grand hotel EMONA	80.–	98.–	116.–
Hotel BERNARDIN	43.–	57.–	73.–

Turistična taksa po osebi 1,80 DEM na dan.

MEDICINSKA AKADEMIJA POSTAJA REALNOST

Zdravniki potrebujemo avtoritativno institucijo, zato se znotraj Slovenskega zdravniškega društva ustanovi Slovenska medicinska akademija (SMA), ki predstavlja vrh SZD v etičnem, strokovno-raziskovalnem in znanstvenem področju medicine ter skrbi za varovanje, ohranjanje in razvijanje strokovne in kulturnoumetniške dediščine slovenskih zdravnikov. Pri oblikovanju ciljev in nalog SMA smo iskali iz glavnih vrednot tradicije SZD, to je etike, delovanja vseh strokovnih sekcij, varovanja kulturne dediščine slovenskih zdravnikov in nenehne skrbi za utrjevanje položaja zdravnika v slovenskem intelektualnem in društvenem prostoru.

Predstavljamo okvirne cilje in naloge Slovenske medicinske akademije.

Namen in cilj

SMA se ustanovi v okviru SZD s ciljem združiti strokovno in raziskovalno-znanstveno delo na področju medicine, predstavlja etični vrh slovenske medicine in skrbi za varovanje, razvijanje in ohranjanje znanstvene in kulturnoumetniške dediščine slovenskih zdravnikov.

Naloge

- Dosledno brani načela etike in deontologije.
- Skrbi in nadzoruje, da bo zdravnikovo obnašanje vedno v okvirih etičnega kodeksa in načel zdravniške etike in da bo kodeks slovenskim zdravnikom zagotavljal zdravnikovo neodvisnost in strokovno svobodo.
- Sodeluje pri programiranju strokovnega, znanstvenega in raziskovalnega dela na področju medicine.
- Sodeluje pri sprejemanju in vodenju raziskovalnih projektov s področja medicine.
- Sodeluje pri načrtovanju interdisciplinarnega dela – projektov z drugimi strokami in pri sprejemanju in vodenju teh projektov.
- Sodeluje pri pedagoškem procesu Medicinske fakultete.
- Sodeluje pri spreminjanju in oblikovanju študijskih programov Medicinske fakultete.
- Sodeluje pri ocenjevanju rezultatov pedagoškega, strokovnega in raziskovalnega dela.
- Sodeluje pri oblikovanju nacionalnih zdravstvenih programov in nacionalne doktrine, izhajajoč iz avtoritativnosti posameznih strok prek strokovnih sekcij.

- Sodeluje pri varovanju in razvijanju znanstvene, kulturne in umetniške dediščine slovenskih zdravnikov.
- Skrbi za nenehno spodbujanje ustvarjalnosti in kreativnosti slovenskih zdravnikov.
- Predstavlja avtoritativnost stroke v javnosti, izhajajoč iz avtoritativnosti mnenja strokovnih sekcij posameznih področij.
- Sodeluje in se povezuje z medicinskimi in znanstvenimi akademijami doma in v svetu.
- Sodeluje s SAZU pri njenih projektih.
- Nadzoruje izdajanje strokovnih, znanstvenih in kulturnoumetniških publikacij slovenskih zdravnikov.
- Izdaja samostojne publikacije SMA s programi, načrti in rezultati njenega dela.

Pri oblikovanju ciljev in nalog Slovenske medicinske akademije nismo izhajali iz novih idej ali nalog, ki bi si jih slovenski zdravniki zadali. Vse to že imamo in izvajamo v številnih programih različnih sekcij, podsekcij ali skupnih srečanjih zdravnikov med seboj, ali v povezavi z drugimi strokami ali vedami. Namen ustanovitve SMA je koordiniranost in avtoritativnost našega dela, predstavljena z etično in strokovno prominentnimi člani SZD, združenimi v Slovenski medicinski akademiji. Strokovne sekcije so od številnih strokovnih institucij najbolj strokovno samostojne in neodvisne v svojem delu in na tem tudi bazira dosedanje delo SZD.

Slovenska medicinska akademija bo svoje delo realizirala v projektih skupinah. Delo SMA bo določeno v statutu in posameznih pravilnikih SMA. Člane (redne, izredne, pridružene in dopisne) bo določal statut SMA. Statut Slovenske medicinske akademije bi sprejeli na naslednjem kongresu SZD, do takrat pa je potrebno pripraviti osnutek (o pripravi osnutka bomo poiskali tudi pravno pomoč), ga dali skupaj s cilji in nalogami v predhodno obravnavo in razpravo vsem članom SZD. Tako bomo imeli dovolj časa, da skupno oblikujemo Slovensko medicinsko akademijo, ki naj temelji na vseh tradicionalnih vrednotah dosedanjega dela SZD.

Za operativno pripravo tega dela sem bila zadolžena kot podpredsednica SZD, zato je ta predstavitev Slovenske medicinske akademije prikaz v glavnem mojega videnja in jo posredujem vsem predsednikom regionalnih društev SZD in tako posredno vsem članom v razmišljanje in obravnavo. Prosim tudi, da bi svoja gledanja in razmišljanja posredovali v tajništvo SZD, da bomo resnično lahko realizirali našo Slovensko medicinsko akademijo.

Prim. dr. Jelka Gorišek,
podpredsednica SZD

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
 Komenskega 4
 1000 Ljubljana

ANKETNI LIST ZA AKADEMIJO SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV

Priimek in ime: _____

Dekliški priimek: _____

Rojen(a) dne: _____ V: _____

Bivališče: Ulica: _____ Št.: _____

Poštna številka: _____

Tel. doma: _____ Tel. služba: _____

Zaposlen(a): Zavod: _____

Naslov: _____

Diplomiral na MF: _____ Datum: _____

Strokovni izpit opravil: _____ Datum: _____

Specializacijo opravil: Področje: _____ Datum: _____

V (kraj) _____

Magisterij opravil: Področje: _____

Naslov: _____

Kraj: _____ Datum: _____

Doktorat opravil: Področje: _____

Naslov: _____

Kraj: _____ Datum: _____

Druga izpopolnjevanja: Kje: _____ Datum: _____

Področje: _____

Pridobljeni nazivi: Primarij Datum: _____

Svetnik Datum: _____

Višji svetnik Datum: _____

Asistent Datum: _____

Docent Datum: _____

Izredni profesor Datum: _____

Redni profesor Datum: _____

V _____, dne _____ Podpis _____

SPOŠTOVANE KOLEGICE IN KOLEGI, ČLANI SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA!

Upravni odbor Slovenskega zdravniškega društva je na osnovi razprave po regionalnih društvih sprejel pobudo Organizacijske komisije SZD, da bodo imele nove članske izkaznice obliko preproste, plastične identifikacijske kartice, ki so predvsem v zadnjem času tudi v Sloveniji že precej razširjene (oblika t. i. plačilne, kreditne kartice). Odločeno je bilo tudi, da bodo izkaznice opremljene s sliko in nekaterimi osnovnimi podatki o lastniku, vključno z najrazličnejšimi (ne)poklicnimi nazivi. Grafično oblikovanje nove izkaznice je končano, smo pred njihovo izdelavo. Zaradi relativno zahtevne tehnologije izdelave te oblike izkaznice v primeru, ko je le-ta opremljena s sliko, je potrebno naenkrat izdelati kolikor je mogoče veliko število kosov. Seveda je od števila odvisna tudi cena. Dodatna težava je v tem, da ugotavljamo, da je evidenca o strokovnih, znanstvenih in akademskih nazivih naših članov pomanjkljiva.

*Zaradi vsega navedenega vas prosimo, da nam kot član SZD čimprej pošljete eno **fotografijo** (prosimo, da na hrbtno stran zapišete ime in priimek) in izpolnjen vprašalnik, ki je objavljen v nadaljevanju na naslov:*

Slovensko zdravniško društvo
Komenskega 4, 61001 Ljubljana

PODATKI O ČLANU

Ime in priimek _____

Nazivi (strokovni, znanstveni, akademski) _____

Datum in kraj rojstva _____

Leto včlanitve v SZD _____

Natančen naslov _____

SLOVENSKO MENOPAVZNO DRUŠTVO

prireja

ŠOLO ZA MENOPAVZO

Zdravilišče Terme Dobrna, 29. in 30. novembra 1996

PROGRAM

Petek, 29. novembra 1996

9.00–9.30		Dobrodošlica
9.30–9.50	L. Andolšek	Menopavza – začetek novega življenjskega obdobja

Moderator: **S. Peterlin**

10.00–10.45	H. Meden-Vrtovec	Ženska v menopavzi
10.45–11.15	M. Hren-Božič	Simptomatika v klimakteriju
		Diskusija
		Odmor
11.45–12.15	B. Kralj	Urogenitalne težave
		Diskusija
12.20–13.00	J. Mlakar	Psihične spremembe v klimakteriju
		Diskusija
		Kosilo

Moderatorica: **M. Hren-Božič**

15.00–15.40	H. Meden-Vrtovec	Hormonsko nadomestno zdravljenje
		Diskusija
15.45–16.15	A. Pretnar-Darovec	Alternativno zdravljenje
		Diskusija
16.20–17.00	I. Keber	Koronarne bolezni in nadomestno hormonsko zdravljenje
		Diskusija
17.05–17.50	M. Uršič-Vrščaj	Rak in hormonsko nadomestno zdravljenje
		Diskusija
18.00–18.45	S. Peterlin	Obravnava menopavze na različnih ravneh zdravstvenega varstva
		Diskusija
		Večerja

Sobota, 30. novembra 1996

Skupina 1		Skupina 2	
9.00–10.00	Vajalnica I	9.00–10.00	Vajalnica II
10.00–11.00	Vajalnica II	10.00–11.00	Vajalnica I
	Odmor		
Skupina 1		Skupina 2	
11.30–12.30	Vajalnica III	11.30–12.30	Vajalnica IV
12.30–13.30	Vajalnica IV	12.30–13.30	Vajalnica III
13.40–13.50	L. Andolšek	13.40–13.50	Zaključek
14.00	Kosilo		

Vajalnica I Voditelja	Obravnava peri- in pomenopavznih žensk v ordinaciji splošnega zdravnika S. Peterlin, L. Andolšek
Vajalnica II Voditeljici	Alternativno zdravljenje (prehrana in telesna aktivnost) A. Pretnar, G. Gaber, VFT
Vajalnica III Voditeljici	Hormonsko nadomestno zdravljenje (kdaj, kateri pripravki, kako dolgo itd.) H. Meden-Vrtovec, M. Hren-Božič
Vajalnica IV Voditeljici	Klinični primeri (internistični, onkološki) I. Keber, M. Uršič-Vrščaj

Predstavnik ali strokovni vodja: predsednica društva **prof. dr. L. Andolšek**
Ginekološka klinika Ljubljana

Naslov za prijave: **prim. dr. Slavko Peterlin**
Tavčarjeva 7, 3000 Celje

Informacije in kontaktna oseba: **prim. dr. Slavko Peterlin**
Tavčarjeva 7, 3000 Celje
telefon 063 / 483-282

Višina kotizacije: 40.000,00 SIT

Soglasje Zdravniške zbornice Slovenije za priznavanje podaljšanja licence je pridobljeno.

XVIII. SREČANJE ORTOPEDOV ALPE-ADRIA-PANONIJA

bo 25. in 26. 10. 1996 v Dolenjskih toplicah.

Strokovni del srečanja bo 26. 10. od 8. do 18. ure.

Letošnja tema je problematika rame.

Informacije: Tajništvo Ortopedske klinike
1000 Ljubljana
Zaloška 9
Tel.: (061) 317-226, fax: (061) 316-078

Organizator letošnjega srečanja: prof. dr. Srečko Herman.

PRAVILNIK ZA PODELITEV ZLATEGA PRSTANA GORENJSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

- I. Priznanje – zlati prstan (ZP) – podeljuje Gorenjsko zdravniško društvo (GZD-SZD)
 - posameznim zaslužnim članom GZD-SZD
 - posameznim zaslužnim članom ZZD-SZD
- II. Namen priznanja je – priznati članu za prispevek pri strokovnih, organizacijskih in podobnih aktivnostih ter zaslug za javno zdravstvo in dvig slovenske medicinske kulture.
- III. Oblika priznanja:
 - je častna in
 - se sestoji iz prstana, diplome in pismene utemeljitve (prstan je pečatni, 14-karatno zlato, 10–14 gr težak, z oznako GZD in oštevilčen z zaporedno številko).
- IV. Priznanje ZP se podeli:
 - samo enkrat.
- V. Predlagatelji priznanja ZP so lahko:
 - skupina članov GZD-SZD
 - posamezni član GZD-SZD.
- VI. Predlog za podelitev priznanja ZP mora vsebovati:
 - podatke o kandidatu,
 - podatke upoštevanega delovnega obdobja,
 - utemeljitev,
 - podpis predlagatelja (predlagatelj).

Predlog je treba predložiti pismeno vsaj mesec dni pred občnim zborom ali Rednim letnim srečanjem zdravnikov, ko je gostitelj naše Društvo. Ob tej priliki se lahko podelita dva prstana, sicer praviloma eden – vsako leto.
- VII. Postopek za zbiranje predlogov:

Predloge zbere predsednik GZD in jih predloži članom upravnega odbora, ki ga obravnavajo na svojih kolegijih in posredujejo pripombe za nadaljnje ukrepanje.
- VIII. Javnost gradiva:

Vse zbrano gradivo in dokumentacija je na voljo vsem članom GZD-SZD.
- IX. Komisija za podelitev priznanj je celotni upravni odbor GZD-SZD, izvoljen za štiriletni mandat.
- X. Kriterij za ocenjevanje dela posameznih članov GZD-SZD:

Ocenjuje se najmanj štiriletno obdobje ali za življenjsko delo.

Predvsem pa se ocenjuje: požrtvovalnost in ustvarjalnost člana GZD-SZD na društvenem, zdravstvenem in strokovnem področju, kakor tudi osebnostne ter etične odlike.
- XI. Kandidata dokončno izbere Upravni odbor Gorenjskega zdravniškega društva na redni seji, ko je prisotnih vsaj polovica članov. Imeti morajo mnenje svojih kolegijev.
- XII. Način podelitve in kraj svečane podelitve ZP.

Podeli ga na skupščini GZD-SZD (vsako leto) dotedanji predsednik GZD-SZD (upoštevaj člen VI.).

O podelitvi so obveščeni vsi člani preko našega glasila ZZD-SZD, javnost preko javnih občil.

Pravilnik je izdelan na osnovi pravilnika o podelitvi priznanj, ki ga je izdelala komisija za informacije SZD v letu 1969.

Pravilnik je bil sprejet na 4. redni seji Upravnega odbora GZD-SZD dne 2. 3. 1995 po odobritvi kolegijev v zdravstvenih organizacijah Gorenjske.

Zlati prstan so prejeli – na Letnem srečanju na Bledu 1995:

1. Prof. dr. med. et dr. sci. Anton Dolenc
2. Prim. dr. med. et mag. sci. Primož Vidali

Na UO in NO GZD 5. 9. 1996 je bilo sprejeto, da je letošnji dobitnik

3. Prim. dr. med. Jernej Markeš.

Predsednik GZD
magg. sci. dr. med. Branko Lubej

KLINIKA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO KC V LJUBLJANI

in

KATEDRA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO MF V LJUBLJANI

vabita na

VII. ČELEŠNIKOVE DNEVE

**25. in 26. oktobra 1996 v veliki predavalnici Medicinske fakultete,
Ljubljana, Korytkova ul. 2**

Začetek predavanj bo v petek, 25. oktobra 1996 ob 15. uri in v soboto, 26. oktobra 1996 ob 9. uri.

Glavna tema »Fokaloze« (zobni fokusi in obolenja povezana z njimi) in proste teme

Proste teme Zanimivosti v čeljustni kirurgiji

Seminar se bo štel za podaljšanje licence pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Kotizacijo v višini 20.000,00 SIT nakažite na žiro račun št. 50100-603-51820 s pripisom »Za Čelešnikove dneve«.

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO PNEVMOLOŠKA SEKCIJA GOLNIK

Letna konferenca Pnevmoške sekcije SZD bo 13. in 14. decembra 1996 v Grand hotelu EMONA v Portorožu.

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO
SEKCIJA ZA KLINIČNO MIKROBIOLOGIJO IN HOSPITALNE INFEKCIJE

organizira srečanje

AKUTNA VNETJA DIHAL

Lipica, 22. in 23. november 1996

PROGRAM

Petek, 22. november 1996

10.00	A. Z. Dragaš	Normalna flora dihal
10.20	E. Mušič	Pljučnice in diferencialna diagnostika
10.40	M. Sočan	Izvenbolnišnične pljučnice
10.50	N. Klun	Legionele v vzorcih iz okolja
11.05	F. Strle	Klinična slika legioneloz
11.20	A. Špec-Marn	Hospitalna legioneloza – CIT
11.30	E. Eberl	Mikrobiološka diagnostika legioneloz
11.40		Diskusija
		Odmor
15.00	D. Benčina	Respiratorne infekcije živali z mikoplazmami
15.15	D. Benčina, P. Dovč	Identifikacija mikoplazem s tradicionalnimi in novimi tehnikami
15.35	M. Mueller-Premru, T. Avšič-Županc	Mikrobiološka diagnostika infekcij z <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
15.45	M. Sočan	Klinične oblike infekcij z mikoplazmami
		Odmor
16.30	M. Sočan	Infekcije dihal s klamidijami
16.40	D. Keše	Mikrobiološka diagnostika infekcij s klamidijami
16.50	M. Čizman, M. Sočan	Antibiotična terapija atipičnih pljučnic
17.05		Diskusija

Sobota, 23. novembra 1996

9.00	A. Skralovnik-Štern	Pljučnice pri bolnikih z zmanjšanim imunskim odzivom
9.15	Š. Grosek, B. Moder, M. Petreska, I. Vidmar, J. Primožič, A. Z. Dragaš, S. Janžekovič	Bolnišnične pljučnice v pediatrični enoti za intenzivno terapijo
9.30	L. Ključevšek-Kompan	Racionalna diagnostika bolnišničnih pljučnic
9.45	D. Avsec-Letonja, T. Kancler	Naše izkušnje z BAL
10.00		Diskusija
		Odmor
10.45	A. Kraigher, N. Fišer-Marinič, M. Sočan	Prijavljanje in spremljanje akutnih infekcij dihal
11.00	T. Buřon	Akutne infekcije dihal pri bolnišničnem osebju in zaščita pri delu
11.20	M. Škerl	Ukrepi za preprečevanje bolnišničnih pljučnic
11.35		Diskusija in zaključek

Kotizacija znaša 8.000,00 SIT za nečlane, 7.000,00 SIT za člane, za študente in upokoјence kotizacije ni.

Udeležbo na strokovnem srečanju bo Zdravniška zbornica upoštevala ob podaljšanju licence zdravnikov splošne medicine, zdravnikom internistom, infektologom in zdravnikom-mikrobiologom.

Število udeležencev je omejeno na 120, zato bomo upoštevali vrstni red prijav s plačano kotizacijo.

Prijavnice s potrdilom o plačani kotizaciji pošljite na naslov: **Prim. dr. Marjeta Škerl**
 KC, Uprava, Higiensko epidemiološka enota
 1000 Ljubljana, Zaloška 2

PRIJAVNICA

AKUTNA VNETJA DIHAL
Lipica, 22. in 23. november 1996

Priimek in ime _____

Naslov _____

Ustanova _____

Tel./fax _____ Podpis _____

Želim rezervacijo hotelske sobe (sobe so dvoposteljne) s polpenzionom (3.600,00 SIT na osebo) v hotelu Maestoso v Lipici.

DA NE

Prijavnico skupaj s priloženim potrdilom o plačani kotizaciji pošljite najkasneje do 20. oktobra 1996. Po tem datumu vam ne moremo več zagotoviti rezervacije sobe.

Kotizacijo nakažite na žiro račun SZD št. 50101-678-48620, sklic na številko 22-600, s pripisom »Lipica, nov. 96«.



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.

Kdor se za seminar zanima, lahko izbira med dvema terminoma, in sicer:

**9. novembra 1996 in
23. novembra 1996**

od 9. do 17. ure v klubskem prostoru Doma upokojeencev Center-Tabor, Tabor 10, Ljubljana.

Prispevek za seminar je 1.000,00 SIT.

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

Slovensko društvo Hospic
Neubergerjeva 4
1000 Ljubljana
Tel. (061) 13 71 284

**CENTER ZA ZASTRUPITVE
INTERNE KLINIKE ZALOŠKA
KLINIČNI CENTER LJUBLJANA**

organizira

**XXV. PODIPLOMSKI SEMINAR
KLINIČNE TOKSIKOLOGIJE**

2. do 6. decembra 1996, predavalnica I Kliničnega centra v Ljubljani

Seminar je namenjen zdravnikom splošne medicine, specializantom interne medicine, pediatrije, anesteziologije, medicine dela, nevrologije, psihiatrije, sodne medicine, farmacevtom in vsem drugim, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju klinične toksikologije.

