

XII. KONFERENCA

SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV

IZ SVETA IN SLOVENIJE



5. in 6. oktober 2023

Zdravniška zbornica Slovenije

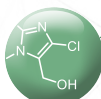
Ljubljana

E-ZBORNİK



NAŠE ZNANJE ZA **VAŠE ZDRAVJE.**

Lasten razvoj, inovativni postopki in sodobni izdelki so naš prispevek k učinkovitemu zdravljenju.



- 10 % prihodkov od prodaje za razvoj in raziskave
- napredne farmacevtske oblike in tehnologije
- patentno zaščitene inovacije

Domus Medica za vas!

Domus Medica je osrednja hiša slovenskega zdravništva. Želimo si, da bi bile dvorane v naši zdravniški hiši še bolj izkoriščene. Vabimo vas, da uporabljate naše dvorane in prostore za izobraževalne namene.

Na voljo imamo

- konferenčno dvorano z 260 sedeži (zasnova amfiteatra)
- štiri manjše dvorane

Vse so visoko tehnološko opremljene z vsemi medijskimi pripomočki.

Vse o strokovnih dogodkih pa si lahko preberete na naši spletni strani www.domusmedica.si.

Želimo, da Domus Medica postane osrednje mesto izobraževalnih dogodkov slovenskih zdravnikov. Vljudno vabljeni!

Kontakt: Medicinsko informacijski center:
mic@zzs-mcs.si





XII. KONFERENCA SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV IZ SVETA IN SLOVENIJE

5. - 6. oktober 2023

Zdravniška zbornica Slovenije,
Dunajska 162, Ljubljana

XII. Konferenca slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije

XII. KONFERENCA SLOVENSkih ZDRAVNIKOV IZ SVETA IN SLOVENIJE

5.-6. oktober 2023

Zdravniška zbornica Slovenije,
Dunajska 162, Ljubljana

Kazalo

3

Uvodna slovesnost, pozdravni nagovori gostiteljev in gostov <i>Opening Ceremony, Welcome Addresses</i>	15
Uvodna predavanja: Poslanstvo slovenskega zdravnika <i>Keynote Lectures: The Mission of the Slovenian Physician</i>	27
Organizacija zdravstvenega sistema <i>The Organization of the Healthcare System</i>	41
Strokovni razvoj medicine kot temelj sistema <i>Professional Development of Medicine as the Foundation of the System</i>	69
Spoprijemanje z izzivi v zdravstvu po pandemiji Covid-19 <i>Dealing with Challenges in Healthcare after the Covid-19 Pandemic</i>	79
Najnovejši dosežki slovenske medicine doma in po svetu <i>The Latest Achievements of Slovenian Medicine at Home and Abroad</i>	101
Izzivi kadrovanja v zdravstvu in vračanje slovenskih zdravnikov iz tujine <i>Challenges of Staffing in Medical Healthcare and Repatriation of Slovenian Doctors</i>	127

Preliminarni program

5

ČETRTEK, 5. OKTOBER 2023

12:30 – 13:00

Prihod in registracija udeležencev

13:00 – 13:45

Uvodna slovesnost, pozdravni nagovori gostiteljev in gostov

- Uvodne besede predsednice Programskega odbora:
Metka Zorc
- Pozdrav predsednika Svetovnega slovenskega kongresa:
Boris Pleskovič
- Pozdrav častne pokroviteljice, predsednice Zdravniške zbornice Slovenije:
Bojana Beović
- Pozdrav ministra za Slovence v zamejstvu in po svetu:
Matej Arčon
- Pozdrav državne sekretarke na Ministrstvu RS za zdravje:
Valentina Prevolnik Rupel
- Pozdrav sekretarke v Kabinetu predsednika Vlade:
Metka Paragi

Umetniški program:

- **Matjaž Robavs**, bariton, profesor na Akademiji za glasbo v Ljubljani

13:45 – 14:45

Uvodna predavanja:**Poslanstvo slovenskega zdravnika**

- **Metka Zorc**, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in MC Medicor Izola, Slovenija: *Slovenski zdravnik in današnji čas*
- **Jadranka Buturovič-Ponikvar**, UKC Ljubljana, Slovenija: *Ohranitev in utrditev zaupanja med bolnikom in zdravnikom v času dramatičnih sprememb v medicini*
- **Anton Jamnik**, Nadškofija Ljubljana, Slovenija: *Znanost in tehnika potrebujeta srce, ki ljubi in služi*

6 ■

14:45 - 15:15

Odmor

15:15 – 17:45

Organizacija zdravstvenega sistema

Vodji sklopa:

Andrej Bručan in Metka Zorc, Slovenija

Uvodno predavanje:

Ronald Chufo, Cleveland Clinic, ZDA: *Healthcare today for health tomorrow*

Uvodne predstavitve:

- **Metka Zorc**, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in MC Medicor Izola, Slovenija: *Vizija organizacije zdravstvenega sistema*
- **Igor D. Gregorič**, McGovern Medical School, ZDA: *Kako izboljšati zdravstveni sistem*
- **Jurij Gorjanc**, Bolnišnica Elizabetink v Celovcu, Avstrija: *Slovenski in avstrijski zdravstveni sistem – izkušnja in praktični pogled kirurga*
- **Matjaž Trontelj**, Vzajemna d.v.z., Slovenija: *Povezovanje javnega in zasebnega zdravstva*

Razprava:

- **Boštjan Kersnič**, Splošna bolnišnica Novo mesto, Slovenija
- **Marko Bitenc**, Kirurgija Bitenc, Slovenija
- **Franci Gerbec**, predstavnik pacientov, Slovenija

PETEK, 6. OKTOBER 2023

10:00 – 11:00

Strokovni razvoj medicine kot temelj sistema

Vodja sklopa:

Zlatko Fras, UKC Ljubljana, Slovenija

Sodelujoči:

- **Marko Noč**, UKC Ljubljana in MC Medicor Izola, Slovenija: *Pomen spremljanja in "peer review" objave rezultatov zdravljenja*
- **Andrej Vranič**, Hôpital Européen de Paris, Francija: *Napotitve bolnikov na kirurško zdravljenje v tujino*
- **Jan Bidovec**, Univerzitetna bolnišnica Zürich, Švica: *Nauki iz drugih industrij za izboljšanje kakovosti oskrbe v medicini*

11:00 – 12:30

Spoprijemanje z izzivi v zdravstvu po pandemiji Covid-19

Vodja sklopa:

Bojana Beović, UKC Ljubljana, Zdravniška zbornica Slovenije

Sodelujoči:

- **Borut Jug**, UKC Ljubljana, Slovenija: *Vpliv epidemije COVID-19 na oskrbo aterosklerotičnih žilnih bolezni v Sloveniji*
- **Federico V. Potočnik**, Splošna bolnišnica Celje, Slovenija: *Misliti slovensko zdravstvo: refleksija za reforme*
- **Tatjana Lejko Zupanc**, UKC Ljubljana, Slovenija: *Infektologija po epidemiji Covid-19 – izzivi in prihodnost*
- **Miha Skvarč**, Evropska agencija za zdravila, Nizozemska: *Kdo je boljši pri skrajševanju čakalnih vrst: umetna inteligenca ali človek?*

12:30 – 13:30

Odmor za kosilo

13:30 – 15:00

Najnovejši dosežki slovenske medicine doma in po svetu

Vodja sklopa:

Bojana Žvan, UKC Ljubljana, Slovenija

Sodelujoči:

- **Bojana Žvan**, UKC Ljubljana, Slovenija: *Migrena je onesposobljajoča bolezen, ki jo je mogoče uspešno zdraviti.*
- **Jurij Matija Kališnik**, Klinikum Nürnberg / Medicinska fakulteta Paracelsusove univerze v Nürnbergu, Nemčija: *Napredna prepoznavna in obravnava najpogostejših komplikacij po operacijah srca omogoča pomembno izboljšanje po-operativnih izdiv zdravljenja*
- **Andrea Praprotnik**, Trinidad Medical Center, Argentina (na daljavo): *Terapevtska hipotermija pri novorojenčkih s hipoksično-ishemično encefalopatijo – evalvacija oskrbe in rezultati ob odpustu v porodnišnici v Buenos Airesu.*
- **Polona Šafarič Tepoš**, Northwell Health, ZDA: *Preprečevanje razvoja endometriozе in izboljšanje implantacije zarodka preko ciljanja senescence endometriuma*
- **Borut Čizman**, Mineralys Therapeutics, ZDA: *Kako opredeliti uspeh v kliničnih raziskavah*

15:00 – 15:15

Odmor

15:15 – 16:45

Izzivi kadrovanja v zdravstvu in vračanje slovenskih zdravnikov iz tujine

Vodji sklopa:

Janez Remškar in Majda Zbačnik, Slovenija

Sodelujoči:

- **Aleš Pražnikar**, Murdostoun Brain Injury Rehabilitation & Neurological Care Centre, Anglija: *Vračanje v Slovenijo – težavna pot?*

16:45 – 17:00

- **Mojca Remškar**, Univerza v Minnesoti, ZDA (na daljavo): *Uporaba »Situational Judgement«* testa v procesu izbire anestezijskih specializantov
- **Ladislav Kovačič**, Arbor mea medical, Slovenija: *Delati in živeti doma ali v tujini*
- **Tina Bregant**, Cirius Kamnik, Slovenija: *Izziv: pomanjkanje zdravnikov*

Sklepi konference

- **Boris Pleskovič**, Svetovni slovenski kongres in **Metka Zorc**, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, MC Medicor Slovenija

Program

THURSDAY, OCTOBER 5, 2023

12:30 – 13:00

Registration

13:00 – 13:45

Opening ceremony, welcome addresses

- Opening address:
Metka Zorc,
President of the Steering Committee
- Welcome address of
Boris Pleskovič,
President of the Slovenian World Congress
- Welcome address of
Bojana Beović,
President of the Medical Chamber of Slovenia

Welcome addresses:

- **Matej Arčon**,
Minister for Slovenians Abroad
- **Valentina Prevolnik Rupel**,
State secretary, Ministry of Health
- **Metka Paragi**,
Secretary, Office of the Prime Minister of Slovenia

Music program:

- **Matjaž Robavs**

13:45 – 14:45

Keynote lectures:**The Mission of the Slovenian Physician**

- **Metka Zorc**, Faculty of Medicine, University of Ljubljana and MC Medicor Izola, Slovenia: *Slovenian Doctor in Current Time*
- **Jadranka Buturovič-Ponikvar**, University Medical Center Ljubljana, Slovenia: *Preserving and Consolidating a Patient-physician Trust in the Era of Dramatic Changes in Medicine*
- **Anton Jamnik**, Archdiocese of Ljubljana, Slovenia: *Science and Technology Need a Heart That Loves and Serves*

14:45 - 15:15

Break

11

15:15 – 17:45

The Organization of the Healthcare System*Chair:***Andrej Bručan and Metka Zorc**, Slovenia*Keynote Address:***Ronald Chufo**, Cleveland Clinic, USA:
Healthcare Today for Health Tomorrow*Participants:*

- **Metka Zorc**, Faculty of Medicine, University of Ljubljana and MC Medicor Izola, Slovenia: *The Vision and Organisation of Health Care System*
- **Igor Gregorič**, McGovern Medical School, Houston, USA: *How to Improve Healthcare System*
- **Jurij Gorjanc**, Elisabethinen Hospital in Klagenfurt, Austria: *Slovenian and Austrian Healthcare Systems – a Surgeon's Experience and Practical Perspective*
- **Matjaž Trontelj**, Vzajemna d.v.z., Slovenia: *Public and Private Healthcare Hand in Hand*