GLAVNE TEME PREDAVANJ

Splošna klinična toksikologija

- Načela diagnostike in terapije zastrupitev
- Urgentna klinična toksikologija
- Toksikokinetika
- Eliminacija strupov pred absorpcijo in po njej
- Obravnava zastrupitev na intenzivnem oddelku
- Toksikološka analitika
- Antidoti
- Psihiatrična obravnava (abuzus, suicid)
- Sodnomedicinsko izvedenstvo v toksikologiji
- Poklicne zastrupitve – diagnostika in obravnava
- Množične zastrupitve in ekološka toksikologija
- Narkomanija
- Organizacija toksikološke službe v Sloveniji
- 24-urna informativno-konzultativna služba CZ
- Stranski učinki zdravil – algoritmi in program WHO

Specialna klinična toksikologija

- Alkoholi
- Dražeči in strupeni plini
- Strupene gobe in druge rastline
- Živalski strupi
- Težke kovine
- Kisline in lugi
- Cianidi
- Kardiovaskularna zdravila
- Salicilati, paracetamol
- Barbiturati
- Psihofarmaka
- Opijati in druge opojne droge
- Pesticidi
- Organska topila in petrolejski derivati
- Methemoglobinemija pri zastrupitvah
- Bojni strupi

Prijave sprejema tajništvo Internih klinik Zaloška pisno ali na telefon (061) 317-375.

Kotizacijo 30.000,00 SIT (35.000,00 SIT po 1. 11. 1996), ki vključuje tudi učno gradivo in osvežitev v odmorih, nakažite na ŽR pri LB št. 50103-603-51820, Interne klinike Zaloška, KC, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, obvezno s pripisom: Za 25. seminar klinične toksikologije.

Fotokopijo položnice ali virmana pošljite čimprej na tajništvo Internih klinik Zaloška oz. predložite ob registraciji. Število kandidatov je omejeno. Zadnji dan bodo udeleženci opravljali pismeni preizkus znanja. Registracija udeležencev 2. 12. 1996 od 8–9.30, otvoritev seminarja ob 9.30.

Zdravniška zbornica Slovenije priznava udeležbo na seminarju z uspešno opravljenim preizkusom znanja kot strokovno izobraževanje in jo upošteva pri podaljševanju licenčne listine.

**ŠLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO –
ZDRUŽENJE OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE**

in

**KLINIKA ZA OTORINOLARINGOLOGIJU IN CERVIKOFACIALNO KIRURGIJO KC,
LJUBLJANA**

organizirata
pod pokroviteljstvom Medicinske fakultete v Ljubljani

2. KONGRES OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE
z mednarodno udeležbo

Hotel Park na Bledu, 5. do 7. decembra 1996

PROGRAM

Četrtek, 5. decembra 1996

15.00		Svečana otvoritev
16.00–19.30	J. Zupančič	Vnetja srednjega ušesa
20.00		Sprejem

Petek, 6. decembra 1996

9.00–11.00	Moderator E. Lehnhardt (Nemčija)	Okrogla miza o kohlearnih implantih
11.30–13.00		
in		
15.00–19.00	Moderator L. Šmid	Malignomi v ORL področju
20.00		Slovesna večerja

Sobota, 7. decembra 1996

9.00–12.00	Moderator A. Župevc	Proste teme
12.00		Občni volilni zbor Združenja otorinolaringologov Slovenije

Vabljeni gostje:

- K. Albegger** (Avstrija)
- M. Bauer** (Madžarska)
- J. Koval'** (Slovaška)
- E. Lehnhardt** (Nemčija)
- G. Lichtenberger** (Madžarska)
- D. Manestar** (Hrvatska)
- S. Plouzhnikov** (Rusija)
- M. Profant** (Slovaška)
- M. Russolo** (Italija)
- S. Simović** (Hrvatska)
- H. Skarzynski** (Poljska)
- N. Šprem** (Hrvatska)
- M. Toš** (Danska)

Uradna jezika sta slovenski in angleški.

Udeleženci bodo sodelovali: – z 8-minutnim predavanjem
– z video filmom

Strokovni prispevki bodo natisnjeni v zborniku.

Kotizacija: 360 DEM v tolaški protivrednosti.

Žiro račun: 50103-678-49360 SZD Otorinolaringološka sekcija.

Udeležbo na 2. kongresu otorinolaringologov Slovenije priznava Zdravniška zbornica Slovenije kot strokovno izpopolnjevanje za podaljšanje licence otorinolaringologom, pediatrom in specialistom splošne medicine.

Rezervacija namestitve: najkasneje do 31. 10. 1996
 Park hotel Bled
 tel. +386 64 741 590 ali fax +386 64 741 588

Informacije in prijave: *Asist. mag. Irena Hočvar-Boltežar, dr. med.*
 Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
 1525 Ljubljana, Zaloška 7
 Tel. +386 61 312 285 – vsak delavnik med 12.30 in 14.00 uro
 Fax +386 61 13 22 350

Generalna sponzorja kongresa bosta KRKA tovarna zdravil p. o. in WIDEX TRADING d. o. o.

2. kongres otorinolaringologov bodo finančno podprli:

Autocommerce d.d., Avdiovox d.o.o., Ministrstvo za zdravstvo RS, Ministrstvo za znanost in tehnologijo RS,
 Vektor d.d., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zveza gluhih in naglušnih Slovenije.

GORENJSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

Vas vabi na

DRUŽABNI MEDICINSKI PLES

v »Casino« na Bledu

v soboto, 26. oktobra 1996 ob 19. uri

Cena vstopnic je 3.000,00 SIT in vključuje večerjo in...

Pripravljamo tudi žrebanje daril ali srečolov.

Prost bo vstop v igralnico Casino s cocktail party.

Prenočišče lahko rezervirate v hotelu »Park« Bled.

Prijave in denar (lahko tudi čeke) pošljite na naslov:
 Branko Lubej, Črtomirova 14, 4260 Bled
 tel./fax: (064) 77 249

Program bo vodila igralka Vesna Lubej.

V okviru programa bosta nastopila plesna para
 in
 Blejski plesni studio.

Za ples bo poskrbel plesni ansambel Music Box.

Vljudno vabljeni!

ZDRAVSTVENI DOM CELJE
in
SLOVENSKO ZDRUŽENJE ZA URGENTNO MEDICINO

organizirata
za zdravnike v osnovni zdravstveni službi in medicinske tehnike v NMP

SEMINAR IZ URGENTNE MEDICINE
ob 10-letnici urgentne službe v Celju

8. in 9. november 1996, Celjski sejem »Celjanka«, Dečkova 1, 3000 Celje

PROGRAM

Petek, 8. november 1996

10.00	Brane Mežnar	Pozdrav v imenu ZD Celje
	Marko Gričar	Pozdrav v imenu SZUM
10.15	Andrej Žmavc	Deset let sodobno organizirane službe NMP v Celju
10.35	Andrej Bručan	Urgentna medicina v Sloveniji – stanje in perspektive
10.55		Odmor

ŽIVLJENJSKO OGROŽEN POŠKODOVANEC

11.10	Andrej Baraga	Prepoznavna travmatskega šoka
11.30	Božidar Buhanec, Drago Brilej	Začetna oskrba hudega poškodovanca v bolnišnici
11.50	Milena Kotnik, Tadeja Malenšek	Analgezija in sedacija
12.05	Andrej Baraga	Prehospitalna problematika odprtih zlomov
12.20	Radko Komadina	Kaj se lahko naučimo iz ameriških izkušenj? (video s komentarjem)
12.35–13.15		Razprava
		Odmor / kosilo

ŽIVLJENJSKO OGROŽEN BOLNIK

15.00	Matija Horvat	Nezavest
15.20	Ivan Žuran	Šok
15.40	Gorazd Voga	Bolečina v prsnem košu
16.00	Brane Mežnar	Dispneja
16.20		Odmor
16.45	Bogdan Fludernik	Bolečina v trebuhu
17.00	Bojan Krivec	Zastrupitve
17.20–18.00		Razprava

Sobota, 9. november 1996

NENADEN ZASTOJ ŽIVLJENJSKIH FUNKCIJ – OŽIVLJANJE

9.00	Miša Habinc	Uvod
9.10	Andrej Žmavc	Triaža pri oživljanju na terenu
9.20	Marija Pečan	Algoritem proste dihalne poti
9.30	Helena Burja	Dihalna pot in poškodovanec
9.40	Nina Kosmač	Ukrepi pri odpovedi cirkulacije
9.55	Primož Hribar	Reanimacijska zdravila in defibrilacija
10.10	Dušan Vlahovič	Posebnosti pri oživljanju otrok
10.25		Odmor
10.40		Vaje na lutkah: osnovna lutka in pripomočki BLS, intubacija, motnje ritma in defibrilacija, oskrba vrätne hrbtenice, intraosalne injekcije
Do 12.30	Zaključek in potrdila	

Pri sestavi programa smo namenili več časa razpravi, v kateri bomo skušali razrešiti marsikatero dilemo, ki jo imamo ob življenjsko ogroženem bolniku na terenu.

V času seminarja bo omogočeno delo na računalniku s simulatorjem kardiopulmonalne reanimacije!

Prijave in informacije: *Tjaša Kužnik*

Zdravstveni dom Celje
Gregorčičeva 5
3000 Celje
Tel./fax: (063) 481 227

Informacije:

Andrej Žmavc

Zdravstveni dom Celje
Tel.: (063) 434 525, 434 000

Kotizacija: 12.000,00 SIT (za člane SZUM 10.000,00 SIT, za stažiste 6.000,00 SIT)
Vaje iz oživljanja: 3.000,00 SIT
Skupna večerja: 3.000,00 SIT

Žiro račun 50700-603-31824, Zdravstveni dom Celje, »Za seminar iz urgentne medicine«.

Prijave pošljite skupaj s potrdilom o plačani kotizaciji na zgornji naslov. Kotizacijo lahko poravnate tudi ob pričetku seminarja, vendar upoštevajte, da je število udeležencev za vaje iz oživljanja omejeno.

Zdravniška zbornica Slovenije priznava zdravnikom udeležbo na seminarju kot strokovno izobraževanje za podaljšanje licence.

Bivanje: Hotel Evropa, Krekov trg 4, 3000 Celje, tel. (063) 443 400, soba 1/1 6.300,00 SIT, soba 1/2 4.500,00 SIT
Hotel Merx, Celje, tel. (063) 452 018, soba 1/1 6.000,00 SIT, soba 1/2 9.000,00 SIT
Hotel Hum, Laško, tel. (063) 731 321, soba 1/1 5.100,00 SIT, soba 1/2 7.700,00 SIT
Hotel Žalec, Žalec, tel. (063) 715 386, soba 1/1 55–70 DEM, soba 1/2 85–100 DEM

PRIJAVNICA

Seminar iz urgentne medicine, Celje, 8. in 9. november 1996

Ime in priimek _____

☐ zdravnik ☐ medicinski tehnik ☐ medicinska sestra
(ustrezno prečrtaj)

Naslov doma _____

v službi _____

Kotizacijo ☐ sem nakazal na ŽR 50700-603-31824, ZD Celje, »za seminar iz urgentne medicine«
☐ bom poravnal ob registraciji

☐ – želim se udeležiti praktičnih vaj iz oživljanja (število udeležencev bo omejeno)

☐ – udeležil se bom skupne večerje v petek

Datum _____ Podpis _____

5. KARDIOLOŠKI DNEVI

Šmarješke Toplice, 22. in 23. november 1996

AKUTNI MIOKARDNI INFARKT

(epidemiologija, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in preventiva)

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 22. november 1996

9.00	Otvoritveni pozdrav <i>M. F. Kenda</i> , predsednik Združenja kardiologov Slovenije <i>M. Kovačič</i> , generalni direktor Krke		
9.30–13.00	Predsedstvo: M. F. Kenda, M. Horvat <i>J. Turk</i> <i>A. Bručan</i> <i>G. Voga</i> <i>B. Pohar</i>	Epidemiologija AMI Prehospitarna faza AMI Diagnostika AMI Reperfuzijska terapija AMI Odmor za kavo	20 minut 15 minut 15 minut 15 minut
	Predsedstvo: A. Cijan, T. Gabrijelčič <i>M. Horvat</i> <i>A. Cijan</i> <i>T. Gabrijelčič</i>	Zgodnji zapleti pri AMI Diagnostični in intervencijski posegi pri AMI Kirurški posegi pri AMI Diskusija Odmor za kosilo	20 minut 15 minut 15 minut
13.00–15.00			
15.00–16.30	Predsedstvo: P. Rakovec, T. Gabrijelčič <i>P. Rakovec</i> <i>Z. Pehnec</i> <i>M. F. Kenda</i>	Aritmije pri akutnem miokardnem infarktu Elektrostimulacija pri AMI Diagnostična in terapevtska obravnava po AMI Diskusija Odmor za kavo Občni zbor Skupna večerja	20 minut 15 minut 20 minut
16.30–17.00			
17.00–18.00			
20.00			

Sobota, 23. november 1996

9.00–12.30	Rehabilitacija in preventiva akutnega miokardnega infarkta		
9.00–12.30	Predsedstvo: J. Turk, J. Poles, S. Vidovič-Rauter <i>J. Turk</i> <i>J. Poles</i> <i>S. Vidovič-Rauter</i>	Primarna preventiva Bolnišnična rehabilitacija Stacionarna zdraviliška rehabilitacija Diskusija Odmor za kavo	15 minut 15 minut
10.30–11.00			
11.00–12.30	Predsedstvo: J. Tasič, I. Keber, T. Majič <i>I. Keber</i> <i>J. Tasič</i> <i>T. Majič</i>	Ambulantna rehabilitacija Doživljenjska rehabilitacija Ocena sposobnosti in sekundarna preventiva Diskusija	15 minut 15 minut 15 minut

Kotizacija v višini 15.000,00 SIT lahko vplačate na žiro račun Združenja kardiologov ali pred pričetkom srečanja v Šmarjeških Toplicah.

Žiro račun: Združenje kardiologov Slovenije
50101-678-56715 za Kardiološke dneve v Šmarjeških toplicah 1996

Udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi na sestanku, ki ga bo upoštevala Zdravniška zbornica Slovenije pri podaljševanju licenc.

Rezervacija prenočišč: Zdravilišče Šmarješke Toplice
tel.: (068) 73 230

INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO MEDICINSKE FAKULTETE V LJUBLJANI

prireja

simpozij v okviru 2. (6.) MEMORIALA AKAD. JANEZA MILČINSKEGA

z delovnim naslovom

OCENJEVANJE TELESNIH POŠKODB

3. in 4. decembra 1996 ob 8.30 v predavalnici nove Medicinske fakultete v Ljubljani

Pokrovitelj dekan Medicinske fakultete v Ljubljani
prof. dr. Miha Žargi

PRELIMINARNI PROGRAM

I. UVODNI SKLOP

1. **A. Dolenc** Uvodna razglabljanja
2. **A. Dolenc** Deontološka in etična vprašanja v izvedenstvu
3. **J. Lokar** Izvedenska mnenja o morebitnih napakah v zdravnikovem ukrepanju
4. **J. Lokar** Koga imenovati za izvedenca

II. KLASIFIKACIJA TELESNIH POŠKODB

1. **J. Balažic, M. Čolnik, A. Dolenc, B. Ermenc, V. Gornjak, T. Jančigaj, P. Kadiš, G. Koželj, A. Kuštrin-Samba, J. Lovšin, A. Šerko, B. Štefanič, M. Zorec-Karlovšek** Klasifikacija telesnih poškodb – glava, uho in oko, nos in ustna votlina, vrat in hrbtenica, prsni koš, trebuh in medenica, zgornji in spodnji udi, iatrogene poškodbe, opekline, zastrupitve

III. DOKUMENTACIJA IN IZVEDENSTVO

1. **J. Lovšin** Zdravniško spričevalo
2. **A. Dolenc** K vprašanju verodostojnosti (zdravstvene) zdravniške dokumentacije v kazenskih zadevah
3. **A. Dolenc** Dolžina zdravljenja – ena od osnov klasifikacije telesnih poškodb
4. **B. Štefanič** K vprašanju učinkovitosti krajevnega oglada glede na današnjo prakso
5. **A. Šerko** Telesne poškodbe pri krajevnem ogledu, mrliškem pregledu in pregledih alkoholiziranih preiskovancev
6. **B. Štefanič** Merila vrednotenja skaženosti pri ocenjevanju telesnih poškodb
7. **UKS MNZ** Problemi ocenjevanja telesnih poškodb s policijskega vidika
8. **J. Balažic** K teoriji in praksi »Prijav telesnih poškodb« ter zdravstvena dokumentacija in ocenjevanje telesnih poškodb
9. **M. Čolnik** K vprašanju časa nastopa smrti
10. **P. Kadiš** Oblika in vsebina izvedenskega mnenja pri ocenjevanju telesnih poškodb
11. **J. Balažic** Prijava telesnih poškodb – klasifikacija po ZKP in KZ ter prijavi
12. **J. Balažic** Ocena izvedencev s strani sodišča – naše izkušnje
13. **B. Ermenc** Objektivna vrednost »alkoholnih« zapisnikov v sodnih zadevah
14. **G. Kolar** Sodnomedicinsko izvedenstvo v oftamologiji
15. **B. Štampar** O nekaterih pravnih vprašanjih v izvedenstvu

IV. RAZNO

1. **A. Dolenc** Ocenjevanje telesnih poškodb po KZ Nemčije, Avstrije in Slovenije
2. **A. Dolenc** 26. člen (artikel) CC Theresiana
3. **A. Dolenc** Instrukcije (Instructiones) za izvedence iz CC Theresiana

V. RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Kotizacija ni predvidena. Dokončni spored bo objavljen v Zdravniškem vestniku meseca novembra letos.

PRIJAVNICA

Prijavljam se na simpozij »Ocenjevanje telesnih poškodb«

Ime in priimek: _____

Ustanova: _____

Naslov: _____

Datum: _____ Podpis _____

NEVROLOŠKA SEKCIJA
NEVROLOŠKA KLINIKA
KLINIČNI CENTER

vabi na

NEVROLOŠKA STROKOVNA SREČANJA

predavalnica Kliničnega centra v Ljubljani

- | | | | |
|--------------------|-------|--|---|
| 27. september 1996 | 12.00 | U. Rot, A. Mesec | Lumbalna punkcija |
| 4. oktober 1996 | 12.00 | B. Pirc, A. Grad in sod. | Karotis endarterijektomija – za in proti
<i>Skupni sestanek Klinike za kardiovaskularno kirurgijo in Nevrološke sekcije</i> |
| 8. oktober 1996 | 13.00 | Janez Spindler
(San Diego, CA, USA) | Obravnavanje bolnika s pozicijskim vertigom – praktičen prikaz
zdravljenja
<i>Vabljeni tudi otorinolaringologi in splošni zdravniki</i> |
| 8. november 1996 | 11.00 | A. Kriss
(Hospital for sick
children, London, GB) | Visual electrophysiological assessment of children |
| | 12.00 | J. Breclj in sod. | Prikaz kliničnih primerov iz nevro-oftalmologije
<i>Skupni sestanek Sekcije za nevrofiziologijo in Nevrološke sekcije</i> |
| 6. december 1996 | 12.00 | V. Švigelj | Zdravljenje miastenije gravis |
| | 13.00 | F. Kotnik | Spontani obojestranski subduralni hematomi pri dializnem bolniku – prikaz |
| 6. januar 1997 | 12.00 | B. Meglič | Sodobno zdravljenje cerebrovaskularnega infarkta v svetu |
| | 13.00 | A. Grad | Kako pri nas? |

Klub »Bazalni gangliji« bo imel sestanek predvidoma v novembru 1996.