Discussants:

- **Boštjan Kersnič**, General Hospital Novo mesto, Slovenia
- **Marko Bitenc**, Surgery Bitenc, Slovenia
- **Franci Gerbec**, patient's representative, Slovenia

FRIDAY, OCTOBER 6, 2023

10:00 – 11:00

**Professional Development of Medicine
as the Foundation of the System**

Chair:

Zlatko Fras, University Medical
Center Ljubljana, Slovenia

Participants:

- **Marko Noč**, University Medical Center Ljubljana and MC Medicor Izola, Slovenia: *Importance of Monitoring and “Peer Review” Publication of Outcome Data*
- **Andrej Vranič**, European Hospital of Paris, France: *Referral of Surgical Patients Abroad*
- **Jan Bidovec**, University Hospital of Zürich, Switzerland: *Lessons from other Industries for Improving the Quality of Care in Medicine*

11:00 – 12:30

**Dealing with Challenges in Healthcare
after the Covid-19 Pandemic**

Chair:

Bojana Beović, University Medical Center
Ljubljana and Medical Chamber of Slovenia

Participants:

- **Borut Jug**, University Medical Center Ljubljana, Slovenia: *The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Management of Atherosclerotic Vascular Diseases in Slovenia*
- **Federico V. Potočnik**, General Hospital Celje, Slovenia: *Designing the Slovenian Healthcare System: Thoughts for Reform*
- **Tatjana Lejko Zupanc**, University Medical Center Ljubljana, Slovenia: *Infectology After the Covid-19 Epidemic – Challenges and the Future*
- **Miha Skvarč**, European Medicines Agency, Netherlands: *Who is Better at Reducing Waiting Times in Healthcare: AI or Humans?*

12:30 – 13:30

Lunch break

13:30 – 15:00

The Latest Achievements of Slovenian Medicine at Home and Abroad

Chair: **Bojana Žvan**, University Medical Center Ljubljana, Slovenia

Participants:

- **Bojana Žvan**, University Medical Center Ljubljana, Slovenia: *Migraine is a Disabling Disease that can be Successfully Treated*
- **Jurij Matija Kališnik**, Nuremberg Clinic/Paracelsus Medical University Nuremberg, Germany: *Novel prediction and advanced treatment of most frequent complications further enhances recovery after cardiac surgery*
- **Andrea Praprotnik**, Trinidad Medical Center, Argentina (via ZOOM): *Therapeutic Hypothermia in Newborns with Hypoxic Ischemic Encephalopathy. Evaluation of the Care Process and Results at Discharge*
- **Polona Šafarič Tepeš**, Northwell Health, USA: *Targeting Decidual Senescence to Inhibit the Progression of Endometriosis and Improve Embryo Implantation*
- **Borut Čižman**, Mineralys Therapeutics, USA: *How to Define Success in Clinical Research*

15:00 – 15:15

Break

15:15 – 16:45

Challenges of Staffing in Medical Healthcare and Repatriation of Slovenian Doctors

Chair:

Janez Remškar and Majda Zbačnik, Slovenia

Participants:

- **Aleš Pražnikar**, Murdostoun Brain Injury Rehabilitation & Neurological Care Centre, England: *Returning to Slovenia – a Difficult Journey?*

- **Mojca Remškar**, University of Minnesota, USA (via ZOOM): *The Addition of a Situational Judgement Test in a Resident Selection for Anesthesiology Residency*
- **Ladislav Kovačič**, Arbor Mea Medical, Slovenia: *Working and Living at Home or Abroad*
- **Tina Bregant**, Cirius Kamnik, Slovenia: *Deficit of Doctors' Challenge*

16:45 – 17:00

Conclusions, closing of the Conference

- **Boris Pleskovič**, Slovenian World Congress and **Metka Zorc**, Faculty of Medicine, University of Ljubljana and MC Medicor Izola, Slovenia

Uvodna slovesnost, pozdravni nagovori gostiteljev in gostov

Opening Ceremony, Welcome Addresses

15



prof. dr. Metka Zorc, dr. med.
Predsednica Programskega odbora

Spoštovane kolegice in kolegi, dragi prijatelji!

Vesela sem, da se ponovno srečamo na Konferenci slovenskih zdravnikov iz domovine in tujine.

Še vedno mi je v spominu zadnja konferenca pred dvema letoma, ki je bila izjemno uspešna in ki je omogočila, da so naše povezave postale še bolj trdne.

Prijateljske in strokovne vezi med nami, ki delamo doma in vami, kolegi, ki nadaljujete enako poslanstvo v tujini, so izjemnega pomena. Omogočajo prenos znanja, izkušenj in novih idej iz sveta v domovino, kjer vsi želimo, da bi delali dobro, pošteno in učinkovito ter ohranjali zdravje vseh, ki živijo v naš prelepi deželi, na tem majhnem biseru sveta.

Vsaka medicinska konferenca prinaša nove ideje, nove povezave in spoznanja, ki se prenašajo mlajšim generacijam naših zdravnikov in študentov in ki so resnično posebna dragocenost.

Skupno smo preživeli epidemijo SARS COVID-19, ki je zajela svet, razrahljala mnoge odnose, vendar naše vezi so ostale tudi zato, ker jih gojimo z velikim spoštovanjem in ljubeznijo.

Svetovni slovenski kongres, kot večkrat poudarjam, ohranja te dragocene povezave, ki jih nihče ne more ustaviti.

Mnogi od nas se zavedamo dejstva, da je Slovenski zdravstveni sistem razrahljan in na razpotju. Potrebna je posebna energija, da se ponovno vzpostavi organizacija sistema. Sistema, ki bo omogočal učinkoviti razvoj stroke, prenos znanja v dobro slovenskih bolnikov.

Ker so izjemnega pomena izkušnje kolegov, ki delujejo v različnih predelih sveta, v različno organiziranih zdravstvenih sistemih so njihove izkušnje izjemnega pomena. Prav zaradi tega dejstva posvečamo letošnjo konferenco viziji organizacije zdravstva na slovenskem.

Vse ideje, ki nam jih bo uspelo pridobiti, so dragocen kamenček v mozaiku kompleksne organizacije, ki edino lahko nudi dobro in učinkovito zdravljenje ter ohranja življenje.

18 ■ Verjamemo, da bodo rezultati konference prinesli nekaj novega, vzpodbudnega, kar bo koristilo celotni slovenski družbi.

Tudi strokovna predavanja kolegov bodo brez dvoma osvetlila različna področja medicinske znanosti. Imeli bomo možnost učinkovitih razprav iz katerih bomo lahko postavljali zaključke in predvsem ovrednotili naše lastno delo v slovenskem prostoru.

Veselim se srečanja z vsemi udeleženci in verjamem, da bomo z obilo dobre volje in pozitivne energije še naprej ohranjali zdravje našim bolnikom.

**dr. Boris Pleskovič***Predsednik Svetovnega slovenskega kongresa*

Spoštovani udeleženci XII. Konference slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije!

V veliko čast in veselje mi je, da vas lahko pozdravim in vam zaželim dobrodoščilo na dvanajsti Konferenci slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije. To je že 45. vseslovensko strokovno srečanje te vrste, ki povezuje slovenske rojake po svetu s kolegi iz Slovenije. Rezultat teh srečanj zdravnikov je vedno bogatejše strokovno sodelovanje v globalnem pomenu, kar je pripeljalo do mnogih koristnih strokovnih poznanstev, prijateljstev in sodelovanj. Prepričani smo, da imajo ta srečanja tudi širši gospodarski in družbeni pomen. Naš cilj je, da naši najboljši zdravniki ne bodo odhajali na delo v tujino, pač pa se bodo pričeli vračati – to pa bo mogoče šele takrat, ko bo država uredila naše zdravstvo po vzoru uspešnih evropskih držav.

Na naših dosedanjih mednarodnih konferencah smo gostili mnoge vrhunske slovenske in tuje zdravnike, ki že dolga leta delajo v državah z najbolj uspešnimi in učinkovitimi zdravstvenimi sistemi na svetu. V svojih predavanjih in nasvetih so predstavili odlično organizacijo zdravstva kjer delajo in tudi podali mnoge nasvete za reformo zdravstva v Sloveniji. Na žalost naši politiki do sedaj niso upoštevali nasvetov »best practice« ali najboljših praks, ker se pri nas zadovoljujemo v glavnem samo z nasveti dobrih praks na skoraj vseh področjih. Definicija dobre prakse pa je v tem, kot pri dobri oceni v šoli, da ni odlična, pač pa je polovica vsebine še kar v redu, druga polovica pa bolj slaba.

Letošnja konferenca zdravnikov je prva, ki poteka po času pandemije covid19, ki je za nas pomenila poseben izziv, vsaj z vidika izvedbe same konference. Srečanje smo takrat prvič pripravili hibridno, kar pomeni, da so se nekateri predavatelji vklopili v program samo preko spletne platforme, drugi pa so nastopili v živo. V današnjem svetu, kjer je čas dragocen, je tovrstna pomoč spleta zelo dobrodošla, saj se tako na konferenci lahko predstavijo tudi rojaki in ostali udeleženci, ki sicer zaradi časovne stiske tega ne bi mogli. Celotno konferenco, tako kot smo to naredili pred dvema leti, tudi letos prenašamo na spletu v obliki webinarja.

20

Tudi tokrat smo program oblikovali tako, da smo poiskali predvsem teme, ki so aktualne in po drugi strani zahtevne. Pozdravnim nagovorom bo sledil krajši umetniški predah, potem pa prvi sklop predavanj z naslovom »Poslanstvo slovenskega zdravnika«. Sklop je namenjen razmisleku o današnji vlogi zdravnika znotraj njegovega poklica in prepotrebni utrditvi zaupanja med pacientom in lečečim zdravnikom. Sledil bo daljši sklop »Organizacija zdravstvenega sistema« - znotraj tega bodo po uvodnem predavanju sledile štiri predstavitve, zatem pa še vodena razprava ali okrogla miza na to temo. Gre za zelo pomembno tematiko, ki je aktualna že več časa, v prihodnosti pa bo, v primeru, da ne bo pravilno naslovljena, povzročala dodatne zaplete na področju zagotavljanja in kakovosti slovenskega zdravstva. Po zaključku prvega dne konference ste vsi vabljeni na Dvorec Visoko v Poljanski dolini, kjer bo potekal družabni dogodek ob 100. obletnici smrti pisatelja Ivana Tavčarja – leto 2023 je bilo tudi uradno razglašeno za Tavčarjevo leto.

Drugi dan konference bomo začeli s sklopom »Strokovni razvoj medicine kot temelj sistema«. Že v začetku sem omenil, da je obdobje pandemije za nas, Svetovni slovenski kongres, predstavljajo izziv za naša strokovno srečanja in njihovo izpeljavo. Še večjo prepreko je to obdobje predstavljalo za slovensko zdravstvo. Razmišljanju o tem je namenjen sklop »Spoprijemanje z izzivi v zdravstvu po pandemiji covid-19«. Sledil bo že tradicionalni sklop s predstavitvami »Najnovejši dosežki slovenske medicine doma in po svetu«. Nazadnje bomo obravnavali še kisló jabolko kadrovanja v slovenskem zdravstvu. Upam, da bomo uspeli v sklopu »Izzivi kadrovanja in vračanje slovenskih zdravnikov iz tujine« poiskati in izoblikovati kakšen primeren napotek ali smernice, ki jih bo slovenska vlada pripravljena uporabiti za izboljšanje našega zdravstvenega sistema.