Doc. dr. Anton Grad, dr. med.

vodja strokovne skupine za izobraževanje RSKNS,
podpredsednik Nevrološke sekcije
c/o Nevrološka klinika, Klinični center
1525 Ljubljana, Zaloška c. 7

ONKOLOŠKI IN ŠTITUT V LJUBLJANI

in

MINISTRSTVO ZA ZDRAVSTVO S SLOVENIJE

prirejata

POSVETOVANJE O DRŽAVNEM PROGRAMU
NADZOROVANJA RAKA V SLOVENIJI

7. november 1996

Austrotel Ljubljana, Miklošičeva 9

PROGRAM

9.00		Otvoritev
9.05–9.30		Izhodišča posvetovanja
9.05–9.15	B. Voljč	Nadzorovanje raka kot sestavni del zdravstvene politike
9.15–9.35	R. Sankaranarayanan	Vloga WHO pri oblikovanju državnih programov nadzora raka
9.35–10.00	V. Pompe Kirn	Breme raka v Sloveniji
10.00–12.00	Primarna preventiva raka Moderator: I. Švab	
10.00–10.10	V. Rehar	Kajenje
10.10–10.20	Z. Čebašek-Travnik	Alkohol
10.20–10.30	M. Adamič	Prehrana prebivalstva
10.30–10.50		Odmor
10.50–11.00	M. Macarol-Hiti	Delovno in bivalno okolje
11.00–11.10	Z. Rudolf	Sončenje
11.10–11.20	A. Kocijan	Program Slovenija 2000 in rak
11.20–11.30	N. Mazi	Drugi programi WHO, ki vključujejo preventivo raka
11.30–11.45		Razpravljanje, zaključki in priporočila
11.45–13.00	Sekundarna preventiva Moderator: M. Primic-Žakelj	
11.45–12.00	M. Primic-Žakelj	Rak materničnega vratu in rak dojk
12.00–12.10	M. Koželj	Rak debelega črevesa in danke
12.10–12.20	B. Tršinar	Rak prostate
12.20–12.30	L. Šmid	Rak ust, žrela in grla
12.30–12.40	A. Debeljak	Pljučni rak
12.40–13.00		Razpravljanje, zaključki in priporočila
13.00–14.00		Odmor
14.00–17.20	Diagnostika rakastih bolezni in zdravljenje onkoloških bolnikov v Sloveniji Moderatorja: Z. Rudolf, T. Čufer	
14.00–14.10	Z. Rudolf	Diagnostika in zdravljenje bolnikov z rakom v Sloveniji
14.10–14.20	M. Us-Krašovec	Citologija
14.20–14.30	R. Golouh	Patologija
14.30–14.40	B. Jančar	Slikovna diagnostika
14.40–14.50	H. Lešničar	Radioterapija
14.50–15.00	O. Cerar	Kemoterapija
15.00–15.10	M. Snoj	Kirurgija
15.10–15.20	J. Anžič	Otroška onkologija
15.20–15.40		Razpravljanje, zaključki in priporočila
15.40–16.00		Odmor
16.00–16.10	M. Velepič	Zdravstvena nega v onkologiji

16.10–16.20	T. Čufer	Pomen standardov diagnostike in zdravljenja v onkologiji
16.20–16.30	J. Šorli	Zagotavljanje in nadzor kakovosti dela
16.30–16.40	D. Ažman	Paliativno zdravljenje
16.40–16.50	M. Vegelj-Pirc	Celostna rehabilitacija bolnikov z rakom
16.50–17.00	I. Švab	Družinski zdravnik in nadzorovanje raka
17.00–17.20		Razpravljanje, zaključki in priporočila
17.20–18.00		Povzetek priporočil v osnovne smernice programa in imenovanje delovne skupine, ki bo pripravila program in koordinirala aktivnosti
18.00		Zaključek posvetovanja

Kotizacije ni.

Število udeležencev je omejeno (100).

Prijave in informacije: **g. Mira Klemenčič**

Onkološki inštitut, Zaloška 2, stavba C

1000 Ljubljana

tel.: (061) 13 14 225 ali (061) 13 16 181, faks: (061) 13 14 180

ZA SLOVENSKI ZDRAVSTVENI MUZEJ

Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani že nekaj desetletij z velikimi napori in nesistematično oblikuje zdravstveno zbirko v okviru aktivnosti, povezanih z ustanavljanjem Slovenskega zdravstvenega muzeja, nujno potrebnega za ohranitev nacionalne zdravstvene kulture. Pozivamo vse ustanove s področja zdravstva, vse ostale pravne osebe in zasebnike, da čimprej podarijo bodoči muzejski zbirki najrazličnejše predmete, aparature in drugo, povezano z zgodovino medicine (na naših tleh).

Inštitut za zgodovino medicine

dr. Zvonka Zupanič-Slavec

Zaloška 7a, 1000 Ljubljana

tel./fax 061 / 317-559

E-mail "cirila toplak@uni-mb.si"

Jubileji

PROF. DR. KRISTA KOCIJANČIČ – 80 LET

Marijana Kubar

Prof. dr. Krista Kocijančič, redna profesorica pediatrije, je 3. 7. 1996 praznovala 80. rojstni dan.

Med zdravstvenimi delavci in bolniki je znana predvsem kot strokovnjakinja s področja alergologije in klinične imunologije, kjer je z redkimi posamezniki v Sloveniji in nekdanji Jugoslaviji orala ledino na tem, takrat povsem novem področju medicine.

Rojena je bila v Ljubljani. Medicino je študirala na univerzah v Ljubljani, Münchnu in Zagrebu, kjer je bila leta 1941 promovirana. Na Pediatrični kliniki v Ljubljani je leta 1946 opravila specialistični izpit iz pediatrije. Kasneje je pediatrično znanje izpopolnjevala v Švici, pri svetovno znanih prof. dr. Glanzmanu in prof. dr. Wisslerju.

Leta 1973 je bila promovirana za doktorja znanosti s področja pediatrije. Naslov njene doktorske disertacije je bil Obstruktivni respiratorni sindrom pri otroku (Preprečevanje posledic). Že v tem delu, kot tudi pri vsem nadaljnjem kliničnem in raziskovalnem delu je iskala in potrjevala povezavo med alergijskimi dogajanjem v pljučnih in astmo. S tega področja je napisala največ strokovnih člankov in aktivno sodelovala na številnih strokovnih srečanjih pediatrov in alergologov doma in v svetu. Poleg astme je proučevala tudi vse druge alergijske bolezni, ki se pojavljajo pri otrocih in mladostnikih. Zato ji je leta 1980 Udruženje alergologa i kliničkih imunologa Jugoslavije podelilo kot pionirju na tem področju medicine naziv alergologa in kliničnega imunologa. Leta 1982 jo je Sekcija za alergologijo in klinično imunologijo SZD imenovala za častno članico.



V prvih letih po specialističnem izpitu je pri Zavodu za socialno zavarovanje v Ljubljani vodila pediatrično ambulantno in posvetovalnico ter imela zdravniški nadzor v prvih otroških jasliah na Kersnikovi ulici v Ljubljani. Vodila je tudi Posvetovalnico za matere in otroke v Kranjski Gori. Delo v tej posvetovalnici velja za začetek pediatrične dejavnosti na Gorenjskem. Leta 1950 se je vrnila na Pediatrično kliniko v Ljubljani, kjer je redno delovala vse do svoje upokojitve leta 1977. Najprej se je ukvarjala z boleznimi zgodnjega otroškega obdobja, po letu 1960 pa je začela poglobljeno študirati alergologijo, ki se je začela prav v tem času v svetu nesluteno razvijati. Že leta 1962 je v subspecialistični alergološki ambulanti Pediatrične klinike v Ljubljani uvedla alergološko kožno testiranje, ki velja še danes za osnovno diagnostično metodo v alergologiji. Ob reorganizaciji Pediatrične klinike na subspecialistične enote leta 1963 je postala vodja Oddelka za splošno patologijo dojenčkov in alergologijo, ki se je v naslednjih letih glede na hiter razvoj stroke preimenoval v Oddelek za alergologijo in klinično imunologijo. V sklopu tega oddelka je leta 1969 ustanovila laboratorij za funkcionalno pljučno diagnostiko. Leta 1974 so bile na Pediatrični

kliniki v Ljubljani ustanovljene službe za posamezne subspecialistične dejavnosti s področja pediatrije, katerih naloga je bila priprava in uvajanje sprejetih strokovnih doktrin na celotno področje Slovenije. Takrat je prof. dr. Krista Kocijančič postala vodja Službe za alergologijo in klinično imunologijo. Z izjemno odgovornostjo do bolnikov in znanosti je sledila hitremu razvoju alergologije in imunologije v svetu in uvajala pri nas nove diagnostične in terapevtske metode s tega področja.

Svoje znanje je z velikim veseljem prenašala študentom, specializantom pediatrije, specialistom, ki so se usmerjali v različne subspecialistične dejavnosti in vsem ostalim zdravstvenim delavcem. Leta 1954 je bila na Medicinski fakulteti v Ljubljani imenovana za asistenta, leta 1962 je dobila vnaprejšnjo habilitacijo za docenta za pediatrijo, leta 1974 pa vnaprejšnjo habilitacijo za naziv izrednega profesorja pediatrije.

Ob strokovnem delu je našla vedno čas za aktivno delovanje v družbenopolitičnih organizacijah in strokovnih združenjih. Vse od leta 1941 dalje je bila aktivistka OF. Za svoje delo je prejela številna strokovna in družbenopolitična odlikovanja in priznanja, med katerimi sta tudi red zaslug za narod III. stopnje in red zaslug za narod s srebrnimi žarki.

Njeni sodelavci pa poleg obsežnega strokovnega znanja spoštujejo njene moralne vrednote. Svoje male bolnike je obravnavala z največjo strokovno odgovornostjo, hkrati pa pristopala k njim z materinsko toplino in razumevanjem. Nas mlajše sodelavce je vodila kot dobra kolegica oziroma prijateljica. Spodbujala nas je k izpopolnjevanju znanja in gojila v nas pošten odnos do bolnikov in stroke, za kar smo ji še posebno hvaležni. Skrajno poštena do sebe in drugih je v vsakem človeku iskala samo dobre lastnosti, čeprav ji ni bilo nerodno vsakega posameznika opozoriti tudi na storjene napake. Kljub temu da bo že kmalu 20 let v pokoju, zavzeto spremlja naše delo in se veseli uspehov slovenske pediatrije in še posebno alergologije. Prizadeto reagira na nerazumevanje okolja, na katerega tudi pogosto naletimo.

Prof. dr. Kristi Kocijančič, spoštovani učiteljici in dragi kolegici, ob njenem visokem življenjskem jubileju iskreno čestitamo in ji želimo, da bi se še dolgo vračala med nas in nas bogatila z izjemnimi življenjskimi izkušnjami in modrostjo.

OB 70-LETNICI PROF. DR. ŠTEFANA ADAMIČA

Janez Stare

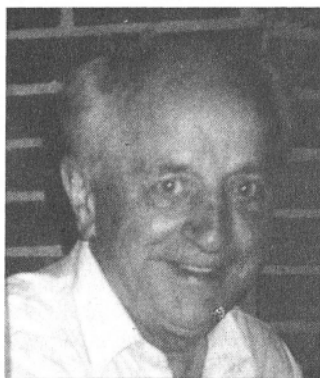
Profesorja Adamiča sem spoznal pred 17 leti. In do lanskega leta se nisem nikoli vprašal, koliko je pravzaprav star. Vedno je bil nekako enak. Vsi okrog njega smo se malo debelili in malo manj hujšali, on pa kot bi ne hotel zamenjati konfekcijske številke. In zdaj naenkrat 70 let. Številka, ki se je človek hočeš nočeš zave. In priložnost, da kaj povemo o človeku, ki je osnoval in razvil Inštitut za biomedicinsko informatiko Medicinske fakultete (IBMI) ter dal do takrat pri nas neobstoječi vedi vsebino in pomen.

Profesor Adamič ni bil le biomedicinski informatik. Preden je leta 1975 sprejel novi izziv, je bil že tri leta izredni profesor patološke fiziologije na Medicinski fakulteti.

Vendar mi bo najbrž odpustil, če se bom v tem zapisu posvetil času, ko sem delal pod njegovim vodstvom. O obdobju pred tem vem le malo, o področju, s katerim se je takrat ukvarjal, še manj. Tudi njegovo znanstveno, pedagoško in strokovno delo bom pustil bolj ob strani. Da je bil v tem pogledu zelo uspešen, dokazujeta naslednja podatka. Prvič, da je senat Medicinske fakultete pred kratkim soglasno potrdil predlog za imenovanje prof. Adamiča za zaslužnega profesorja, in drugič, da je IBMI mnogo bolj znan pod imenom „Adamičev inštitut“.

Nam, ki smo z njim dolga leta delali, se zdijo enako pomembne tudi stvari, ki jih ni v nobenih zbirkah podatkov in v nobenem uradnem sistemu vrednotenja uspešnosti dela univerzitetnih učiteljev.

Za nas je bil prof. Adamič predvsem »šef«. In smo ga dolgo dojemali in ocenjevali skoraj izključno s te strani. Prvi vtis, ki mi ob tem pride na misel, je, da smo se počutili varne. Na inštitutu je namreč zaposlenih precej več ljudi, kot jih financira Ministrstvo za šolstvo, kar pomeni, da je treba zagotoviti dodaten denar. Imel je navado, da je ob koncu leta vedno rekel nekaj v smislu »to leto je bilo kar dobro, v naslednjem bo pa bistveno težje«, pa smo se skrivoma nasmihali, misleč, »bo že uredil«. In tudi je. Takrat si z vprašanjem »kako?« nisem belil glave, danes vem, da je bilo to možno samo zato, ker je imel v glavi in v predalu vedno načrte za naprej, saj, kot rad reče, »če ima človek dober program, se denar že najde«. Formula se zdi enostavna, a tisti »če« pred programom je pogoj, ki ga zlasti v mladih in razvijajočih se strokah ni lahko izpolniti. Da je to uspelo profesorju Adamiču, dokazuje tudi poročilo ekspertne skupine programa PHARE, ki v oceni stanja na področju znanosti



in tehnologije v Sloveniji profesorja Adamiča in IBMI posebej omenja kot primer in zgled za to, kako naj si druge vede uredijo področje informatike. Drugi vtis je način, kako je vodil inštitut oziroma ljudi v njem. Morda ga vsaj približno opiše izraz »trda mehkoba«. Na primer. V 15 letih sem ga mnogokrat prosil za dopust v najbolj nemogočih obdobjih leta. Vedno je dovolil, a vedno me je bilo tudi strah vprašati. Ali, če nam je rekel »dajte, dajte!«, smo govorili, da nas je nadrl. In na vprašanje »Ali bi vi naredili tole?« je vedno vsak pokimal, čeprav je morda na tistem škripal z zobmi. Kadar kaj ni bilo v redu, smo vedeli že po njegovem pogledu, hujše kazni kot to skoraj ne pomnim. Navzven pa je naše napake vedno pokrtil in se ni nikoli skliceval na tega ali onega krivca.

Naslednja značilnost je kompetentnost, s katero je odločal tudi o stvareh, o katerih pravzaprav ni mogel dosti vedeti. Na primer o nabavi računalnikov. Tovrstna opremljenost inštituta je šla skozi nekaj pomembnih faz. Začeli smo s terminalskim priključkom na Republiški računski center, ki je imel še čitalnik kartic in tiskalnik, sledili so zasloni terminali s povezavo na Univerzitetni center, potem on-line povezava z računalnikom v Kölnu, pa centralni fakultetni računalnik in nazadnje komunikacijsko-informacijska mreža fakultete. In prav v vseh fazah smo bili med prvimi. Kdor ve, kako korenite so bile vse te spremembe, vsekakor mora občudovati prof. Adamiča sposobnost, slediti času in predvidevati, kaj bo naslednji dan pomembno.

Če česa ni maral, je to neizpolnjevanje dogovorjenega in površnost. Tako je tiste med nami, ki smo bolj lahkomišeln, počasi odvadil izjav, kot so »bom takoj«, »samo še na tipko pritisnem«, »vse je že pripravljeno« in podobno. Kadar je kdo rekel, da je še precej dokumentov neobdelanih, je sledilo vprašanje »koliko je to precej?«.

Tipično zanj je tudi to, da se je upokojil natančno z dnem, ko je izpolnil pogoje za upokojeitev. Kljub našim prošnjam, naj ostane. In prepričan sem, da je bil edini razlog za to ta, da je mislil, da je tako

prav. Na srečo ga nismo popolnoma izgubili. Potem ko je odložil breme predstojništva, se je lotil projekta citiranosti, ki si ga je zamislil že pred leti in za katerega nikoli ni bilo dovolj časa. A ker upam, da bo še dolgo med nami, o tem kaj več ob njegovi 80-letnici.

Če strnem, profesor Adamič je tako na znanstvenem, strokovnem, pedagoškem kot tudi povsem osebnostnem področju pustil za seboj sled, po kateri bomo še dolgo s spoštovanjem hodili. Zelo verjetno je, da bodo ljudje obdobje inštituta delili v čas pred in po Adamiču. Prepričan sem, da bo najbolj vesel, če bo obdobje po primerljivo s tistim pred.

Profesor Adamič daje vtis, kot da je starost vedno 15 let starejša od njega. Delavci inštituta mu želimo, da bo tako tudi vnaprej.

Nekrologi

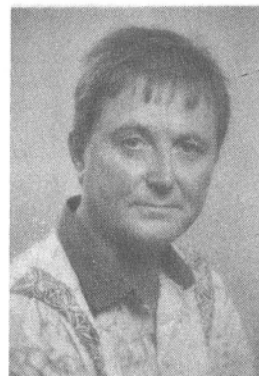
IN MEMORIAM

ZOBOZDRAVNIK DR. STOM. EMIL ČELESNIK

Branko Lubej

Za vedno se je poslovil od svojega plodnega življenja v začetku poletja – 29. 6. 1996.

Rodil se je na Jesenicah marca leta 1938. Zelo zgodaj je izgubil mater in tako njegova življenjska pot ni bila rožnata. Sam se je moral prebiti skozi leta šolanja in kot odličen študent, športnik in



človek dosegel hitro svoj cilj – promoviral je in si ustvaril družino. Imel je čudovito ženo, ki mu je stala ob strani, ker se sicer s svojim iskateljskim duhom, ko je hotel spoznati vse zobnomedicinske in tehnične novosti, ki jih je ponujal razviti Zahod, ne bi mogel nekajkrat letno strokovno izpopolnjevati in novo znanje uvajati v svojo ordinacijo. Marsikaj je tudi sam izboljšal in nadgradil. Lahko bi rekel, da je bil genialen pri svojem delu in tudi na drugih področjih se je izkazal, npr. kot idejni graditelj in arhitekt. Zagotovo pa je bil pri svojem delu velik zanesenjak. Kot briljanten strokovnjak je s svojim izostrenim čutom za lepo uspel izdelati svoja dela, sebi v ponos in pacientom v zadovoljstvo. K pacientu je vedno pristopil individualno. Ni stvari napravil samo funkcionalno dobro, temveč je človeku pustil njegovo osebnost, njegov značaj. Bil je tudi čudovit sogovorec in njegova filozofska razlaga je bila življenjsko zrela.

Uspel je navdušiti svoja otroka, da sta stopila na njegovo pot. Naučil ju je vse, kar je vedel in jima mogel nuditi. Torej – dal jima je eksistenco. Ob enem mojih zadnjih obiskov pri njem je dejal: »Veš, lahko bom umrl, ker sem poskrbel za svoja otroka in svojo ljubljenico ženo.«

Ob tem žalostnem trenutku se mu kolegi in vsi njegovi bolniki za vse, kar je za nas in njih storil, iskreno zahvaljujemo. Domačim izrekamo iskreno sožalje, in naj vedo, da bo v mislih še vedno med nami ter da bo njegovo delo ostalo cenjeno. Slava Mu!

IN MEMORIAM

SLOVO OD DR. STANKA PIRCA, PARTIZANSKEGA ZDRAVNIKA DR. LOJZETA

Niko Sadnikar

V ponedeljek, 10. junija 1996, smo se na ljubljanskih Žalah poslovili od izredno plemenitega človeka, idealista, humanista, zdravnika, borca in ref. san. Tomšičeve brigade, ref. san. slavne XIV. divizije v NOB.

Umrli je v 80. letu starosti. Rodil se je v vasi Žimarice pri Sodražici. Gimnazijo je končal v Novem mestu in se po maturi 1935 vpisal skupaj z sošolcema Morelom in Kopačem na nepopolno medicinsko fakulteto v Ljubljani. Vsi trije so promovirali v Zagrebu leta



1942. Postali so »medicusi« in vsi so bili potem znameniti partizanski zdravniki, dr. Morel je postal profesor epidemiologije, dr. Kopač s partizanskim imenom Pavček je gradil znamenite partizanske bolnišnice na Pohorju in okrog Slovenj Gradca. Dr. Pirc je postal zdravnik Tomšičeve brigade itd. Tik pred koncem študija je leta 1941 bila napadena naša domovina in moral je nekaj časa študij prekiniti. Leta 1942 je v Zagrebu promoviral. Začel je obvezni zdravniški staž v Ljubljani. Dovršil je kirurški staž in še tečaj kirurške prve pomoči v vojnem času. Maja leta 1942 je odšel skupno še s 15 zdravniki k partizanom.