Predsednici Zdravniške zbornice, prof. dr. Bojani Beović se zahvaljujem za prevzem častnega pokroviteljstva nad konferenco in izkazano gostoljubje. Želim se zahvaliti tudi predsedujoči programskega odbora konference, prof. dr. Metki Zorc ter ostalim članom organizacijskega odbora, ki so s svojimi nasveti in dragocenim časom sooblikovali program. Zahvala tudi

vsem, ki so s svojo finančno in logistično pomočjo pomagali k uresničitvi tega projekta: Jožetu Colariču, direktorju Krke, d.d. Novo mesto, ministru za Slovence v zamejstvu in po svetu, Mateju Arčonu, Zdravniški zbornici Slovenije, podjetju Salus, Ljubljana, d.d., Univerzi Alma Mater Europaea – ECM in podjetju Mediasi d.o.o. Zahvaljujem se vsem uglednim predavateljem, ki so podarili svoj čas, izkušnje in svoje talente za uspeh tega srečanja.

Najlepša hvala tudi strokovnim sodelavcem Upravne pisarne SSK: generalni sekretarki Sonji Avguštin Čampa, Nini Frlan in Luki Klopčiču za odlično logistično in organizacijsko pomoč. Vsem udeležencem želim uspešno in produktivno delo na konferenci ter obilo uspeha pri vašem poklicnem delu, gostom iz tujine pa prijetno bivanje v Sloveniji.



prof. dr. Bojana Beović, dr. med.
Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

Pandemija, ki je bila velik preizkus za zdravstvene sisteme in zdravnike, je prinesla tudi kakšno dobro stvar. Strokovne rešitve in ugotovitve so potovale okoli planeta z nesluteno hitrostjo in nam praktično dnevno pomagale prilagajati zdravljenja in tako znatno izboljšale možnosti naših bolnikov. Tudi največji skeptiki so razumeli veliko prednost mednarodnega sodelovanja, torej tega, za kar svetovni slovenski kongres skrbi vse od svoje ustanovitve.

V Evropi imamo odprte meje. Kljub temu imamo pogosto občutek, da smo v Sloveniji še naprej ujeti v našem majhnem svetu. Medicinska stroka je preseгла te okvire že pred leti, z veliko truda smo v sodelovanju z UEMS reformirali programe ter organizacijo specializacij. Naši zdravniki smo zaradi kakovostnih fakultet in specializacij cenjeni in dobrodošli sodelavci preko meje. Zdravništvo se je uspelo v celoti prilagoditi realnosti, nikakor pa nam ne uspe na evropsko primerljiv način organizirati zdravstvenega sistema. Trenutno stanje ni v interesu ne bolnikom in ne zdravnikom.

Pri rešitvah ne potrebujemo novih prelomnih izumov. Podobno kot v času epidemije, moramo rešitve, ki odlično delujejo v tujini, prilagojeno prenesti k nam. Z močno podporo stroke in organizacij bolnikov lahko presežemo poplavo stalnih instant rešitev, ki so bolj kot dolgoročnemu razvoju namenjen kratkotrajni potešitvi javnosti.

Letošnje srečanje s strokovnjaki iz celotnega sveta je zato dragoceno. Omogoča nam pogled preko ograje. Ne samo na znanstveni ravni iz član-
kov, ampak skozi izkušnje slovenskih zdravnikov v tujini, ki poznajo tako
tuje sisteme kot slovensko resničnost. Zato se zahvaljujem organizatorjem,
da so posvetili veliko pozornost organizaciji zdravstvenega sistema in dve-
ma ključnima temeljema: stroki in kadrovske zasedbi. Tovrstna srečanja
prispevajo k temu, da naprej nas, predvsem pa odločevalce premaknejo
iz cone samoumevnosti in samozadostnosti. Zato se organizatorjem in ude-
ležencem zahvaljujem, da so pripravljene še naprej odpirati meje.

**Matej Arčon***Minister za Slovence v zamejstvu in po svetu*

Drage rojakinje, dragi rojaki, spoštovani organizatorji in udeleženci 12. konference slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije.

Resnično sem vesel, da vas lahko pozdravim na tem dogodku, na katerem gresta z roko v roki dve pomembni in navdihujoči poslanstvi. Prvo je povezovanje Slovencev doma in v tujini, prenos in vzajemno bogatenje njihovega - vašega - dragocenega znanja, izkušenj in idej. In drugo je delo v skupno dobro – v dobro bolnikom, v dobro naših otrok, v dobro vseh nas. Brez kakovostnega zdravstva ni kakovosti življenja. Moč zdravnika, da poseže v usodo sočloveka, je neizmerna.

Izzivi v zdravstvu so – ne le v Sloveniji, ampak tudi drugod po svetu – ogromni. V zadnjih letih od pandemije, ki je te težave še dodatno in na posebej krut način razgalila, se pogosto zdi, da se jih je nakopičilo preveč in so postale nerešljive. Da je zdravstveni sistem že zdavnaj podlegel nareku denarja in ni več v službi ljudi.

A verjamem, da rešitve obstajajo, tudi če jih včasih izgubimo izpred oči. Je pa res, da bodo terjale ne le ogromno dela in časa, ampak tudi poguma, ustvarjalnosti, lateralnega razmišljanja in sinergij. Obrniti moramo prav vsak kamen in izkoristiti vse potenciale, ki so nam na voljo. Rojaki v tujini ste dragocen kapital znanja, ki ga v preteklosti nismo vedno dovolj uporabili. Te napake ne smemo ponoviti.