Dr. Pirc je bil takoj postavljen za ref. san. Šeškovega bataljona. Kasneje se je bataljon vključil v Tomšičevo brigado in postal je referent za saniteto te brigade. Bil je zelo priljubljen in borci so imeli veliko zaupanje v njegovo strokovno pomoč. Najtežji del v vojnem času je preživel v XIV. diviziji na Štajerskem. Po odhodu iz XIV. divizije je bil referent za saniteto IV. operativne zone. S pogumom in odločnostjo se je bojeval proti okupatorju in slovenskim belogardistom. Že za časa vojne je dobil red za hrabrost in leta 1944 tudi red partizanske zvezde s srebrnim vencem. Njegov zvesti pomočnik v brigadi je bil Albin Polk-Fajfa. Z njim je preživel vse najtežje trenutke. Fajfa je bil njegov zvesti tovariš tudi v mirnem času vse do smrti.

Svojo mladost je dr. Pirc dal za osvoboditev slovenskega naroda, da se Slovenci rešijo Nemcev, Italijanov in kolaborantov.

Po vojni je želel končati specializacijo iz nevropsihiatrije. Leta 1956 je končal študije v Zagrebu in bil postavljen za načelnika nevropsihiaterskega oddelka vojne bolnišnice v Ljubljani. Tam je bil vse do

upokojitve. Kot specialist se je posvetil študiju mišičnih bolezni in napisal precej referatov. Ljubil je svobodo slovenskega naroda in prav zato se je priključil NOB med prvimi zdravniki. Ljubil je naravo, poštenost in odkritost, po srcu pa je bil vesel človek, poln humorja. Bil je skromen in imel je veliko prijateljev.

V imenu Slovenskega zdravniškega društva, sekcije partizanskih zdravnikov, se je poslovil dr. N. Sadnikar. V imenu borcev Tomšičeve brigade je spregovorila tov. Zofka, njegova bolničarka v brigadi. Ob odprtem grobu je govoril še v imenu sosedov tov. Pavlin.

Številni borci tomšičevci, njegovi pacienti in prijatelji na pogrebu so potrdili njegovo priljubljenost in spoštovanje in s tem potrdili, kako je bil dr. Lojze priljubljen zdravnik, bорец in človek. Tak je bil dr. Lojze in takega bomo ohranili v spominu!

Strokovno izpopolnjevanje

KIRURŠKA ŠOLA KIRURŠKE KLINIKE

3. kirurška delavnica in simpozij KIRURGIJA ŠIROKEGA ČREVEESA IN DANKE

Ljubljana, 21.–23. 3. 1996

Arpad Norčič

Kirurška gastroenterološka klinika v Ljubljani je meseca marca organizirala kirurško delavnico in simpozij o kirurgiji širokega črevesa in danke. Zelo uspešni lanskoletni delavnici o kirurgiji želodca je sledilo letošnje nadaljevanje o kirurgiji širokega črevesa in danke. Organizator je imel težko delo, vendar so izkušnje iz prve in druge delavnice omogočile, da je v operacijskih dvoranah in predavalnici vse potekalo brez kakršnihkoli neprijetnih presenečenj.

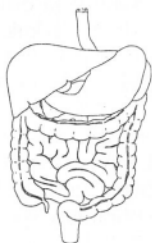
Prof. dr. Stane Repše in prof. dr. Vladislav Pegan sta 21. 3. 1996 ob 8. uri pozdravila zbrane kirurge iz Slovenije in nekaj kirurgov iz Hrvaške. Delavnice se je udeležilo 30 kirurgov, in sicer 22 iz Slovenije ter 8 iz Hrvaške. Udeležba na simpoziju pa je bila večja, saj je vsak dan prisostvovalo 50 do 55 kolegov. Kirurška šola je trajala 3 dni, od 21. do 23. 3. 1996. Bolezni širokega črevesa in danke so bile razdeljene na kronično vnetne in maligne. Prvi dan smo obravnavali vnetne bolezni, drugi dan pa malignom širokega črevesa in danke.

Delo je bilo tudi letos načrtovano enako kot pri prejšnjih delavnicah. Dopoldne smo sodelovali kot asistenti pri operacijah, popoldan pa je bila tema sistematično obdelana od epidemiologije, patohistologije, klinične slike, diagnostike do terapije.

Pri operacijah, ki so jih prenašali tudi na ekranih, je bilo prikazano sodobno operativno zdravljenje s tehničnimi pripomočki, ki so na voljo pri proizvajalcih. Prvi dan je bila namreč pokrovitelj delavnice Comesa Auto-Suture, drugega dne pa Johnson Ethicon endo surgery. Pokrovitelja sta naša dobra znanca, saj poznamo njihove odlične spenjalnike za mehanske šive na vseh kirurških oddelkih Slovenije. Preskrbela sta mehanske spenjalnike za oba operativna dneva ter poskrbela tudi za druga »zadovoljstva«, za kar smo jima udeleženci zelo hvaležni.

Šola kirurgije želodca je lani pokazala, da so v Sloveniji velike razlike glede uspešnosti kirurškega zdravljenja raka na želodcu. Mislim pa, da je šola kirurgije širokega črevesa in danke pokazala, da pri zdravljenju raka na tem delu prebavil ni tako velikih razlik. Protokol in operativni posegi so poenoteni. Kolegi smo ugotovili, da se vsi ubadamo z enakimi problemi. Nedvomno je najpomembnejša zgodnja diagnoza. Kljub temu pa mine veliko časa od prvih znakov bolezni do pričetka zdravljenja. Zgodnjih tumorjev najde-

3. kirurška delavnica in simpozij KIRURGIJA ŠIROKEGA ČREVEESA IN DANKE



Ljubljana, 21. do 23.3.1996



mo na širokem črevesu in danki zelo malo. Zato so uspehi zdravljenja kljub poenoteni kirurški doktrini tako slabi. Pri kroničnih vnetnih boleznih črevesja so bili omenjeni predvsem Chronova bolezen, ulcerozni kolitis in divertikulitis. Pri Chronovi bolezni in ulceroznem kolitisu je terapija medikamentna, do operativnega zdravljenja pride šele tedaj, ko je bilo drugo opravljeno.

Zadnji dan kirurške delavnice je bil namenjen referatom udeležencev iz kirurških oddelkov Slovenije in tujine. Poročali so kolegi iz Slovenije Gradca, Izole, Jesenice, Maribora in Varaždina. Vsi so ugotovili, da incidenca kolorektalnih malignomov narašča. Zanimiva so bila razmerja med številom nizkih resekcij danke in abdominoperinealnih operacij. Lahko smo ugotovili, da je to razmerje ponekod skoraj 50% : 50%.

V drugem delu dopoldanskih predavanj zadnjega dne so nastopili kolegi iz Münchna, St. Veita – Avstrija in Trsta. Pri malignomih kolona in rektuma so vsi poudarjali pomembnost radikalnih resekcij širokega črevesa s čim obsežnejšo limfadenektomijo. Kolegica iz Trsta je primerjala uspešnosti kirurškega zdravljenja kirurških bolezni na širokem črevesu in danki med programiranimi operacijami in urgentnimi operacijami.

Kolega iz Münchna je dvignil temperaturo v avditoriju s predavanjem o novih načinih zdravljenja akutnega divertikulitisa. Nekateri trditve niso bile sprejemljive in večina poslušalcev je o njih podvomila. Kolega je namreč prikazal zelo agresiven pristop z večkratnimi laparotomijami in lavažami trebušne votline.

Kirurško šolo je prof. dr. Repše sklenil s podelitvijo potrdil udeležencem delavnice.

Namen 3. kirurške delavnice in simpozija je bil poenotiti način zdravljenja bolezni širokega črevesa in danke na Slovenskem. Način, kako je potekalo delo v operacijskih dvoranh in simpoziju,

skoraj ne bi mogel biti boljši. Hierarhičnih pregrad med kolegi ni bilo in dobili smo odgovore na vprašanja tudi v najbolj kočljivih trenutkih med operacijo. Tak način izobraževanja si kolegi vedno želimo, kajti tako lahko v kratkem času zelo veliko pridobimo. V imenu sodelujočih se organizatorjem iskreno zahvaljujem in hkrati izražam željo vseh, naj kljub ogromnemu delu, ki je za to potrebno, vztraja in nas prihodnje leto razveseli z naslednjo temo, ki zanima kirurge v Sloveniji.

Strokovna srečanja

ŠTUDIJ MEDICINE: IDEJE, IDEALI, IDEOLOGIJE

Poročilo s 37. kongresa Italijanskega društva za zgodovino medicine, Bari-Monopoli,
5. do 8. oktobra 1995

Mario Kocijančič

Društvo za zgodovino medicine Italije (SISM) je bilo osnovano leta 1907. Kongres je bil že 37. po vrsti. Predsednik kongresa SISM Alfredo Musajo-Somma, profesor zgodovine na Medicinski fakulteti Univerze v Bariju, je povabil tudi predavatelje iz Albanije, Grčije, Hrvaške in Slovenije. Vsi vabljeni so člani Mednarodnega društva za zgodovino medicine (ISHM). Posebni gostje kongresa so bili John Cule (VB), predsednik ISHM, in Spiros Marketos, predsednik International Hippocratic Foundation of Kos (IHFK). Na kongresu so bile obravnavane tri teme: študij medicine v zgodovini, medicina in glasba ter medicina v pokrajini Puglia. Prebranih je bilo 64 referatov, udeležencev 130, od tega dva iz Slovenije (Zvonka Z. Slavec in Mario Kocijančič).

Za bralce ZV poročam le o prvi kongresni temi, kjer je bilo prebranih 10 referatov. Kakovost prispevkov je bila zelo dobra, saj je tema zelo obširna in zanimiva (brez ideje in idealov ni ustvarjalnosti, zakaj ima beseda ideologija v strokovni šoli slabšalni prizvok?).

V veličastni dvorani Ateneo v starem delu Barija je bila otvoritvena slovesnost z nastopnim predavanjem (Cosmacini, Bari) Pouk medicine in kriza v medicini. Pouk medicine se posodablja, kriza v medicini (ne kriza medicine) se pogloblja. Ali je sodoben, občasno celo nekonvencionalen pouk medicine v posredni ali neposredni povezavi s poglobljanjem in širjenjem krize? Zanimivo je, da se študentje še vedno čutijo prikrajšane pri pouku, istočasno se povzročitelji krize smatrajo kot žrtve krize in ne kot iniciatorji in nositelji. Pouk medicine pa mora biti tak, da pripravi bodočega zdravnika za boj proti krizi in prepreči njegovo vključevanje v negativne procese.

Predsednik SISM (E. Cotturi, Firenze) je govoril o poučevanju zgodovine medicine na italijanskih univerzah. V preteklih desetletjih je bil ta pouk zelo raznolik. Samo navidezno ta predmet nima neposredne uporabnosti v poznejši praksi zdravnikov, vpliva pa na oblikovanje osebnosti in stanovske pripadnosti študenta medicine. V referatu o Bedi in plemenitosti pouka zgodovine medicine (F. Aulizio, Modena) je avtor prikazal, kako se pouk tega predmeta na italijanskih medicinskih fakultetah spreminja med glasnimi priznanji ter hladnimi odklanjanji. To je v veliki meri odvisno od predavatelja in vodstva šole.

Bolnišnica postane na svoji razvojni poti tudi kraj prenosa in usvajanja medicinskega znanja in umetnosti ter se kmalu poveže s študijskimi centri in univerzo (Stroppiana, Rim). Idejni in ideološki medsebojni vpliv med bolnišnico kot učno bazo in univerzo kot učnim centrom je trajen.

Univerza daje znanje, bolnišnica pa teren za praktično aplikacijo znanja.

Začetki sodne medicine so vsekakor bolj zgodnji kot pričetek pouka tega predmeta na večini univerz (19. stoletje) in kot čas, v katerem se je sodna medicina uveljavila kot avtonomna medicinska disciplina (Montolivio in sod., Genova). Sodna medicina (skupaj z deontologijo) je od vselej na udaru ideologije časa in okolja.

Nevrokirurgija je novejša medicinska stroka le na univerzi in kliniki, ne pa v zgodovini medicine (Sironi, Milano). Ideološka evolucija pouka nevrokirurgije se spreminja enako kot njeni nazivi skozi zgodovino (kirurgija glave, kirurgija živčnega sistema in nevrokirurgija).

Medicinska fakulteta kot vzorec fašistične univerze je bil naslov referata A. Musajo-Somma iz Barija. 25. februarja leta 1925 prične delovati Univerza v Bariju. Fašisti so hoteli na hitro uresničiti izvirnost kulturne ustanove: Kraljevsko arijsko univerzo z imenom Benita Mussolinija. Ekonomske in kulturne potrebe so prej narekovale ustanovitev trgovinske, pravne in pedagoške fakultete, toda režimsko poročilo, zasnovano na vzorcu iz Rima, je zahtevalo, da bo prva ustanovljena fakulteta za medicino in kirurgijo.

Za študente, profesorje in potek študija je zelo neprijetno in nenaravno, če se medicina poučuje v pogojih fašistične okupacije (Kocijančič, Kranj). Ljubljana, stolno mesto z dvestopetdesetletno tradicijo v pouku medicine, kirurgije in babištva, je težko pričakala leto 1940, ko se je po dvajsetletnem čakanju na medicinski fakulteti začel študij petega in šestega semestra.

Radost je bila kratkotrajna, kajti študijsko leto 1940–1941 je imelo nevsakdanji konec – 6. aprila 1941 napad na Kraljevino Jugoslavijo, 12. aprila Razglas o zasedbi mesta in prevzemu oblasti, 7. maja kraljevi ukaz o ustanovitvi Ljubljanske pokrajine, 30. oktobra Naredba o preureditvi vseučilišnih društev v pokrajini itd. Novo študijsko leto 1941–1942 je dočakala ljubljanska univerza z novim dvojezičnim imenom (italijanskim in nato šele slovenskim). Vpis v sedmi in osmi semester na medicinski fakulteti ni bil mogoč, v seznamu predavanj ni bilo predmetov četrtega letnika. 30. novembra leta 1941 je bila izdana Naredba o odgoditvi popolnitve medicinske fakultete v Ljubljani (30. novembra 1941). Študijsko leto 1942–1943 se je pričelo z umetnim osipom. Vpisanih je bilo 30 odstotkov študentov manj kot leto prej. Zaradi omejitve vpisa in določitve pristojbin, s katerimi je bil vpis omogočen le študentom, ki so bili pristojni v Ljubljanski pokrajini. 9. septembra 1943 je kapitulirala Kraljevina Italija. 10. novembra 1943 je šef Pokrajinske uprave Rupnik objavil Naredbo o otvoritvi sedmega semestra na medicinski fakulteti v Ljubljani, ki pa ni bila realizirana do konca 2. svetovne vojne.

Anna Maria Habermann (Milano) je svoje predavanje Poklicna zdravniška etika in rasistični zakoni v Italiji pričela s predvajanjem posnetka petja dečka v sinagogi. Deček je pel psalm, ki ga je uglasbil Leonid Bernstein. Temu nežno slovesnemu uvodu je sledil kruti realizem: podatki o težki usodi italijanskih judovskih zdravnikov, delili so neusmiljeno usodo svojega ljudstva.

Tudi naslednje predavanje (S. Sammarco, Manduria) je bilo iz istega področja: Nacistični medicinski umori 1938–1945. Poklicna zdravniška etika je padla na izpitu, če so medicinska znanost, usmiljenje in človekoljubje postali del ideološkega servisa, ki je služil nasilju in zaničevanju življenja. Tak primer je aktivna »znanstvena pomoč« nekaterih nemških zdravnikov nacističnemu programu pomora nedolžnih. Opravičevanje nekaterih, da niso vedeli za cilje poskusov in so le »veščno« opravljali svoje delo, se je izkazalo za netočno. Predavanje se je zaključilo z minuto molka za judovske in druge zdravnike, ki so postali žrtev agresivnih ideologij svojega časa in okolja.

Nemogoče je v eni temi in v enem dnevu obdelati izjemno in globoko področje pouka medicine s stališča idej, idealov in ideologij. Toda velja poskusiti. Poskus italijanskih kolegov na 37. nacionalnem kongresu zgodovine medicine ocenjujem kot zelo pogumen in uspešen.

Zahvaljujem se za delno finančno pomoč Ministrstvu za znanost in tehnologijo RS. Za pomoč pri pripravi zahtevnega referata se zahvaljujem gospem Ani Benedetič, Virni Vidic in Magdaleni Rogelj.

IV. KOGOJEVI DNEVI

Boris Kralj

Dermatovenerološka klinika, Katedra za dermatovenerologijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani in Dermatovenerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva so 24. in 25. maja 1996 organizirali že IV. Kogojeve dneve, namenjene zdravnikom splošne medicine. Namen organizatorjev ni bil le izobraževanje, ampak tudi prijateljsko druženje, reševanje skupnih problemov dermatovenerologov in splošnih zdravnikov, predvsem pa seznanjanje kolegov z novostmi v diagnostiki in terapiji.

Strokovni del Kogojevih dnevov je bil razdeljen na tri tematske sklope: 1. Obravnava bolnika s spolno prenosljivo boleznijo – moderator je bil prim. mag. asist. M. Potočnik, 2. Obravnava bolnikov z alergijskimi boleznimi kože – moderator je bil asist. mag. T. Lunder, tretji tematski sklop pa je bil Novosti v zdravljenju kožnih bolezni, kjer je bil moderator asist. B. Kralj.

Tematika tega srečanja je bila izbrana na podlagi pogovorov s splošnimi zdravniki na zadnjih Kogojevih dnevih, ob drugih medsebojnih srečanjih ter na podlagi pogovorov s specializanti splošne medicine v okviru kroženja na Dermatološki kliniki.

V programu prvo popoldne so avtorji predstavili širši problem spolno prenosljivih bolezni tako iz epidemiološkega kot tudi iz popolnoma praktičnega stališča klinične slike in diagnostike spolno prenosljivih bolezni. Obravnavane so bile tako klasične spolno prenosljive bolezni, kjer opazamo znaten porast predvsem sifilisa, prav tako pa tudi genitalne okužbe z virusi herpes simpleksa, s humanimi papiloma virusi, kožne spremembe pri bolnikih, okuženih s HIV, spremembe v ustni votlini pri bolnikih z aidsom, negonokokni uretritis in cervicitis ter laboratorijska diagnostika povzročiteljev negonokoknega uretritisa, sifilisa in okužb s HSV in HPV.

Drugi tematski sklop je obravnaval problematiko alergijskih bolezni kože, kjer se najpogosteje srečujemo s alergijskim kontaktnim dermatitisom na rokah in obrazu, s tem da so potrditveni oziroma diagnostični testi predvsem epikutani testi, o katerih izvajanju in vrednotenju so avtorji nazorno poročali. Zanimiva tema pred bližajočim poletjem je bila tudi fotodermatitis, kjer so bile ob edukativnih diapozitivih predstavljene tudi diagnostične in terapevtske možnosti. Zanimiv prispevek o alergijskih boleznih zaposlenih v zdravstvu nam je prikazal pestrost kožnih alergijskih bolezni zaposlenih v zdravstvu ter tudi problematiko poklicnih bolezni, predvsem pa nas je začudila pogostnost teh bolezni.

Atopijski dermatitis z značilno klinično sliko, skrivnostno etiologijo je bil predstavljen predvsem kot raznolika kožna bolezen pri otrocih. Na številna neresena vprašanja pa nam je odgovorilo predavanje o vbođenem kožnem testiranju.

Tudi id-reakcije so bile kompleksno predstavljene s svojimi številnimi oblikami in vzroki.

V okviru obravnave otrok z atopijskim dermatitisom je bila na Dermatološki kliniki v Ljubljani odprta posebna posvetovalnica, ki je bila prav tako predstavljena v tem tematskem sklopu. Zadnji popoldan pa je bil namenjen novostim v zdravljenju in diagnostiki kožne bolezni. Predstavljena je bila površinska mikroskopija kože, ki omogoča razlikovanje med melanocitnimi in nemelanocitnimi pigmentnimi znamenji, predvsem pa omogoča zgodnje odkrivanje malignega melanoma.

Uporaba ciklosporina je v dermatologiji dobila pomembno mesto, po tem ko so ugotovili njegov ugoden učinek pri atopijskem dermatitisu in psoriji.

Prispevek o glivičnih okužbah nam je sistematično in zelo nazorno prikazal diagnostične in terapevtske možnosti pri zdravljenju dermatomikoz.

V zdravljenju golenje razjede je veliko novosti, predvsem z novimi oblogami in kompresijskimi sredstvi.

Predstavljena je bila tudi kopelna PUVA, ki predstavlja uspešno in ob tem tudi varnejšo terapijo.

Novost v zdravljenju luskavice je tudi kalcipotriol, ki ga v obliki mazila že uporabljamo tudi pri nas. Gre za derivat vitamina D₃. Zadnje predavanje je bilo o problematiki lymške borelioze, predvsem o številnih kožnih manifestacijah in pomenu te bolezni ter kožne simptomatike za hitro postavitev diagnoze, pa tudi postopkih za potrditev diagnoze.

Novost na Kogojevih dnevih je bila praktična predstavitev uporabe površinske mikroskopije ter praktičen prikaz postopkov pri zdravljenju golenje razjede. Udeleženci teh predstavitev so bili nad takim načinom izobraževanja navdušeni.

Ob zaključku lahko rečemo, da so bila predavanja zelo zanimiva, spremljana s kakovostnimi in nazornimi diapozitivi, predvsem pa so bile teme izbrane tako, da so bile kar najbolj zanimive za splošnega zdravnika. Žal pa moram ugotoviti, da je bila udeležba izjemno slaba, kar morda lahko opravičimo s tem, da je istočasno potekalo več zanimivih srečanj in seminarjev. Vsekakor pa je treba poudariti, da je bilo sodelovanje poslušalstva zelo dobro, kar je potrdilo pravilnost izbire obravnavane tematike, ob tem pa smo dobili potrditev, da so podobna srečanja še potrebna v taki ali nekoliko spremenjeni obliki.

Organizacijski odbor je predvidel, da bodo vsi prispevki objavljeni v zborniku predavanj, ki naj bi predvidoma izšel v septembru ali oktobru letos.

IV. Kogojevi dnevi so bili posvečeni prezgodaj umrli dermatologiji doc. Mileni Kocijančič.

Delo SZD

POROČILO O DELU ČASTNEGA RAZSODIŠČA SZD ZA MEDKONGRESNO OBDOBJE OD 1992 DO 1996

Marko Kolenc

Na 8. kongresu SZD so bili izvoljeni v Častno razsodišče SZD naslednji: Za predsednika prof. dr. Marko Kolenc (15), za člane dr. Ivan Zupan (14), prim. dr. Jurij Pesjak (4), prim. dr. Zmago Turk (4) in dr. Andrej Drozg (3). Kot namestniki članov so sodelovali še prim. dr. Oto Herman (8), prim. dr. Janez Vrbošek, prim. dr. Metka Macarol Hiti (10) in za namestnika tožilke dr. Aleš Breclj (6). V oklepajih so številke, ki označujejo pogostnost sodelovanja posameznih članov na razpravah (številke v oklepaju pomenijo prisotnost na seji ČR).

ČR SZD je bilo posredovanih 32 zadev. Vsebinsko le-teh je bila kaj raznolika. Največkrat (21-krat) je šlo za pritožbe bolnikov proti zdravniku ali skupinam zdravnikov. Bolniki ali njihovi svojci so se pritoževali zaradi nepravilnega zdravljenja ali postopkov. Pogosto je šlo za neprimeren ali odklonilen pristop zdravnika, ki bolnike česče prizadene bolj kot pa način zdravljenja.

Pritožbe s strani bolnikov so se z leti zmanjševale, medtem pa spori med zdravniki ne pojenjujejo. V teh štirih letih smo obravnavali 9 takšnih primerov. Nekateri od teh mečejo slabo luč na zdravništvo

zaradi obrekovanja ali blatenja med kolegi, saj so zadeve čisto pridrle v javnost. Le v enem primeru je šlo za intervencijo zdravstvene ustanove zaradi neprimerne obnašanja zdravnika in v nadaljnjem primeru za prošnjo zdravnika za zaščito pred morebitnim napadom javnosti.

ČR SZD se je v enem primeru izreklo za trajno izključitev člana, ker predhodni milejši izreki niso bili uspešni, neprimerno ravnanje obtoženega pa se je nadaljevalo. V enem primeru smo prisodili ukor zaradi javnega medijskega blatenja kolegov in ustanove in v enem primeru opomin zaradi podobnega ravnanja. V treh primerih je ČR SZD zavzelo stališče brez izreka, s katerim je izrazilo nestrinjanje s postopkom kolega in s sugestijo za primernije ravnanje. V vseh ostalih primerih pa je obtožbe zavrnilo ali zaščitilo zdravnike, oziroma postopke ustavilo v primeru, da so ti bili sproženi že pri rednih sodiščih oziroma prepustilo Rzsodišču Zdravniške zbornice Slovenije, kolikor so bili prvotno tja naslovljeni. Težnja ČR SZD ni bila kaznovalna, temveč pretežno pomirjevalna z željo urejanja med zdravniki in odnosov z bolniki.

Dvotimnost orgniziranosti slovenskega zdravništva (SZD in ZZS) povzroča težave tudi pri delovanju rzsodišč, saj kompetence teh niso dorečene. Po ustanovitvi ZZS je ČR SZD obravnavala le primere, v katere so bili vpleteni člani SZD, prej je obravnavala vse primere. Načeloma obravnavamo kršitve Medicinskega deontološkega kodeksa, kršenja Statuta SZD in drugih pravilnikov. Pogosto so zadeve prijavljene na obe organizaciji in prišlo je do primera, ko je bila pri ZZS zadeva zavrnjena, pri nas pa podano negativno stališče do ravnanja zdravnika. Te dileme so rešljive le z združitvijo obeh organizacij.

Veliko zadev se je porajalo v neosnovanem medijskem bombastičnem objavljanju medicinskih stranpotov. Pozvali smo naše vodstvo, da odgovori na tovrstne obtožbe, žal neuspešno.

Delo v ČR SZD je težavno zlasti ker poteka na ljubiteljski osnovi, zbiranje podatkov in dokazilnega materiala je zamudno, vpleteni kolegi ali zdravstvene organizacije pa se slabo odzivajo na prošnje za posredovanje podatkov. Administrativno delo mora biti ažurno, da ne zamudimo rokov, katere nalaga Pravilnik o delu ČR. Personalne spremembe v tajništvu SZD zadnje leto so povzročile nemalo zapletov in zastojev. Požrtvovalnost nekaterih članov ČR SZD, zlasti dr. Ivana Zupanca in prim. dr. Otona Hermana pa obeh tožilcev in drugih sodelujočih je omogočilo, da nobene zadeve ne zapuščamo nedokončane. Omeniti je pa potrebno, da sta dve od petnajstih sej bili kljub temu nesklepčni.

Vendar pa ostajajo nekatera vprašanja močno nedorečena kot npr. stališča do različnih vej alternativne medicine. ČR SZD je v tem mandatnem obdobju v letnem poročilu pozvalo SZD in ZZS, da se spoprime s tem vprašanjem, vendar odziva ni bilo.

Običajno v sporih ena stran z rzsodbo ni zadovoljna, vendar upoštevajmo : AUDIATUR ET ALTERA PARS.

POROČILO STROKOVNE KOMISIJE ZA OBDOBJE 1992–1996

Slavko Rakovec

Strokovna komisija je delovala kot usklajevalec in povezovalac dela strokovnih srečanj in združenj in tudi v povezavi z Upravnim odborom in Sekretariatom SZD. Reševala je sprotno problematiko svojega področja in načrtovala, pripravljala ter izvajala dejavnosti, ki izhajajo iz (v statutu opredeljenih) nalog komisije in nalog, za katere so jo zadolžili organi društva.

Pomembna je bila osrednja vloga, ki jo je imela komisija pri pripravi in končni izvedbi strokovnega programa rednih srečanj in kongresa slovenskih zdravnikov in sicer:

– leta 1993 z naslovom »Alergologija danes«,
 – leta 1994 z naslovom »Zdravstvena vzgoja otrok in družine«,
 – leta 1995 z naslovom »Spolno prenosljive bolezni«,
 – leta 1996 z naslovom »Transplantacija organov«.

Strokovna komisija je obravnavala tudi dogajanje v trenutni zdravstveni politiki in oblikovala svoje predloge. O konkretnih vprašanjih, ki so ji bila posredovana, med njimi tudi z republiške skupščine, iz Ministrstva za zdravstvo in Ministrstva za obrambo, je razpravljala in zavzela stališča, jih posredovala Sekretariatu in Upravnemu odboru SZD in oblikovala odgovore.

Predsednik Strokovne komisije je poleg občasnih zadolžitev redno sodeloval pri delu Sekretariata in Upravnega Odbora SZD, v komisiji Ministrstva za zdravstvo pri oblikovanju Zakona o zdravilih, pri delu Odbora Ministrstva za zdravstvo za primariate in pri delu komisije za pripravo novega Temeljnega akta SZD.

Pri spremljanju dela strokovnih sekcij in združenj se je pokazalo, da je večina zelo aktivna pri obravnavanju svojih strokovnih vprašanj, v zadnjem obdobju pa se je še posebej razmahnila dejavnost na področju podiplomskega izpopolnjevanja. Zaradi usklajevanja in pospeševanja te živahne dejavnosti je Strokovna komisija nekoliko spremenila svoje delo: seje so iz sestankov funkcionarjev prerasle v nekakšen parlament predstavnikov strokovnih sekcij in združenj, kar se je izkazalo kot primerno in uspešno in je doživelo svoje priznanje in potrditev v osnutku novega Temeljnega akta SZD, v katerem sta namesto Strokovne komisije predvideni novi telesi: Glavni strokovni svet in Strokovni parlament, z večjim področjem delovanja in z večjimi pooblastili.

POROČILO O DELU KOMISIJE ZA INFORMACIJE

Danica Rotar-Pavlič

Zgodovina Slovenskega zdravniškega društva kaže, da si je to že od same ustanovitve leta 1861 prizadevalo za medicinsko strokovno in leposlovno besedo, na začetku kot Zdravniško bralno društvo v Ljubljani. V prvih desetletjih so člani društva objavljali svoje strokovne spise v avstrijskih in drugih strokovnih listih, v dnevnikih, pri Slovenski matici in drugod. Od leta 1893 naprej so se slovenski zdravniki oglašali tudi v Lječniškem vijesniku, glasilu Zbora liječnika Hrvatske i Slavonije, ob 50. obletnici društva pa je izšla slavnostna številka Liječniškega vijesnika, ki so jo v celoti napolnili prispevki slovenskih zdravnikov – in to v slovenskem jeziku.

Iz tega lahko sklepamo, da je v zdravniškem poklicu že kar nekakšna tradicija, da zdravniki v svojem sicer pičlem prostem času pišejo knjige, ki nimajo samo strokovno medicinske vsebine, temveč tudi literarno, socialno, naravoslovno in zgodovinsko. Da bi se ob strokovni tudi laična javnost seznanila s pomembnimi avtorskimi deli slovenskih zdravnikov, si je Komisija za informacije pri Slovenskem zdravniškem društvu že na začetku svojega mandata leta 1993 postavila nalogo sproti predstavljati tisti segment zdravniškega dela, ki je ožji javnosti manj znan. Tako smo do sedaj predstavili kar 37 strokovnih, poljudnih in leposlovnih del.

Najbolj plodno je bilo brez dvoma leto 1995, ko smo na osmih konferencah za novinarje predstavili naslednje knjige: Veliki družinski vodnik za zdravo življenje, knjigo tržaškega zdravnika dr. Rafka Dolharja z zgovornim naslovom Od Trente do Zajzere, pesniško zbirko Za rojstni dan, ki je prvenec dr. Terezije Potokar, zbirko Ptica in neon dr. Primoža Jovana, priročnika Nujna stanja in Barvni atlas anatomije človeka ter knjigo Nosečnost in vodenje poroda, ki sta jo napisala prof. dr. Marjan Pajntar in doc dr. Živa Novak-Antolič.

Po 132. rednem letnem srečanju Slovenskega zdravniškega društva smo novembra 1995 predstavili založniško dejavnost Inštituta za varovanje zdravja, o kateri je podrobneje spregovorila njegova direktorica prim. dr. Metka Macarol-Hiti. Pomembna novost v tistem času je bila Mednarodna klasifikacija bolezni, ki ima spoštljivo zgodovino in tradicijo, toda šele njeno deseto revizijo (ICD-10) imamo tudi v slovenskem jeziku (MKB-10, IVZ 1995). Pri prevodu, ki ga je uredila Daša Moravec-Berger, dr. med., so se sodelujoči zdravniki in jezikoslovci izognili takšnim izrazom in oblikam, ki se doslej v slovenski medicini niso uveljavili in bi zato ne bili tako razumljivi, kot je strokovni latinski izraz. V bogati inštitutski beri je izšel tudi priročnik z naslovom Odziv družbe na probleme alkohola in drugih drog, ki ga je prevedla Jasna Čuk-Rupnik, dr. med., dodani pa sta še slovenski prilogi o alkoholu, tobaku in drogah v Sloveniji (mag. Dušan Nolimal, dr. med.) ter izkušnjah z lokalnimi akcijskimi skupinami pri nas (Milan Krek, dr. med., Jelka Mišigoj-Krek, dr. med., mag. Dušan Nolimal, dr. med.). Kot suplement Zdravstvenega varstva je leta 1995 izšla tudi publikacija Pričakovanja in možnosti preobrazbe zdravstva v Sloveniji, v kateri poskuša avtor dr. Marjan Česen, dr. stom., najprej oblikovati vizijo zdravstva v Sloveniji, potem pa se osredotoči na prvine načrtovanja in odločanja. Zadnja knjiga, ki smo jo predstavili tik pred koncem leta 1995, je bila Kirurgija, ki jo je izdalo Medicinsko založništvo Sledi in je avtorsko delo 73 zdravnikov. Za slogovno enotnost besedila ter preglednost posameznih poglavij so poskrbeli glavni urednik in predstojnik Katedre za kirurgijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani prof. dr. Vladimir Smrkolj ter številni področni uredniki. Letošnje leto smo začeli s predstavitvijo knjige z naslovom Psihiater Mihael Kamin, v kateri je dr. Velimir Vulikič na zanimiv način opisal življenjsko pot dr. Jožeta Ranta. V knjižici Multipla skleroza, ki jo je založilo Društvo multiple skleroze, je prof. dr. Miro Denišlič zbral izčrpne informacije o razširjenosti, simptomih in znakih, poteku ter zdravljenju tega pogostega nevrološkega obolenja, v knjigi Temelji eksperimentalne kirurgije in poskusov na živali, ki jo je naša komisija predstavila maja 1996, pa asist. dr. Miha Sok – kot pove že sam naslov – obravnava razmeroma ozko strokovno področje, zaradi česar ima to njegovo delo še toliko večji pomen. Posebno slovesna pa je bila junijska predstavitev Pravopisa medicinskih izrazov, ki ga je izdala Medicinska fakulteta. Namen te obsežne publikacije je, kot je v uvodu zapisal glavni urednik prof. dr. Miroslav Kališnik, dati uporabnikom navodila za pravilno pisavo, izgovorjavo in prebivanje najpogostejših medicinskih izrazov.

Pomembna novost, ki jo je Komisija za informacije vključila v svoje delo, posega na področje videa in televizijskega predvajanja. Tako smo leta 1994 v sodelovanju s Televizijo Slovenija posneli čez 60 oddaj s skupnim naslovom Zdravje – naše največje bogastvo, zasnovanih v obliki informacije o posameznih obolenjih in priporočilih za njihovo preprečevanje. Pobudo, da bi nekatere oddaje prenesli na videokasete, je društvu posredoval urednik TVS, g. Andrej Šmuc, temeljila pa je na poprejšnji analizi gledanosti oddaj. Gradivo vseh prispevkov je strokovno pregledal predsednik strokovne komisije pri SZD, prof. dr. Slavko Rakovec, k sodelovanju pa smo pritegnili tudi prim. dr. Marjana Mramorja, direktorja CINDI Slovenija, in strokovno sodelavko Društva pljučnih bolnikov Slovenije, dr. Jasno Čuk. Projektna skupina je prvotno 60-minutno videokaseto razdelila na tri samostojne, povečala pa se je tudi naklada (s 500 na 1500). Videokasete so zaradi velike preventivne naravnosti namenjene vzgojno-varstvenim organizacijam, zdravstvenim zavodom, šolam in širši javnosti nasploh.

Kljub temu, da priprave na predstavitve novih knjig zahtevajo veliko dela in časa, pa imamo člani Komisije za informacije še nekaj zanimivih načrtov. Med drugim smo skupaj z avtorji doslej predstavljenih knjig prišli na zamisel o ustanovitvi Sklada za medicinsko strokovno in leposlovno besedo, ki bi jo radi čim prej udeležili.

Čeprav je 37 predstavljenih knjig lep dosežek, pa moramo vedeti, da je bilo avtorskih del slovenskih zdravnikov v resnici še več, saj pozornost namenoma posvečamo le prvim izdajam. Poleg tega se večkrat zgodi, da založba zaradi neobveščenosti ali kakega druge-

ga vzroka že prej pripravi samostojno predstavitev. Veseli nas, da je obisk na naših tiskovnih konferencah zelo dober, da se jih novinarji redno udeležujejo in – kar je pravzaprav še najbolj pomembno – da z izidi novih knjig korektno seznanjajo javnost.

POROČILO KOMISIJE ZA ZVEZE Z ZAMEJSTVOM IN INOZEMSTVOM SZD

Majda Toplak-Ostan

Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom SZD v sedanjosti sestavi je bila imenovana 30. 6. 1992 na 2. seji UO SZD v Ljubljani. Po formalnem konstituiranju je bilo potrebno napisati nov Pravilnik o organizaciji in poslovanju komisije, da bi na podlagi le-tega komisija napravila delovni program. Novi pravilnik je bil brez zadržkov sprejet na 4. seji UO SZD v Slovenj Gradcu dne 4. 12. 1992.

Iz novega pravilnika je izhajal mnogo širši obseg dela komisije in predvsem nov pogled na komisijo kot telo SZD, ki se ima pravico in dolžnost predstavljati kot taka doma in v tujini. To je zahtevalo močno komisijo, lastna finančna sredstva in večje kompetence članom komisije.

Vendar so bile na seji UO SZD že v naslednjem letu komisiji zmanjšane pristojnosti, ki so izvirale iz Pravilnika in programa komisije, delo pa je bilo omejeno samo na stike s slovenskimi zdravniki, ki živijo v zamejstvu.

Tako je komisija, ki je imela letno nekaj sej, usmerila svojo dejavnost v organizacijo izletov v zamejstvo in v vzdrževanje stikov z zamejskimi kolegi.

S posameznimi izleti smo obiskali vse dežele, ki mejijo na Slovenijo, od Rezije, Kanalske doline, Koroške, Porabja in do Istre na naši jugozahodni meji. Uspešna sta bila tudi izleta v predele vzhodne Slovenije in v okolico Celja. Povsod smo našli stike s kolegi, bodisi v zdravniških institucijah, ki smo jih obiskali (bolnišnice) ali na družabnih srečanjih (Koroška, Rezija). Bili smo tudi gostje zamejskih kolegov, ki so nas vodili po deželi, kot npr. v Kanalski dolini.

V letu 1993 smo prek Koroške zdravniške zbornice sodelovali z avstrijsko organizacijo »Matere in zdravniki proti atomski energiji«, ki je želela, da bi tudi slovenski zdravniki sodelovali v njihovi akciji proti atomskim centralam v srednji Evropi. UO SZD je akcijo podprl. Imeli smo nekaj skupnih sestankov na naši strani in na Koroškem, kjer smo izdali skupni manifest, ki je izšel tudi v ZV. V želji, da bi oblikovala bazo naslovov kolegov, ki živijo v inozemstvu, je komisija sodelovala s Svetovnim slovenskim kongresom in Slovensko izseljeniško matico.

Komisija kot oblika dela v Slovenskem zdravniškem društvu je preživela. Imela je svojo pomembnost v letih po II. svetovni vojni, ko se je svet delil na Zahod in Vzhod, vmes pa so bile trdno postavljene meje.

Danes, ko velike spremembe povzročajo poenotenje na vseh ravneh, ko so meje skoraj izbrisane, se tudi združujemo in srečujemo na povsem drugih nivojih in v drugačnih združenjih, predvsem strokovnih.

Tako je tudi Komisija za zveze z zamejstvom in inozemstvom, ne da bi spremenila svojo dejavnost in jo prilagodila času, postala preteklost.

POROČILO GOSPODARJA SZD ZA OBDOBJE OD 1. 4. 1995 DO AVGUSTA 1996*

Aleksander Doplihar

Delo gospodarja naj bi bilo tudi v tem obdobju, kot tudi že leta prej, usmerjeno predvsem v reševanje problemov denacionalizacije stavb na Komenskega 4 in Dalmatinovi 10.

Ti nalogi sta v minulemu letu prevzela po nalogu Sekretariata SZD generalni tajnik in pravni zastopnik SZD tako, da gospodar v reševanje te problematike ni bil več direktno vključen in je o stanju zadev dobival obvestila le na sestankih sekretariata.

Iz teh poročil lahko povzamem:

Postopek za stavbo na Dalmatinovi 10 je v odločanju pri ustrezni komisiji Občine Ljubljana Center. Reorganizacija občin je celoten postopek zavrla že v letu 1994 in je celotna zadeva tudi še sedaj v fazi reševanja.