Naš skupni slovenski narodni prostor je neizmerno bogat. Tako doma kot v tujini se lahko pohvalimo s številnimi mednarodno priznanimi strokovnjaki in njihovimi uspehi na področju zdravstva. Vesel sem, da ste mnogi od njih danes znova tu z nami v Ljubljani, pripravljeni deliti svoje znanje, izkušnje, ideje.

Za to gre v prvi vrsti zahvala organizatorjem na čelu s Slovenskim svetovnim kongresom. Že več kot 30 let tako predano goji vezi naših rojakov po svetu z matično domovino in s svojimi strokovnimi konferencami, ki se jih je zvrstilo že več kot 40, bogati skupni slovenski znanstveni prostor.

Posebna zahvala seveda tudi obema soorganizatorjema, Zdravniški zbornici Slovenije in Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, ter vsem partnerjem in podpornikom konference, med katerimi je, kar si štejem v veliko čast, znova Urad za Slovence v zamejstvu in po svetu. Na Uradu si resnično želimo, da bi znali držati odprta vrata vsem, ki so pripravljeni pomagati Sloveniji.

Kot vedno je tudi letos program, ki ste ga pripravili, zelo raznolik, a obenem vsebinsko zaokrožen. Od vračanja h koreninam, k osnovam zdravniškega poklica, do odstiranja novih horizontov – najnovejših dosežkov medicine doma in po svetu. Strokovnost. Etika. Človečnost. Če so temelji trdni in smer prava, je mogoče marsikaj.

Vsem vam želim obilico zanimivih, poučnih in plodnih razprav. In naj nam meje ne zastirajo pogleda!



Uvodna predavanja: Poslanstvo slovenskega zdravnika

Keynote Lectures:
The Mission of the Slovenian Physician

27

Slovenski zdravnik in današnji čas

Slovenian Doctor in Current Time



Metka Zorc*

Poslanstvo slovenskega zdravnika so v mnogih letih oblikovale generacije prednikov sodobne slovenske medicine, med katerimi je posebno izstopal slovenski zdravnik Marcus Gerbezius (Marko Gerbec), slovenski zdravnik, znanstveni pisec, humanist in eden od ustanoviteljev Academie operosorum Labacensis.

Bil je nosilec in vizionar kardiološke stroke, v svojih zapisih je poudarjal, da zdravniški poklic ni poklic, vendar je posebno poslanstvo.

Skozi čas so se ohranjale njegove misli in hotenja, skozi generacije, vse do ustanovitelja sodobne interne medicine, Medicinske fakultete v Ljubljani in učitelja, generacije slovenskih zdravnikov in kasneje profesorjev, ki je svoje znanje pridobljeno v tujini, prenesel v domovino. Bil je mislec izjemnega duha, humanist z velikim srcem, precizni znanstvenik – prof. dr. Igor Tavčar.

V enem od svojih del je zapisal: »Zdravniškemu poklicu se morajo posvetiti ljudje z globokim čutom za resnico, ljudje ki ljubijo življenje, naravo in so predani sočloveku. Ljudje, ki so svoje življenje pripravljene posvetiti znanosti, medicinski teoriji in pomoči bližnjemu«.

Temelj njegovih besed in vizija je spremljala generacije učiteljev Medicinske fakultete in študentov, skoraj do današnjih dni. Etične norme je postavljajal pred vsa dejanja in to ne samo kot suhe zapise na papirju, temveč kot resnično življenje, življenje v medicini. Mnoge svoje kolege je imenoval »vitez medicine in znanosti«.

Sprašujem se, ob spremembi načina življenja in spremembi vrednot, ki neusmiljeno vejejo skozi današnji čas, ali še vedno z nami živijo hotenja našega velikega učitelja, ki je ostal svetel zgled do današnjih dni.

Svet se je v veliki meri spremenil, materialni svet je prevzel vajeti do take mere, da se je to dotaknilo tudi našega poklica. Očala, skozi katera so generacije začele gledati svet, ne prinašajo sreče, materialne dobrine nikakor ne smejo in ne morejo biti vrednota, ki se postavlja pred etično delo v medicinskem poklicu.

Mnenja sem, da moramo ostati drugačni in boljši, ohranjati moramo znanje, požrtvovalnost, ljubezen do sočloveka in prinašati empatijo v medsebojne odnose. Samo tako bomo lahko ohranjali poslanstvo slovenskega zdravnika v današnjem času turbulenc, ki nikakor ni naklonjen humanim idejam in entuziazmu.

Verjamem, da bomo skupno zmogli ohranjati etične smernice našega lepega poklica, ki naj bo poslanstvo.

30 ■

■ ***prof. dr. Metka Zorc, dr. med.**

Je redna profesorica Medicinske fakultete v Ljubljani. V Slovenski medicini in med slovenskimi srčnimi bolniki ji pripada posebno mesto. Na osnovi dolgoletnih izkušenj, pridobljenih v tujini in doma je s svojim entuziastičnim delom, strokovnim znanjem in organizacijskimi sposobnostmi ustvarila Mednarodni center za zdravljenje bolezni srca in žilja MC MEDICOR Slovenija.

Po dvajsetih letih delovanja je center postal vodilna Evropska ustanova z izjemnim rezultatom zdravljenja in najnižjo smrtnostjo na zahtevnih operativnih posegih. Zadovoljstvo Slovenskih srčnih bolnikov so izrazile ankete Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, saj je bil center več let izbran za najboljšo bolnišnico v Sloveniji. V letu 2010 je dodatno razvila Center za rehabilitacijo in preventivno kardiologijo prof. dr. Jostp Turk s tesnim sodelovanjem z LifeClass hoteli Portorož z namenom razvoja zdravstvenega turizma v Sloveniji.

Študij medicine je končala na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Istočasno je na Biotehniški fakulteti v Ljubljani končala tudi študij biologije. Zaposlila se je v Univerzitetnem Kliničnem centru v Ljubljani ter na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Specializacijo iz interne medicine je zaključila v Ljubljani z uspešno opravljenim specialističnim izpitom. Specializacijo s področja kardiologije je opravljala na Kliniki v Clevelandu (Cleveland Clinic Foundation), ki predstavlja eno najboljših ustanov za zdravljenje bolezni srca in žilja v svetu. Po končani specializaciji se je dodatno izpopolnjevala na Univerzitetni kliniki

v Ženevi ter na Univerzi Favaloro v Buenos Airesu, Argentina. Istočasno je končala študij medicinskega managementa v Vivey-ju (Švica).

Doktorsko disertacijo z naslovom: "Aterosklerotične spremembe koronarnih arterij v primerjavi z motnjo v metabolizmu lipidov in ogljikovih hidratov" je uspešno zagovarjala na Medicinski fakulteti v Ljubljani z oceno suma cum laude.

Znanje, pridobljeno s področja kardiologije in organizacije zdravstvene službe je združila pri nastanku novega Centra za zdravljenje bolezni srca in žilja v Sremski Kamenici pri Novem sadu, kjer je organizirala poseben oddelek za srčno transplantacijo in ga tudi vodila. Pod njenim vodstvom je bila uspešno izvršena prva transplantacija srca v takratni skupni državi Jugoslaviji, prav tako je prva v takratni državi opravila biopsijo srčne mišice. Na Histološkem inštitutu v Ljubljani je istočasno razvila nove metode analize srčno – mišičnega tkiva in uvedla sodobne principe zdravljenja bolezni miokarda.

Dolgoletne izkušnje na področju histoloških raziskav aterosklerotičnega procesa koronarnih arterij in bolezni srčne mišičnine je združila z uspešno klinično prakso. Že v zgodnjem začetku kliničnega dela se je posvetila zdravljenju bolnikov pred in po operacijah na srcu ter sekundarni preventivi, ustanovila ter razvila na Polikliniki v Ljubljani prvo ambulantno dejavnost s tega področja v Sloveniji. Uspešno je vodila zdravljenje številnih bolnikov iz Slovenije in tujine.

Združila je povezave med Medicinsko fakulteto v Ljubljani, Clevelandsko kliniko, (ZDA), Favaloro Foundation, Buenos Aires, (Argentina), Kantonalno bolnico v Ženevi, Lausani (Švica), Konkuk University Seul (Koreja) in Cedars Sinai Medical Center, Los angeles (ZDA). To dragoceno sodelovanje ohranja in pogloblja še danes skozi številne raziskovalne projekte in vsakoletne mednarodne konference. Znanje s področja srčne kirurgije in kardiologije je prenesla na Kitajsko, kjer je s pomočjo kolegov uspela oblikovati Kardiokirurški center v Yinchuanu. V matični ustanovi MC MEDICOR Slovenija je nudila uspešna izobraževanja kolegom iz Kitajske, od koder so lahko znanje prenesli v svojo domovino.

Rezultati odlične klinične prakse, združene z raziskovalnim delom ob povezavi in podpori kolegov iz tujine nadaljuje kot predsednica uprave na čelu Mednarodnega centra za zdravljenje bolezni srca in ožilja MC MEDICOR Slovenija od leta 2003.

V Slovenski medicinski prostor je s tem centrom prenesla nove ideje in uspešno vizijo zdravljenja kardiovaskularnih bolezni, razvila Center za zdravljenje strukturnih bolezni srca in s pomočjo kolegov iz Koreje, ZDA in Argentine novo metodo operativnega zdravljenja zaklopk.

V letih 2012 – 2014 je uspešno vodila Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, leta 2007 je bila izbrana za Slovenko leta, leta 2014 pa za Specialistko leta.

Od marca leta 2014 je redna članica Evropske akademije znanosti in ume-
tosti. Podeljen ji je bil prestižni naslov akademik.

Leta 2019 ji je predsednik Republike Slovenije, gospod Borut Pahor, podelil posebno priznanje, red za zasluge na področju medicinskih znanosti.

Ohranitev in utrditev zaupanja med bolnikom in zdravnikom v času dramatičnih sprememb v medicini

Preserving and Consolidating a Patient-physician Trust in the Era of Dramatic Changes in Medicine

32



Jadranka Buturović-Ponikvar*

Zaupanje je ključna komponenta odnosa med zdravnikom in bolnikom, na kateri ta poseben odnos temelji že tisočletja. Obojestransko zaupanje je dragoceno tako za bolnika kot za zdravnika, ima za posledico boljše sodelovanje pri zdravljenju, posledično lahko boljše izhode in manj potrebe po kontrolnih obravnavah. Za zdravnika dejstvo, da mu bolnik zaupa pomembno izboljšuje njegovo zadovoljstvo in profesionalno izpolnitev.

Odnos med zdravnikom in bolnikom je v sodobnem času deležen velikih pritiskov. V zadnjih desetletjih je prišlo do velikih sprememb v odločanju v medicini in zdravstvu. Bolnikom in zdravnikom so se pri odločanju pridružili bioetiki, pravniki, ekonomisti, filozofi, sociologi, civilna družba in aktivisti. Umetna inteligenca vstopa v medicino z velikimi koraki. Sočasno se povečuje pritisk na zdravnike (ki predstavljajo zelo majhen del zaposlenih v zdravstvu) v smeri nadzora učinkovitosti izvajanja zdravstvenih obravnav. Zdravniki so tudi deležni pritiskov, da bi izvajali etično sporne prakse (kot je evtanazija), ki so v nasprotju s poslanstvom zdravniškega poklica.