Zaradi lažjega reševanja postopka smo ustrezni komisiji in Ministrstvu za kulturo že leta 1993 predlagali, da stavbo na Komenskega 4 razporedi v kategorijo spomenikov. S tako prerazporeditvijo naj bi se v celoti spremenil pristop k postopku denacionalizacije tega objekta. Z novimi predpisi o postopkih pri denacionalizaciji stavb, ki jih je možno razporediti med kulturne in druge spomenike, pa naj bi se tok denacionalizacijskega postopka tudi za stavbo na Komenskega 4 nekoliko spremenil. Zadeva je že v fazi reševanja in čakamo na ustrezno odločbo.

Druge naloge gospodarja je v celoti prevzel generalni sekretar verjetno v smislu bodočega Statuta SZD, po katerem, če bo sprejet, se funkcija gospodarja SZD ukine in njegova dela prenesejo na sekretarja in Sekretariat.

Poročilo o omenjenih nalogah bo verjetno v svojem poročilu zajel generalni sekretar, zato naj jih le omenim:

1. Ureditve rampe na parkirišču (nov način odpiranja).
2. Nove pogodbe za parkirna mesta.
3. Nove pogodbe za najemniki prostorov na Komenskega 4 in Dalmatinovi 10.

Urediti je potrebno še poliranje ograje stopnišča na Komenskega 4, ki ga je izvajalec del ob obnovi še dolžan opraviti, ker ga takrat ni opravil. Pozneje smo ga na to pomanjkljivost še večkrat opozorili.

POROČILO UREDNIŠTVA ZDRAVNIŠKEGA VESTNIKA ZA OBDOBJE 1992–1996

Jože Drinovec, Martin Janko

V skoraj petletnem obdobju je po eni strani Zdravniški vestnik nadaljeval tradicijo prejšnjih uredništev, zadržal zunanjo obliko ter povečeval obseg dela.

V svetu uredništva so bili: Peter Kapš (predsednik), Igor Švab (podpredsednik) ter člani Mitja Bartenjev, Jože Bedernjak, Franek Dolšek, Jože Drinovec, Martin Janko, Irena Kapelj, Dean Klančič, Vanda Kostevc-Zorko, Franc Košir, Milan Kotnik, Sonja Levak-Hozjan, Vladimir Petrič, Aljoša Planinšek, Anton Prijatelj, Slavko Rakovec, Primož Rode, Danica Rotar-Pavlič, Branko Šalamun, Zmago Turk, Tomaž Vahtar, Franc Verovnik, Gorazd Voga in

* Glej tudi poročila gospodarja SZD v Zdrav Vestn 1992; 61: 213, Zdrav Vestn 1993; 62: 404, Zdrav Vestn 1994; 63: 298.

Božidar Voljč; v uredniškem odboru Lidija Andolšek-Jeras, Vinko Dolenc, Dušan Hadži, Srečko Herman, Peter Kapš, Dušan Keber, Mateja Kožuh, Igor Krajnc, Gorazd Lešničar, Miha Likar, Dražigost Pokorn, Stane Primožič, Matjaž Rode, Zvonimir Rudolf, Jože Trontelj in Boštjan Žekš; tajnica uredništva je Katarina Jovanovič. ZV je izhajal redno, izjemoma je zamik izida ene številke znašal en mesec.

V letu 1993 smo opustili tiskanje ZV v tiskarni Delo, od tedaj naprej ga tiskamo v tiskarni Jože Moškrič. Tiskanje se ni pocenilo, znatno pa smo pridobili na kakovosti, tako tiska samega, zanesljivosti, predvsem pa ažurnosti. Pripravo in oblikovanje besednega in slikovnega gradiva smo predali pogodbenemu zunanjemu strokovnjaku in s tem skrajšali to fazo.

Bistveno se je zmanjšal obseg društvenega dela, povečuje se delež preglednih člankov. Posredno in neposredno odraža ZV tudi življenje SZD, najbolj vidno v številkah rednih letnih srečanj, posameznih uvodnikov in poročil. »Zelene strani« niso še niti približno izkoriščene. Obveščenost smo skušali povečevati z novimi rubrikami »vprašanja-dileme-rešitve-predlogi«, »kakovost v zdravstvu«, »odmevi«. V letu 1996 smo skupaj z Ministrstvom za zdravstvo pričeli z akcijo »Zdravstvena ustanova brez kajenja«. Še neuresničene naloge ostajajo povezava z revijo British Medical Journal, za kar imamo načelni dogovor, uvrstitev ZV v Science Citation Index ter postopno prevzemanje izdajateljske dejavnosti za področje medicine. Tudi za izpolnitev teh nalog in če bomo hoteli biti stalno prisotni v slovenski medicini in zdravstvu, bomo prisiljeni v delno profesionalizacijo.

Povprečna čakalna doba za zelo dober prispevek je manj kot 6 mesecev, doba za recenziranje manj kot en mesec.

Številčni prikazi vsebine dela so vidni v tabelah 1 in 2.

Tab. 1. *S številom strani in člankov (v oklepaju) prikazana struktura prispevkov v Zdravniškem vestniku za obdobje 1992 do 1996.*

Leto	1992	1993	1994	1995	1996*
Uvodniki	24 (12)	30 (11)	32 (13)	34 (16)	11 (9)
Raziskovalni pr.	31 (6)	123 (22)	71 (19)	15 (7)	110 (219)
Strokovni pr.	273 (71)	207 (56)	238 (59)	343 (86)	120 (50)
Pregledni pr.	67 (16)	97 (22)	134 (28)	129 (29)	180 (53)
Kakovost	0	0	0	23 (3)	1 (3)
Pisma ur.	44 (18)	25 (12)	15 (9)	38 (14)	45 (12)
Razgledi	208	119	139	216	142

*Predvideni obseg.

Tab. 2. *Prikazana struktura zvezkov Zdravniškega vestnika za obdobje 1992–1996.*

Leto	1992	1993	1994	1995	1996*
Redne	6	7	7	8	8
Tematske	1	0	0	1	2
Institucijske	3	3	4	2	1
Regijske	1	0	0	0	0
Suplementi	1	2	2	4	3

Pomemben delež v kakovostnem razvoju revije so imeli zunanji soredniki pri pripravi tematskih, institucijskih in regijskih števil. Redno izhajanje je omogočilo predvsem prizadevanje uredništva, uredniškega odbora in uredniškega sveta pri zagotavljanju sredstev s strani Ministrstva za znanost in tehnologijo, Ministrstva za zdravstvo, Zavoda za zdravstveno zavarovanje ter domače in tuje farmacevtske industrije. Članarina SZD predstavlja 23% sredstev, potrebnih za življenje ZV.

Odmevi

MEDICINSKA AKADEMIJA

Katja Stražišar

Ob prebiranju zapisa o ustanovitvi Medicinske akademije v Sloveniji sem bila nekoliko zbegana. Vprašanja kakšen je namen, cilj, vsebina Akademije so ostala brez odgovora.

V mnenju, da je ideja še hudo nedomišljena in nedodelana, me je utrdil prispevek, objavljen v BMJ 1. 6. 1996.

Tudi v Združenem Kraljestvu razmišljajo o ustanovitvi medicinske akademije. Predstavljajo si jo kot indisciplinarni forum, ki bi zdravnike in kompetentne predstavnike drugih strok povezoval in obravnaval vse pomembne teme današnjega dne z avtoriteto in na osnovi dobre obveščenosti. Akademija bi predstavljala medicino kot celoto pri komuniciranju z državnimi institucijami ter javnostjo, sodelovala pri načrtovanju kliničnih raziskav in izobraževanja.

Da bi lažje odmerili stopnjo sodelovanja in se odločili o načinu delovanja akademije, je Komisija za usklajevanje medicinskega izobraževanja in raziskovanja (MERCC – Medical Education and Research Coordinating Committee) ustanovilo delovno skupino, ki združuje Konferenco kraljevih medicinskih fakultet, Svet dekanov, Dekanat za podiplomski študij in predstavnike iz Splošnega sveta za medicino, odgovorne osebe iz NHS (National Health Service – Državna zdravstvena služba) za raziskave in razvoj ter iz Kraljevega združenja.

Kljub tako temeljitim pripravam sprašujejo, ali ne bo nova akademija samo še dodaten glas v kakofoniji.

Zanimivo je vedeti

EVROPSKA LISTINA O ALKOHOLU (Slovenski prevod s komentarjem)

Zdenka Čebašek-Travnik

Evropska listina o alkoholu

Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da je v Evropi veliko držav, ki so izjemno tolerantne do široko razširjene rabe alkohola. Zanje lahko uporabimo izraz »wet cultures« (1). Med take države sodi tudi Slovenija, ki ta čas nima nobene alkoholne politike. Da bi pomagali državam in narodom, ki ne najdejo učinkovitih poti za reševanje alkoholne problematike, je Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije ustanovil European Alcohol Action Plan (EAAP), katerega članica je tudi Slovenija. Decembra 1995 je bila v Parizu ministrska konferenca z delovnim naslovom Zdravje, družba in alkohol, na kateri je bila sprejeta Evropska listina o alkoholu (2). Listino je s konsenzom sprejelo 46 evropskih držav, med njimi tudi Slovenija. Sprejem tega dokumenta je eden od uspehov European Alcohol Action Plan (EAAP), ki si prizadeva zmanjšati posledice škodljive rabe alkohola v Evropi.

Listina imenuje pet človekovih pravic v odnosu do rabe (uživanja, pitja) alkohola. V ospredje postavlja škodljive učinke alkohola, zaradi katerih je na tak ali drugačen način prizadetih več kot 850 milijonov prebivalcev Evrope. Predstavljamo slovenski prevod listine, ki je bila že v času pariške konference prevedena v francoščino, nemščino in ruščino, ostali udeleženci pa smo se obvezali, da jo objavimo tudi v jezikih svojih narodov.

Osnutek listine smo v letu 1995 pripravljali strokovnjaki člani EAAP na delovnih srečanjih na Dunaju in v Bernu. V Parizu so jo dokončno oblikovali eksperti WHO, politiki sodelujočih držav in

posebej izbrani udeleženci konference Zdravje, družba in alkohol. Končno besedilo se tako precej razlikuje od začetnih verzij, saj je bilo treba upoštevati raznolikost evropskih držav, njihove zakonodaje, odnos do uživanja alkohola ter možnosti za upoštevanje listine pri sestavljanju in izvajanju alkoholne politike.

Čeprav je listina sama po sebi politični dokument, s pomočjo katerega naj bi v posameznih državah oblikovali nacionalno alkoholno politiko (3), pa se njena vsebina neposredno nanaša tudi na zdravstvo in zdravstvene delavce, še posebno zdravnike. Strokovnjaki EAAP menimo, da bi jo moral poznati vsak zdravnik in upoštevati načela in strategije, ki jih listina deklarira.

Evropska listina o alkoholu

Etična načela in cilji

1. Vsi ljudje imajo pravico, da so v družinskem, družbenem in delovnem okolju zavarovani pred nesrečami, nasiljem in drugimi negativnimi posledicami, ki jih povzroča uživanje alkohola.

2. Vsi ljudje imajo pravico do popolne in resnične informacije o zdravstvenih, družinskih in socialnih posledicah, ki jih povzroča uživanje alkohola. Tovrstno izobraževanje se mora začeti v čimbolj zgodnjem obdobju življenja.

3. Vsi otroci in mladostniki imajo pravico odraščati v okolju, ki je v največji možni meri zavarovano pred negativnimi posledicami uživanja alkohola in tudi pred oglaševanjem alkoholnih pijač.

4. Vsi ljudje, ki uživajo alkohol na način, ki je zanje tvegan ali škodljiv, imajo pravico do zaščite v proces zdravljenja. Enako velja za njihove družinske člane.

5. Vsi ljudje, ki ne želijo uživati alkohola iz zdravstvenih ali drugih razlogov, imajo pravico do zaščite pred pritiski pivskega okolja. Imajo tudi pravico do podpore za svoje nepivsko vedenje.

Deset strategij za uresničevanje sprejetih načel

1. Seznanjati ljudi s posledicami, ki jih povzroča uživanje alkohola na njihovem zdravju, družini in družbi. S pomočjo obsežnih izobraževalnih programov seznanjati ljudi z učinkovitimi ukrepi, ki lahko prispevajo k zmanjšanju gorja. Ti programi naj se začno v čim bolj zgodnjem obdobju življenja.

2. Podpirati takšno javno, privatno in delovno okolje, ki bo zaščiteno pred nesrečami in nasiljem ter drugimi negativnimi posledicami uživanja alkohola.

3. Sprejeti in izvajati zakone, ki bodo učinkovito omejevali vožnjo pod vplivom alkohola.

4. Pospeševati zdravje s pomočjo mehanizmov kontroliranja dostopnosti alkohola (na primer za mlade) ali pa vplivati na cene alkoholnih pijač (na primer z obdavčitvijo).

5. Omejiti oglaševanje alkoholnih pijač tako, da se v državah, kjer že imajo določene prepovedi, zakonodaja strogo in dosledno upošteva. V ostalih državah je treba uvesti strogo kontrolo nad direktnim in posrednim oglaševanjem alkoholnih pijač. Zagotoviti je treba, da ne bo nobena vrsta reklame namenjena mladim ljudem, še posebej ne dovoljevati povezav med alkoholnimi pijačami in športnimi dejavnostmi.

6. Zagotoviti dosegljivost učinkovitih služb za zdravljenje in rehabilitacijo vsem tistim, ki uživajo alkohol na tvegan ali škodljiv način. Enako velja za njihove družinske člane.

7. Poskrbeti, da se bodo tisti, ki izdelujejo in prodajajo alkoholne pijače, zavedali svoje etične in zakonske odgovornosti na tak način, da bodo zagotovili neoporečnost izdelkov in uporabili ustrezne ukrepe proti nezakoniti proizvodnji in prodaji alkoholnih pijač.

8. Povečati sposobnost družbe, da se spoprime z alkoholom. To naj se doseže z izobraževanjem strokovnjakov s področja zdravstva, socialnega skrbstva, izobraževanja in zakonodaje ob sočasnih podpori lokalnim skupnostim.

9. Podpirati tiste nevladne organizacije in gibanja za samopomoč, ki promovirajo zdrav način življenja, še posebej tiste, ki se trudijo zmanjšati z alkoholom povezano zlo.

10. Države članice naj sestavijo programe, ki bodo upoštevali to Evropsko listino o alkoholu. Programi naj imajo jasne cilje, poleg njih pa opisane metode za vrednotenje doseženih sprememb. Te naj omogočajo spremljanje napredka ter zagotavljajo redne dopolnitve programov na podlagi izsledkov evalvacije.

Literatura

1. Edwards G, Anderson P, Babor TF et al. eds. Alcohol policy and the public good. Oxford: Oxford University Press, 1994: 93-4.
2. Anon. European Charter on Alcohol. Adopted at the European Conference on Health, society and Alcohol, Paris, 12-14 December 1995. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; EUR/ICP/ALDT 94 03/CN01.
3. Čebašek-Travnik Z. Alkoholna politika v Sloveniji. In: Perne M. Proceedings of 11th International conference on Global safety. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za varstvo pri delu, 1996: 187-90.

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE DEKLARACIJA O ZDRAVSTVENIH NAČELIH V ŠPORTNI MEDICINI

Sprejeta na 34. skupščini SZZ, Lizbona, Portugalska, september-oktober 1991, in dopolnjena na 39. skupščini SZZ, Madrid, Španija, oktober 1987, in na 45. skupščini SZZ, Budimpešta, Madžarska, oktober 1993

Anton Dolenc

SZZ je izoblikovalo in priporoča naslednje etične smernice za zdravnike, ki naj bi zadovoljile potrebe športnikov ali tekmovalcev ter posebne okoliščine, v katerih dajejo zdravniško pomoč in zdravstvene napotke:

1. Zdravnik, ki skrbi za športnike ali tekmovalce, je etično odgovoren, da upošteva posebne telesne in duševne zahteve, ki jih obremenjujejo v njihovih športnih aktivnostih.

2. Kadar je udeleženec v športu otrok ali mladostnik, mora zdravnik predvsem upoštevati njegovo rast in razvojno stopnjo.

2.1. Zdravnik mora zagotoviti, da otrokova stopnja rasti in razvoja in njegovo splošno zdravstveno stanje prenesejo zahteve treninga in tekmovanja, ne da bi bil ogrožen normalen telesni in duševni razvoj otroka ali mladostnika.

2.2. Zdravnik mora nasprotovati vsakršni športni ali tekmovalni dejavnosti, ki ni primerna za otrokovo stopnjo rasti in razvoja ali njegovo splošno zdravstveno stanje. Zdravnik mora ravnati v interesu zdravja otroka ali mladostnika ne glede na kakršnekoli druge interese ali pritiske iz kakršnihkoli drugih virov.

3. Kadar je udeleženec v športu poklicni športnik ali tekmovalec in se s to dejavnostjo preživlja, mora zdravnik posvetiti primerno pozornost tudi ustreznim vidikom medicine dela.

4. Zdravnik mora nasprotovati uporabi kakršnekoli metode, ki ni v skladu s poklicno etiko ali bi lahko bila škodljiva za športnika ali tekmovalca, še zlasti:

- 4.1. Metodam, ki umetno spreminjajo sestavo ali biokemijo krvi.
- 4.2. Uporabi drog in drugih snovi ne glede na njihovo naravo in način jemanja, vključno s spodbujevalci osrednjega živčevja ali depresanti in postopki, ki umetno spreminjajo reflekse.
- 4.3. Metno izzvanim spremembam volje ali splošnega duševnega stanja.
- 4.4. Postopkom, ki zakrijejo bolečino ali druge obrambne simptome, kadar jih uporabljajo zato, da bi športnik ali tekmovalac lahko sodeloval na prireditvi, čeprav so vidne poškodbe ali znaki, zaradi katerih njegovo sodelovanje ne bi bilo priporočljivo.
- 4.5. Ukrepom, ki umetno spreminjajo lastnosti, primerne starosti in spolu.
- 4.6. Treniranju in sodelovanju na prireditvah, kadar je to v nasprotju z ohranjanjem športnikove pripravljenosti, zdravja ali varnosti.
- 4.7. Ukrepom za nenaravno povečanje in ohranjanje uspešnosti med tekmovalcem. Doping za izboljšanje tekmovalčeve uspešnosti je neetičen.

5. Zdravnik mora športnika ali tekmovalca, tiste, ki so zanj odgovorni, in druge, ki jih to zanima, seznaniti s posledicami postopkov, ki jim nasprotuje, jim odsvetovati njihovo uporabo, poklicati na pomoč druge zdravnike in druge organizacije, ki imajo enak cilj – zaščititi športnika ali tekmovalca pred vsemi pritiski, ki bi ga morda silili, da bi uporabil te metode, in pomagati pri nadzoru, da takih metod ne bi uporabili.

6. Športni zdravnik je dolžan posredovati svoje objektivno mnenje o športnikovi ali tekmovalčevi telesni pripravljenosti ali nepripravljenosti jasno in natančno, tako da ne more biti dvomov glede njegovih sklepov.

7. V tekmovalnem ali poklicnem športu je zdravnikova dolžnost, da ugotovi, ali športnik ali tekmovalac lahko ostane na tekmovalnem prizorišču oziroma da se vrne v igro. Te odločitve ne more prepustiti drugemu strokovnjaku ali drugi osebi. V odsotnosti zdravnika se morajo te osebe strogo držati navodil, ki jim jih je dal, prednost pa imata vedno športnikovo ali tekmovalčevo zdravje, varnost in ne rezultat tekmovalca.

8. Da bi lahko opravljal svoje etične obveznosti, mora imeti športni zdravnik popolno upoštevanje in podporo, zlasti kadar gre za zdravje, varnost in upravičene interese športnika ali tekmovalca, in nobenega od teh elementov ni mogoče zanemariti v korist kogarkoli drugega.

9. Športni zdravnik si mora prizadevati, da bolnikovega osebnega zdravnika temeljito obvešča o dejstvih, pomembnih za zdravljenje. Če je potrebno, mora sodelovati z njim, da športnik ali tekmovalac ne pretrava, tako da bi to škodovalo njegovemu zdravju, in da ne uporablja potencialno nevarnih postopkov za izboljšanje svojih dosežkov.

10. Tudi v športni medicini je – tako kot v vseh drugih vejah medicine – treba upoštevati poklicno molčečnost. Treba je varovati tajnost podatkov o medicinski pomoči, ki jo je deležen športnik ali tekmovalac, še zlasti pri poklicnih športnikih ali tekmovalcih.

11. Športni zdravnik ne sme skleniti nikakršne pogodbe, ki bi ga obvezovala, da določeno obliko zdravljenja nudi samo in izključno določenemu športniku ali tekmovalcu ali skupini športnikov ali tekmovalcev.

12. Zaželeno je, da bi imeli športni zdravniki iz tujih držav, kadar spremljajo športnike v drugo državo, pravico do opravljanja svojih posebnih nalog.

13. Pri oblikovanju športnih pravil je zaželeno sodelovanje športnega zdravnika.

Komentar

Medicina se je v zadnjih desetletjih uveljavila tudi v vseh panogah športa in se potrdila tudi v specializacijah kot posebna panoga – športna medicina.

Športna dejavnost, ki zahteva od tekmovalcev iz dneva v dan večje in boljše rezultate, je že razmeroma zgodaj vključevala zdravnike, ki so opravljali kontrolo nad zdravjem tekmovalcev, jim dajali prvo pomoč pri poškodbah in bdeli nad ustreznostjo njihovega treninga. Posebno vlogo pa so sprejeli športni zdravniki (danes veljajo v velikih državah za njih tudi že posebne specializacije) za uživanje zdravil, ki naj bi športniku pripomogla k dodatni stimulaciji, da bi dosegli boljše rezultate, kot jih zmoro njihovo telo. Zaradi nezgod, celo smrtnih, so se na vseh večjih prireditvah – olimpiadah, mednarodnih tekmovanjih uvedle tudi laboratorijske kontrole krvi in seča na vsebnost posebno stimulirajočih snovi in anabolikov. Ker pa medicina lahko bistveno vpliva na tekmovalno sposobnost športnikov, se je medicina začela uveljavljati tudi na negativni, senčni strani športa, ko je omogočila uporabo in zlorabo stimulatívni sredstev, ki so omogočala športnikom rezultate nad njihovo normalno, fiziološko sposobnostjo – rezultate za vsako ceno, tudi na škodo zdravja tekmovalca. To pa ne bi smelo niti moglo biti cilj sodobnega športa in je v neskladju s plemenitim izročilom nekdanjih ustanoviteljev in ustanovitelja sodobnih olimpijskih iger. Zato je razumljivo, da je SZZ na svoji 34. in 39. skupščini sprejelo dopolnilna merila, ki naj bi etično usmerjalo zdravništvo, predvsem pa zdravnike, ki so neposredno vpeti v športno medicino. Deklaraciji zahtevata od športnih zdravnikov strokovno in etično neoporečno obnašanje.

Posebna pozornost je v deklaraciji namenjena otrokom in mladostnikom, ki jih je zajel tekmovalni duh, ki ga ustvarjajo menedžerji in države. Zato SZZ tudi na tem področju nalaga zdravniku, da se strokovno in etično odloča o vplivih in zdravilih, ki bi lahko delovali na telesno in duševno stanje tekmovalca in zahteva od njega, da se upre kakršnikoli metodi, ki ne bi bila v skladu s poklicno etiko in bi bila lahko športniku škodljiva.

V 13 točkah je SZZ kot pravilnik objavilo smernice, ki bi jih morali upoštevati zdravniki prek nacionalnih zdravniških združenj, ki so vključena v skrb in oskrbo športnikov. Športni zdravnik je edini poklican, da ugotovi, ali športnik lahko ostane na tekmovalnem prizorišču oziroma da se lahko vrne v igro.

Poudarjena je tudi zdravnikova poklicna molčečnost, ki se ne sme izrabiti za javnost mimo dovoljenja športnika ali skupin športnikov. Še posebej pa je treba poudariti sugestijo SZZ, da bi pri oblikovanju športnih pravil morali sodelovati tudi športni zdravniki.

Z občutkom, da je pri nas ta deklaracija praktično neznana, se bomo morali v prihodnje zavzemati, da bi deklaracija tudi v naših razmerah bila sprejeta z dolžno pozornostjo in da bi njene določbe upoštevali v pravilnikih, ki določajo ravnanje in odločanje športnih zdravnikov na vseh ravneh in v vseh športnih panogah, kar bi morala postati vsesplošna obveza.

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE

DEKLARACIJA O ZAVRAČANJU IZNAKAŽENJA ŽENSKIH SPOLOVIL

45. skupščina SZZ, Budimpešta, Madžarska,
oktober 1993

Anton Dolenc

Predgovor

Iznakaženje ženskih spolovil (FGM – femal genital mutilation) prizadene več kot 80 milijonov žensk in deklic širom sveta. Izjava se v številnih etničnih skupinah v več kot 30 državah.

V številnih drugih državah je to vprašanje prisotno že nekaj časa, predvsem zaradi prisotnosti etničnih skupin iz držav, kjer je FGM

pogost običaj; priseljenci, begunci, ljudje, ki so zbežali pred lakoto ali vojno.

Zaradi vpliva na telesno in duševno zdravje žensk in otrok FGM zadeva tudi zdravnike. Zdravniki širom sveta so soočeni s posledicami tega tradicionalnega običaja. Včasih so tudi zaproseni, da bi izvedli ta mutilirajoči postopek.

Obstajajo različne oblike FGM. Lahko je primarna cirkumcizija mladih deklic, navadno starih med 5 in 12 let, ali pa sekundarna cirkumcizija, npr. po rojstvu otroka. Obseg primarne cirkumcizije je lahko različen: od incizije v kožico klitoris do faraonske cirkumcizije ali obsežne odstranitve klitoris in malih sramnih ustnic ter zašitja velikih sramnih ustnic, tako da ostane le minimalna odprtina za odvajanja urina in menstrualne krvi.

Odvisno od obsega cirkumcizije FGM prizadene zdravje žensk in deklic. Rezultati raziskav dokazujejo hudo trajno okvaro zdravja. Akutni zapleti FGM so: krvavitve, infekcije, krvavitve iz okolnih organov, hude bolečine. Kronični zapleti pa so obsežne brazgotine, kronične infekcije, urološki in porodniški zapleti in psihološki ter socialni problemi. FGM ima resne posledice na področju spolnosti žensk in njenem doživljanju. Znani so številni zapleti med porodom (motnje med rojevanjem, nastanek fistul, raztrganine, inkontinenca).

Tudi pri najmanj drastični obliki, inciziji v klitoris, zapletov in funkcionalnih posledic ni mogoče izključiti.

Postavljajo se različni razlogi in razlage za obstoj in nadaljnje izvajanje FGM: običaj in tradicija (zavarovanje nedolžnosti mladih deklet in omejitev spolnosti žensk), socialni razlogi. Vsi ti razlogi pa ne odtehtajo pomembnosti okvare zdravja.

Nobeno od prevladujočih verstev določno ne omenja ženske cirkumcizije in/ali podpira takšen običaj. Današnje medicinsko stališče je, da je FGM škodljiv postopek za telesno in mentalno zdravje deklic in žensk. Številni ocenjujejo, da je FGM oblika zatiranja žensk.

Nasploh je vedno bolj očitna močna težnja k zavračanju FGM:

– Obstajajo aktivne kampanje proti takšni praksi v Afriki. Številne voditeljice žensk v Afriki, kot tudi voditelji afriških držav so se jasno izrekli proti takemu običaju.

– Mednarodne organizacije, kot so Svetovna zdravstvena organizacija, Svet za človekove pravice pri Združenih narodih in Unicef, so priporočale določene ukrepe kot pomoč za odpravo FGM.

– Vlade številnih držav so razvile zakonodajo na tem področju ali pa so FGM vključile v svoje kazenske zakonike.

Zaključek

SZZ odklanja izvajanje iznakaženja spolovil, vključno s cirkumcizijo, žensk in deklic ter zavrača sodelovanje zdravnikov pri izvajanju takšnega početja.

Priporočila

1. Upoštevajoč psihološke pravice in »kulturno identiteto« prizadejati ljudi naj zdravniki informirajo ženske, moške in otroke o FGM in jih zavarujejo pred izvajanjem in promocijo FGM. Zdravniki naj v svoje delo vključijo promocijo zdravja in svetovanja proti FGM.

2. Izhajajoč iz tega naj zdravniki dobe dovolj informacij in podpore za svoje delovanje. Izobraževalni programi, ki zadevajo FGM, naj se razširijo in/ali razvijajo.

3. Zdravniška združenja naj vzpodbujajo javno in poklicno zavest o škodljivih posledicah FGM.

4. Zdravniška združenja naj vzpodbujajo vladne akcije za preprečevanje izvajanja FGM.

5. Zdravniška združenja naj sodelujejo pri organizaciji ustreznih preventivnih in zakonskih strategij za zaščito otroka pred nevarnostjo FGM.

Komentar

Iznakaženje ženskih spolovil je za SZZ resen zdravstveni problem več deset milijonov ženskih oseb. Ker gre za občutno okvaro zdravja, postopke FGM svetovna zdravniška organizacija odločno zavrača, v obsežni deklaraciji pa posledice teh posegov tudi argumentirano obrazloži. Zato se zavzema za svetovanje, s katerim bi zdravniki ustvarili vzdušje proti FGM, tako da bi ta pojav čimbolj omejili, zdravniška združenja pa naj bi vzpodbujala svoje vlade pri aktivnem preprečevanju te »socialne bolezni« in sodeluje v preventivnih in zakonskih aktivnostih, ki naj bi preprečevale to nepotrebno zlo, ki ima za posledico pohabo ženskih oseb vseh starosti.

SVETOVNO ZDRAVNIŠKO ZDRUŽENJE DEKLARACIJA O VARNOSTI NA DELOVNEM MESTU

45. skupščina SZZ, Budimpešta, Madžarska,
oktober 1993

Anton Dolenc

Zdravniki, ki se usmerjeno ukvarjajo s promocijo zdravja, naj podpirajo preprečevanje poškodb, povezanih z delom.

Vsak delavec naj bo zavarovan z najvišjo stopnjo zaščite.

Posvetovanje med vladnimi strokovnjaki, delodajalci, delavci in zdravniki je še posebej pomembno, da bi dosegli sodelovanje glede spoštovanja človeških vrednot, ki so neločljive od produktivnega, zdravega dela.

Zaščita zdravja, ki vpliva na produktivnost, mora spodbujati vsakogar k promociji varnosti.

SZZ meni, da je koristno postaviti naslednje pripombe in priporočila:

Zdravnik kot dejanski zagovornik delavcev naj:

1. Deluje poklicno neodvisno.
2. Svetuje delodajalcem in delavcem ravnanje, skladno s standardi, ki jih predvideva zakonodaja.
3. Daje priporočila ustreznim strokovnjakom za zakonsko ureditev promocije varnosti na delovnem mestu, posebej o potrebi občasnega zdravstvenega nadzora.
4. Opozarja delavce, da je njihova odgovornost biti skrben glede lastne varnosti in varnosti ljudi, s katerimi delajo ter ostalih, ki jih zadevajo njihove poklicne aktivnosti.
5. Ocenjuje zmožnost delavcev za izvrševanje njihovih obveznosti.
6. Zagovarja vključevanje obveznega šolanja o varnosti na delovnem mestu v zdravstveno izobraževanje.

Komentar

Zdravnik kot advokat svojega pacienta je moralno dolžan, da ga spremlja in mu nudi svojo podporo in pomoč tudi takrat, ko ni bolnik. Zdravnikova preventivna naravnost ga vodi tudi, da vzgojno vpliva na delavce, delodajalce in prek njih na državo; da bi se svetovna epidemija poškodb na delovnem mestu zmanjšala na kar najmanjšo mero, saj so nesreče, ki izvirajo iz delovnega procesa, hude poškodbe z invalidnostjo ali celo smrtjo in prizadevajo posameznika, družino in družbo.

Nove knjige

PRIKAZ

Infekcijske bolezni

Jože Bedernjak: *Leptospiroze pri nas in v svetu*. Pomurska založba, Murska Sobota 1993 (Zbirka Panonika).

O leptospirozah, ki sodijo med geografsko najbolj razširjene zoonoze na svetu, lahko izvemmo veliko iz knjige prim. dr. sc. Jožeta Bedernjaka, predstojnika infekcijskega oddelka Splošne bolnišnice Murska Sobota, infektologa, ki že dolgo časa raziskuje leptospiroze na našem ozemlju. Knjiga je opremljena z množico podatkov o leptospirozah pri nas in po svetu. Bogati jo obsežna domača in tuja strokovna literatura s tega področja. Avtor je knjigo zasnoval deloma tudi na lastni raziskavi ob delu s številnimi bolniki, zdravljenimi zaradi leptospiroz. S tem je publikacija postala še bolj dragocena, in sicer zaradi značilnih epidemioloških in kliničnih podatkov, ki se nanašajo na leptospiroze na ozemlju Slovenije.

Potek spoznavanja leptospiroz skozi zgodovino ter razširjenost leptospirov po svetu in doma je v knjigi natančno predstavljena. Leptospire so našli na vseh celinah. Azija je najmanj raziskana, zadnje raziskave pa le kažejo na veliko incidenco leptospirov v Jugovzhodni Aziji. V Evropi zbolevalo za leptospirozo pogostejše moški, največja incidenca je med 20. in 40. letom starosti. Ljudje, ki zbolevalo, imajo pogostejše stik z živalmi. Bolezen spremljajo na Madžarskem, Hrvaškem, v Italiji, Finski, Veliki Britaniji, Ukrajini, Rusiji, na Poljskem, Danskem, v Španiji, Franciji, na Portugalskem, v Švici in drugje. Svetovna zdravstvena organizacija ima po Evropi in tudi po svetu razvejano mrežo referenčnih laboratorijev za leptospire.

Dr. J. Bedernjak v svoji knjigi »Leptospiroze pri nas in v svetu« predstavja predvsem epidemiološke, klinične in laboratorijske značilnosti leptospirov v Pomurju. Od leta 1938, ko je bil prijavljen prvi primer leptospiroze na ozemlju Slovenije, so se vrstile strokovne publikacije s tega področja; M. Gerbec, V. Vlajeva, N. Janič, Rado Žargi, Janko Lešničar in drugi avtorji, predvsem pa je veliko prispeval s strokovno publicistično dejavnostjo na tem področju prav avtor knjige dr. Jože Bedernjak. Publikacija poudarja, da različni serovari leptospirov povzročajo najrazličnejše klinične slike, od najlažjih do letalnih. V Pomurju je bilo dokazanih 10 serovarov iz različnih seroloških skupin, po pogostnosti pa so zastopani: L.grippotyphosa, L.sejroe, L.icterohaemorrhagiae, L.saxoebing, L.australis, L.canicola, L.pomona, L.poi, L.tarassovi in L.autumalis. Na svetu poznamo okrog 180 serovarov, ki so razporejeni v 20 seroloških skupin. O razširjenosti različnih leptospirov po svetu sicer poročajo številni avtorji – nekateri serovari so močno razšir-

jeni, za posamezne serovare pa obstajajo specifična »območja« s specifičnimi gostitelji.

Predstavljena je široka paleta živali, ki so lahko okužene z leptospirami. Domači sesalci so najpogostejši izvor človeških okužb, predvsem pa govedo, ovce, koze, svinje, konji, psi in mačke. Pomembno vlogo pri prenosu leptospirov na človeka imajo domače živali, predvsem psi. Najbolj pogosti posredni izvori okužb ljudi pa so pravzaprav glodalci, kot so podgane, miši in voluharji. Prav tako so klicenosci leptospirov šakali, skunki, ježi, krta, zajci in jeleni. Plazilci in dvoživke so tudi lahko okuženi, vendar niso pomemben izvor človeških leptospirov.

Okužbe se pojavljajo vse leto, večkrat pa so vezane na določene dejavnike, kot so nastop hudega deževja, košnja trave, pobiranje krompirja in kornice in druga kmetijska opravila. Večkrat jih zasledimo v času žetve ali kopanja v kontaminirani vodi. Variiranje števila primerov iz leta v leto povezujejo z različnimi dejavniki, ki pogojujejo nastanek okužbe, predvsem pa s količino padavin in številom glodalcev.

Študija obravnava posamezne klinične pojave v akutni fazi bolezni na našem območju, pozne klinične pojave oziroma zaplete in jih primerja z ugotovitvami drugih avtorjev. Lažji klinični bolezenski znaki potekajo v obliki gripe ali gastroenteritisa, težki pa z ledvično odpovedjo, prizadetostjo jeter, srca in centralnega živčevja. Trditev avtor knjige utemeljuje z analizo in natančno predstavitev kliničnega poteka leptospirov pri bolnikih ob biokemičnih in mikrobioloških laboratorijskih spremembah pri različnih endemskih serovarih leptospirov. Poudarjen je tudi pomen diagnoze in diferencialne diagnoze leptospirov – razlikovanje leptospirov od hemoragičnih mrzlic z renalnim sindromom, klopnege meningoencefalitisa in tuberkuloznega meningitisa. Izpostavljena je možnost dvojne okužbe s hantavirusi in z leptospirami. Predstavljeno je tudi antibiotično zdravljenje leptospirov.

V poglavju o preprečevanju bolezni je podan poudarek na zatiranju glodalcev na domačijah in farmah. Ker glodalci po okužbi lahko izločajo leptospire z urinom eno leto ali več, jim je treba preprečiti, da bi prišli do hrane in jo kontaminirali z okuženim urinom. Navedeni so zaščitni ukrepi, potrebni za onemogočanje dostopa glodalcem do človeške hrane, ukrepi pri delu z domačimi živalmi v kontaminirani okolici ter potreba po izvajanju redne deratizacije.

Knjiga predstavlja prispevek k boljšemu poznavanju leptospirov in je koristna tako specialistom kot zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Dr. Bedernjak, hvala za pričujočo publikacijo! Vaš trud, izkušnje in znanje smo vedno spoštovali! S knjigo, ki ste nam jo podarili, pa bomo imeli osnovo za nadaljnje delo pri preprečevanju, zatiranju ter zdravljenju leptospirov.

Knjigi na pot želimo veliko bralcev!

Mirjana Stantič-Pavlinič

UNICAP T

UNICAP M

UNICAP Jr

UNICAP T

tablete z 9 vitamini in 7 minerali
zelo učinkovito odpravlja pomanjkanje vitaminov in mineralov.

UNICAP M

tablete z 9 vitamini in 7 minerali
preprečuje, da bi do pomanjkanja prišlo.

UNICAP Jr

otroške tablete za žvečenje z 10 vitamini in folno kislino.

Vsaka tableta vsebuje:	UNICAP T	UNICAP M	UNICAP Jr
VITAMIN A (acetat)	1,50 mg	1,50 mg	1,50 mg
VITAMIN B ₁ (mononitrat)	10,00 mg	2,50 mg	1,50 mg
VITAMIN B ₂	10,00 mg	2,50 mg	1,70 mg
VITAMIN B ₆ (hidroklorid)	2,00 mg	0,50 mg	2,00 mg
VITAMIN B ₁₂	4,00 µg	2,00 µg	6,00 µg
VITAMIN C	300,00 mg	50,00 mg	60,00 mg
VITAMIN D ₃ (holekalciferol)	12,50 µg	12,50 µg	400 IE
VITAMIN B ₃ (nikotinamid)	100,00 mg	20,00 mg	20,00 mg
VITAMIN E	-	-	15 IE
Folna kislina	-	-	400,00 µg
Kalcijev-pantotenat	20,00 mg	5,00 mg	-
Kalcij (karbonat)	50,00 mg	35,00 mg	-
Baker (sulfat)	1,00 mg	1,00 mg	-
Jod (kalijev jodid)	0,15 mg	0,15 mg	-
Železo (fumarat)	10,00 mg	10,00 mg	-
Magnezij (oksid)	6,00 mg	6,00 mg	-
Mangan (sulfat)	1,00 mg	1,00 mg	-
Kalij (sulfat in jodid)	5,00 mg	5,00 mg	-

PRIPOROČLJIV ODMEREK:

UNICAP T, UNICAP M

odrasli in otroci nad 12 let: 1 tableta na dan

UNICAP Jr

otroci, starejši od 4 let: 1 tableta na dan

Upjohn

Eno zdravilo
za dve različni indikaciji

Paradoks?

NE, ampak trdni klinični dokazi!

učinkovito zdravilo
za bolnice in
bolnike z

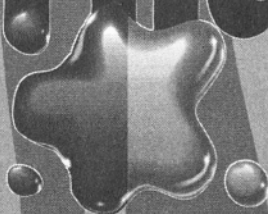
• **arterijsko**
• **hipertenzijo**

samostojno
zdravljenje težav
zaradi

• **BHP**

Izziv?

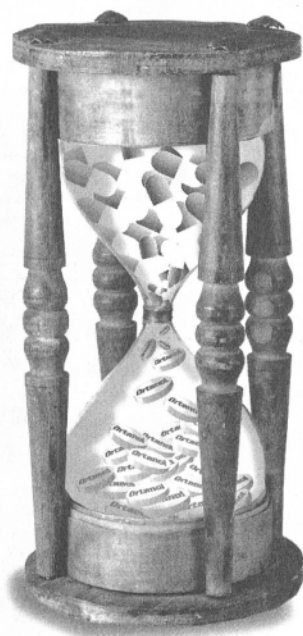
Kornam[®]
terazosin



Prava izbira za vašega bolnika!

Ortanol[®] omeprazol

Najučinkovitejši zaviralec izločanja želodčne kisline



**kapsule
in
sedaj
tudi
tablete**

Izbira je vaša!

Indikacije:

dvanajstnikova razjeda
želodčna razjeda
refluksni ezofagitis
Zollinger-Ellisonov sindrom
eradikacija bakterije *Helicobacter pylori* v kombinaciji z antibiotikom

Hitro olajša bolečino in izboljša kakovost življenja.

Želodec ne pusti, da bi nanj pozabili.



Podrobnejše navodilo dobite pri proizvajalcu.

Utrdimo obale življenja

*najbolj preizkušen med
bisfosfonati*

zavira izgubo kostne mase

zmanjšuje hiperkalcemijo

*lajša bolečino bolnikom
s kostnimi metastazami*

zaviralec resorpcije kosti

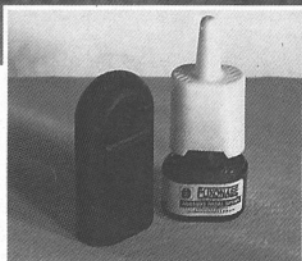
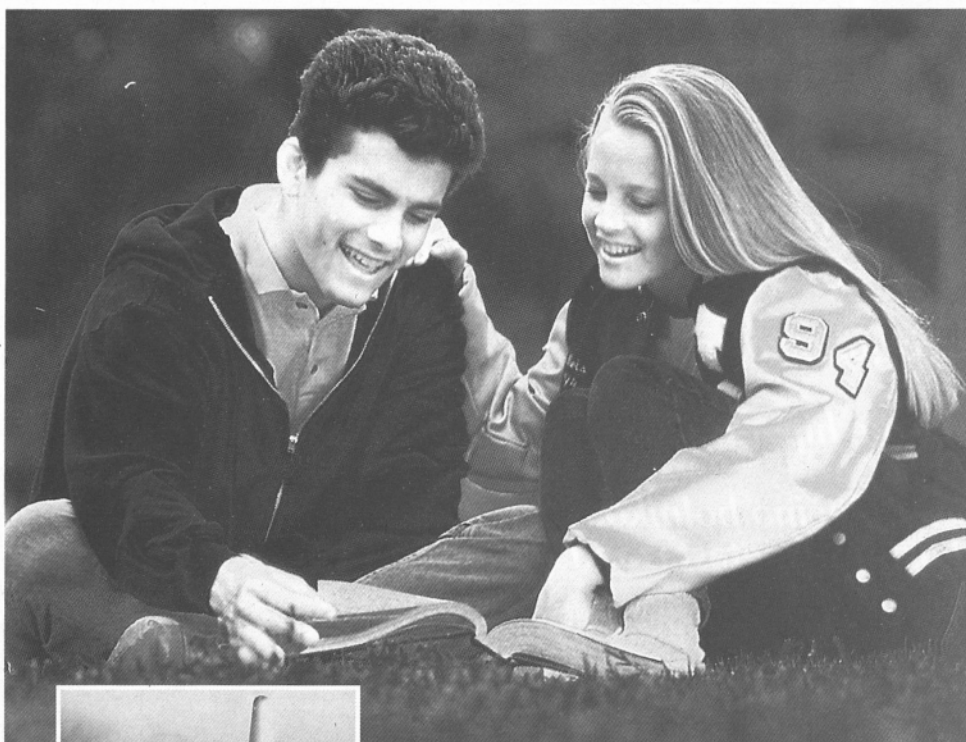
Pleostat®

tablete po 400 mg

e t i d r o n a t

Indikacije in doziranje: *Pomenopavzalna, senilna in s kortikosteroidi povzročena osteoporoza.* Dnevna doza je 400 mg Pleostata. Dajemo ga 14 dni, zdravljenje ponovimo vsake tri mesece. **Pagetova bolezen:** Dnevna doza je 5 do 10 mg/kg telesne mase. Dajemo ga šest mesecev. **Hiperkalcemije pri malignih obolenjih:** Dnevna doza je 20 mg/kg telesne mase. Dajemo ga 30 dni. **Heterotopične osifikacije:** Dnevna doza je 20 mg/kg telesne mase. Dajemo ga nekaj tednov. **Kontraindikacije:** preobčutljivost za bisfosfonate, osteolitične lezije dolgih kosti, huda vnetja v prebavilih, ledvična insuficienca, osteomalacija. **Oprema:** 14 tablet po 400 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



**Olajšanje
za bolnike z
alergičnim rinitisom**

FLIXONASE®

flutikazon propionat

- Ima lokalno protivnetno delovanje na nosno sluznico
- Preprečuje kihanje, srbenje v nosu in curljanje iz nosu ter znatno zmanjša zamašenost nosa
- Običajno se daje samo enkrat, pri hujših simptomih pa dvakrat dnevno
- Primeren za odrasle in otroke, starejše od 4 let

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome Export Ltd., Podružnica Ljubljana
Cesta v Mestni log 55, 1001 Ljubljana, p.p. 4296
Telefon: (061) 123 10 70, 123 20 97
Fax: (061) 123 25 97

kapsule po 20 mg

ULTOP[®]

omeprazol

Za lažje zmage!

- ♠ **hitro pozdravi razjedo**
- ♦ **hitro odpravi simptome ulkusne bolezni**
- ♣ **nepogrešljiv pri odstranitvi H. pylori**
- ♥ **varen**

Ultop je zanesljivo zdravilo za zdravljenje razjed na želodcu in dvanajstniku, odpornih razjed in hujših oblik refluksnega ezofagitisa. Skupaj s Hiconcilom in Efloranom ali Fasigynom je nepogrešljiv sestavni del kombinacije zdravil za odstranitev bakterije *Helicobacter pylori*.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



NOV PRISTOP K ZDRAVLJENJU GLIVIČNIH INFEKCIJ

LAMISIL® - antimikotik za oralno in lokalno uporabo. **Sestava:** Tablete vsebujejo 125 mg in 250 mg terbinafina v obliki hidroklorida. 1 g 1% kreme vsebuje 10 mg terbinafin HCl. **Indikacije:** Tablete: glivične infekcije kože, nohtov in lasišča. Krema: glivične infekcije kože. Glej celotno navodilo. **Doziranje:** Otroci (do 40 kg telesne teže): 62,5 do 125 mg 1-krat dnevno; odrasli: 250 mg 1-krat dnevno. Kremo nanesemo na obolelo mesto in okolico zjutraj ali zvečer. Zdravljenje traja glede na indikacijo in resnost infekcije. Glej celotno navodilo. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za terbinafin ali katerokoli sestavino kreme. **Previdnostni ukrepi:** Tablete: nosečnice in doječe matere, stabilno kronično moteno delovanje jeter, oslabiljeno delovanje ledvic. Glej celotno navodilo. Krema: samo za zunanjo uporabo. Ne sme priti v stik z očmi. **Interakcije:** Tablete: zdravila, ki inducirajo encime (rifampicin), inhibitorji citokroma P450 (cimetidin). **Stranski učinki:** Tablete: prebavne motnje, kožne reakcije, motnje okusa. Glej celotno navodilo. Krema: na namazanem mestu se lahko pojavi rdečica, občutek sklenja ali srbenja. **Oprema:** Tablete 14 tablet po 125 mg ali 250 mg; 28 tablet po 125 mg ali 250 mg. 15 g kreme.

Informacije in literatura so na voljo pri Sandoz Pharma Services Ltd. Basel,
Predstavništvo v Sloveniji, Dunajska 22, 1000 Ljubljana, tel. 061/133 04 04, 131 62 645, faks 061/133 96 55

Lamisil®
terbinafine

 **SANDOZ**

Nova zvezda

Cynt

moksonidin
selektivni agonist
imidazolinških
receptorjev

Novo zdravilo
za zdravljenje
blago in zmerno
zvišanega krvnega pritiska

CYNT® 0,2/0,3/0,4. Učinkovina: moksonidin

Sestava: Filmska tableta vsebuje 0,2, 0,3 ali 0,4 mg moksonidina – aktivne učinkovine. Ostale sestavine: laktoza, polividon, krospovidon, magnezijev stearat, metilhidroksipropilceluloza, etilceluloza, makrogol, talk, rdeči železov oksid, titanov dioksid.

Klinična farmakologija: Vezava moksonidina na 11-imidazolinške receptorje zavre aktivnost simpatičnega živčnega sistema. Zmanjšana simpatična aktivnost ima za posledico zmanjšanje perifernega žilnega upora. Zaradi tega se zniža krvni tlak. Moksonidin se razlikuje od drugih centralno delujočih antihipertenzivnih zdravil po manjši afiniteti do centralnih alfa-2 receptorjev in po visoki selektivnosti za 11-imidazolinške receptorje. Zato so neželeni učinki, kot sta med drugimi tudi utrujenost in suha usta, ki jih pripisujejo interakciji z alfa-2 receptorji, pri moksonidinu manj izraženi.

Indikacije: Esencialna arterijska hipertenzija.

Odmerjanje: Odmerjanje je individualno. Zdravljenje začnemo z 0,2 mg moksonidina dnevno, terapevtski odmerek pa največkrat znaša od 0,2 do 0,4 mg moksonidina dnevno. Cynt 0,2: če ni drugače predpisano, začnemo zdravljenje z najnižjim odmerkom moksonidina, in sicer z 0,2 mg moksonidina dnevno oz. 1 tableto Cynta 0,2 zjutraj. Če učinek ni zadovoljiv, lahko šele po treh tednih zvečamo odmerek na 0,4 mg moksonidina dnevno oz. na 2 tableti Cynta 0,2 zjutraj ali dvakrat po eno tableto dnevno (zjutraj in zvečer po eno tableto). Cynt 0,3: zdravljenje pričnemo z 0,3 mg moksonidina dnevno oz. 1 tableto Cynta 0,3 zjutraj. Če učinek ni zadovoljiv, lahko šele po treh tednih zvečamo odmerek na 0,6 mg moksonidina dnevno oz. na dvakrat po eno tableto dnevno (zjutraj in zvečer po eno tableto). Cynt 0,4: zdravljenje pričnemo z 0,4 mg moksonidina dnevno oz. 1 tableto Cynta 0,4 zjutraj. Ne priporočamo prekoračitev enkratnega odmerka 0,4 mg moksonidina in dnevnega odmerka 0,6 mg moksonidina. Pri bolnikih z zmerno prizadetim ledvičnim delovanjem (GFR nad 30 ml/min in pod 60 ml/min) ne bi smeli prekoračiti enkratnega odmerka 0,2 mg moksonidina in dnevne doze 0,4 mg moksonidina.

Kontraindikacije: bolezen sinusnega vozla; sinoatrialne prevodne motnje in AV-blok II. in III. stopnje; bradikardija v mirovanju s frekvenco pod 50 na minuto; maligne aritmije; hudo srčno popuščanje (NYHA IV); akutni miokardni infarkt in nestabilna angina pectoris; huda jetrna obolenja; zmanjšanje

ledvičnega delovanja v razvitem štadiju (GFR pod 30 ml/min, koncentracija kreatinina v serumu višja od 159,1 µmol/l); angioedem. Cynta zaradi pomanjkljivih terapevtskih izkušenj ne priporočamo pri intermitentni klavdikaciji, Raynaudovi bolezni, Parkinsonovi bolezni, epilepsiji, glavkomu, duševni depresiji, nosečnicam, doječim materam, otrokom, mlajšim od 16 let.

Interakcije z drugimi zdravili: Sočasna uporaba drugih zdravil za zniževanje krvnega tlaka krepi delovanje Cynta. Če pri kombiniranem zdravljenju s Cyntom in blokatorji beta najprej prenehamo dajati Cynt, lahko pride do protiregulacije krvnega tlaka (rebound). Cynt okrepi delovanje alkohola, pomirjeval in uspaval.

Stranski učinki: Na začetku zdravljenja se pogosteje pojavljajo suha usta, utrujenost in glavobol, občasno pa omotice, motnje spanja ter občutek šibkih nog. Največkrat ti pojavi prenehajo že v prvem tednu zdravljenja. Redkokdaj prihaja do želodčnih in črevesnih motenj. Pri posameznikih so se pojavile kožne alergične reakcije. **Opozorilo:** Bolnikom z zmerno zmanjšanim ledvičnim delovanjem (GFR nad 30 ml/min in pod 60 ml/min, koncentracija kreatinina v serumu nad 106,1 µmol/l in pod 159,1 µmol/l) je treba zlasti na začetku zdravljenja pogosto kontrolirati krvni tlak. **Opozorila za udeležence v prometu:** Med zdravljenjem visokega krvnega tlaka z zdravilom Cynt je potrebna redna zdravniška kontrola. Zaradi različnih reakcij pri posameznikih lahko zdravilo vpliva na sposobnost aktivne udeležbe v cestnem prometu ali pri delu na strojih. To zlasti velja za začetek zdravljenja in za prehod na zdravljenje z drugim zdravilom ter v kombinaciji z alkoholom.

Način in trajanje zdravljenja: Priporočamo jemanje zdravila med obrokom ali po jedi z malo tekočine. Če se med kombiniranim zdravljenjem z blokatorjem beta pokaže potreba po prekinitvi jemanja, najprej prenehamo jemati blokator beta in šele nekaj dni kasneje Cynt. Čeprav doslej niso opazili prekomernega zviševanja krvnega tlaka po prekinitvi zdravljenja s Cyntom, ne priporočamo nagle prekinitve zdravljenja. Trajanje zdravljenja določa zdravnik.

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

Način izdajanja: Samo na zdravniški recept.

Izdeluje: Beiersdorf-Lilly GmbH, 20253 Hamburg.



Eli Lilly (Suisse) S.A.
Podružnica v Ljubljani

forte Pentilin®

**SAMO DVAKRAT
NA DAN!**

retardne tablete po 600 mg pentoksifilina

- **hemoreološko in antitrombotično zdravljenje periferne arterijske obliteracijske bolezni**
- **podaljšuje hojo brez bolečin**
- **izboljšuje periferno cirkulacijo na kritičnih mestih**

živahna misel in korak

Skrajšano navodilo

Indikacije: Motnje perifernega arterijskega obtoka in mikrocirkulacije zaradi ateroskleroze, sladkorne bolezni in vnetij (intermitentna klavdikacija, diabetična makro- in mikroangiopatija, endangiitis obliterans); distrofične motnje (potrombotični sindrom, varikozni ulkus na goleni, gangrena, zmrzline); angionevropatije (redkeje); motnje možganske krvnega obtoka (prehodni ishemični napadi, posledice možganske tromboze in krvavitve ter kronična cerebrovaskularna insuficienca) in motnje prekrvljenosti očesa (akutna in kronična stanja zaradi nezadostnega krvnega obtoka v mrežnici).

Doziranje in uporaba

PERORALNO

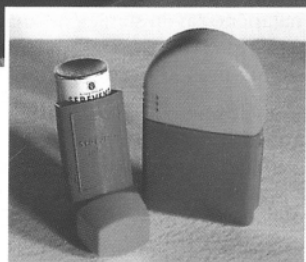
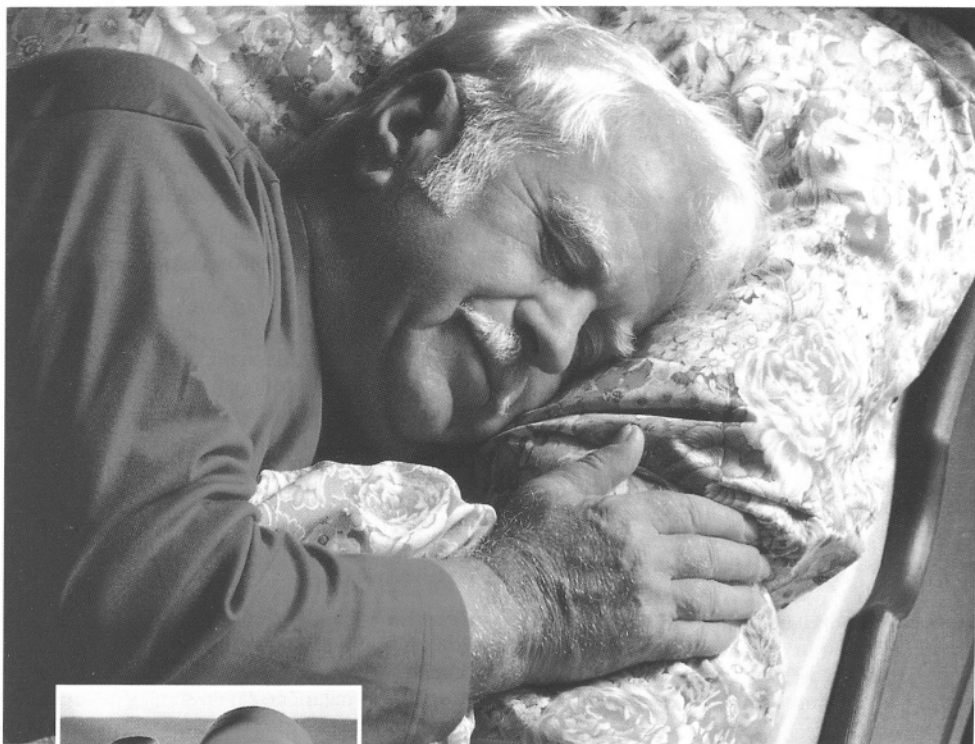
Pentilin, tablete po 400 mg	3-krat 1 tableta na dan
Pentilin forte, tablete po 600 mg	2-krat 1 tableta na dan

PARENTERALNO

i.v. infuzija	100 — 400 mg v 250 — 500 ml infuzijske raztopine	90 — 180 minut
i.v. injekcija	100 mg/dan	5 minut

Bolniki s hudo ledvično okvaro (kreatininski očistek manjši kot 10 ml/min; serumski kreatinin večji kot 9 mg/100 ml ali 800 µmol/l) smejo dobiti le 50 do 70 % običajne doze. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za Pentilin in podobna zdravila oziroma snovi iz skupine ksantinskih derivatov, kot so teofilin, kofein, holin teofilinat, aminofilin ali teobromin. Pentilina ne dajemo ob akutnem srčnem infarktu, pri porfiriji, zelo močnih krvavitvah in bolezenskih stanjih z veliko nevarnostjo krvavitve. Za parenteralno dajanje so relativne kontraindikacije huda koronarna ali možganska ateroskleroza ob povečanem krvnem tlaku in hude motnje srčnega ritma. **Stranski učinki:** Stranski učinki so zelo redki. Najpogostejše se pojavljajo prebavne motnje (tiščanje v žlički, slabost, bruhanje, napenjanje), redkeje pa rdečica obraza, glavobol, omotica, nespečnost, tremor, bolečina v prsih ter neredno ali močno utripanje srca. Pri daljšem zdravljenju priporočamo pogostejše kontrole krvnega sladkorja, protrombinskega časa, levkocitov in trombocitov. **Oprema:** 20 retardnih tablet po 400 mg in 600 mg, 5 ampul po 100 mg/5 ml.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.



**Za kvalitetno
življenje
bolnikov z astmo**

SEREVENT®

salmeterol ksinafoat

- Visokoselektivni agonist adrenergičnih receptorjev β_2 z dolgotrajnim delovanjem
- Ob rednem in dolgotrajnem jemanju zboljša kvaliteto bolnikovega življenja, ker omogoča
 - ponoči miren spanec
 - podnevi pa nemoteno opravljanje vsakodnevnih aktivnosti
- Enostavno in zanesljivo doziranje
- Dobro prenašanje

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome Export Ltd., Podružnica Ljubljana

Cesta v Mestni log 55, 1001 Ljubljana, p.p. 4296

Telefon: (061) 123 10 70, 123 20 97

Fax: (061) 123 25 97

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 izvirna, 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 izveček 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, izveček, 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

akademičnim 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 izveček, 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 izvečka 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 izvečka.

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 morebiti podatki manjkajo.

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

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. Korektore 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 jassen 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 65, SEPTEMBER 1996, Page 493–540, Number 9

IXTH CONGRESS OF SLOVENE MEDICAL ASSOCIATION AND 133TH ANNUAL MEETING OF SLOVENE DOCTORS

Bernardin, October 17th - 19th, 1996

CONTENTS

LEADING ARTICLE

Do we still need Slovene Medical Association? M. Rode

493

ARTICLES

Forms of doctors involvement in Slovene Medical Association,
A. Dolenc, S. Rakovec, V. Flis

495

Doctors and their social environment, A. Dolenc, M. Premik

499

Zdravniški vestnik as the national medical journal, J. Drinovec, M. Janko, M. Cevc

501

Doctors, media, public, J. Gorišek, D. Rotar-Pavlič, M. Sedmak, M. Košir

507

LETTERS TO THE EDITOR

NEWS AND VIEWS