Moralna kriza pri zdravnikih je prisotna v vse večjem številu držav. O tem je 15. junija 2023 novinar in pisatelj Eyal Press objavil članek v NY Timesu: "The moral crisis of America's doctors" s podnaslovom: "The corporatization of healthcare has changed the practice of medicine, causing many physicians to feel alienated from their work". Administrativne obremenitve zdravnikov se povečujejo, časa za pogovor z bolnikom je vse manj. Prepričevanje

zavarovalnic da predhodnoodobrijo plačilo zdravljenja težkih bolnikov je za zdravnike mukotrpnost in stresno. Merjenje produktivnosti, pritiski administrativnih služb na medicinske odločitve (katere preiskave naj bi se prioriteto naročale, katere bolnike naj bi zdravniki čimprej odpuščali), odpuščanje zdravnikov ki opozarjajo da pogoji dela ne omogočajo varne zdravstvene obravnave, stiska zdravnikov, ker svojim bolnikom ne morejo nuditi tistega, kar znajo, kar bolniki potrebujejo in zaradi česa so postali zdravniki, vse to povzroča naraščajoče stiske zdravnikov in moralni distress, posebej v določenih strokah.

Zdravniki so navajeni zdržati velike pritiske, že od študija naprej, ki že stoletja velja za enega najbolj zahtevnih študijev. Zdravniki so vajeni biti odgovorni za svoja dejanja. Še vedno je velika večina zdravnikov večine strok, vsem spremembam in pritiskom navkljub, zmožna ohraniti globoko intimen in zaupen odnos z bolnikom, s katerim se skupaj bojujeta za zdravje in življenje, na način ki ustreza posameznemu bolniku in ga upošteva celostno, kot enkratno in neponovljivo osebo. Povprečni bolnik ne obstaja, vsak je drugačen. Četudi imajo enake diagnoze.

Da bi to zaupanje ohranili in utrdili, zdravniki potrebujejo več časa za obravnavo posameznega bolnika kot ga danes imajo na voljo. Ta čas je potreben tudi za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, ustrezno izvajanje zakonsko obvezne pojasnilne dolžnosti, ki bolniku omogoča uresničevanje njegove avtonomne volje. Ob tem mora vsak zdravnik slediti svojemu notranjemu moralnemu kompasu in vesti, ki sta srce in duša zdravniškega poklica.

Bolniki ne želijo biti del tehnološkega tekočega traku. Želijo si človeški stik s svojim zdravnikom. To potrebujejo vsaj enako kot zdravila. Enako si želimo zdravniki. Za uresničitev teh želja smo se dolžni boriti.

■ ***prof. dr. Jadranka Buturović-Ponikvar, dr. med.**

Je specialistka internistka in nefrologinja, višja svetnica in redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Zaposlena je na Kliničnem oddelku za nefrologijo Interne Klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) od leta 1988 in na Katedri za interno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Rojena je v Puli (Hrvaška). Maturirala je z odliko na gimnaziji „Vladimir Nazor“ in srednji glasbeni šoli „Josip Hatze“ v Splitu (Hrvaška). Diplomirala je na Medicinski fakulteti Univerze v Beogradu kot najboljša študentka letnika (povprečna ocena 9.93), nagrajena z letno nagrado Srbskega zdravniškega društva. Od 1982-1988 je bila zaposlena v Centru za transplantacijo in dializo Univerzitetnega kliničnega centra Srbije v Beogradu.

Vodila je Center za otroško dializo in transplantacijo UKCL (1994-1998, do preselitve Centra na Pediatrično kliniko), pozneje Enoto za ultrazvok KO za nefrologijo. Bila je predstojnica Kliničnega oddelka za nefrologijo Interne klinike UKCL od 2015-2018. Od 2014-2018 je bila pomočnica strokovnega direktorja UKCL za raziskovalno dejavnost. Od 2018 do 2023 je bila strokovna direktorica UKCL.

Leta 1988 se je izpopolnjevala na Northwestern University, Chicago, Illinois, USA. Od leta 2004 je redna profesorica na Katedri za interno medicino Medicinske fakultete UL. Od leta 2017 je predsednica Habilitacijske komisije Medicinske fakultete in članica Habilitacijske komisije Univerze v Ljubljani. Je predsednica etične komisije Eurotransplanta, članica Komisije za medicinsko etiko R Sloveniji in Etične komisije Evropskega nefrološkega združenja. Od 2023 predseduje delovni skupini za interventno nefrologijo v okviru ISN (International Society of Nephrology).

Področja kliničnega in raziskovalnega dela so: hemodializa, transplantacija ledvice, ultrazvočno-dopplerska diagnostika, medicinska etika.

Bibliografija je dosegljiva na Pubmedu in Web pod imeni: buturovic j; buturovic-ponikvar j; ponikvar jb; buturovicponikvar j, in na SICRIS-u, COBISS ID10649, google scholar Jadranka Buturovic Ponikvar.

Znanost in tehnika potrebujeta srce, ki ljubi in služi

Science and Technology Need a Heart That Loves and Serves



Anton Jamnik*

Prišli smo do civilizacijske točke, v kateri tehnika prevladuje nad moralo in vodi v pozabo človeka in Boga. Umberto Galimberti, italijanski filozof, govori o tem, da danes živimo v strogem in nevarnem kontekstu, ljudje pa se tega ne zavedajo, misleč, da je tehnika po naravi dobra, da lajša naše življenje in zagotavlja, da živimo bolje kot nekoč. Pozabljajo, da je tehnika najvišja oblika racionalnosti, ki jo je človeštvo kadarkoli doseglo. In to nadvse preprosta racionalnosti, ki pravi takole: dosežati najvišji možni cilj z najnižjo porabo sredstev. Tako deluje tehnična racionalnost in tudi globalna ekonomija, ki vsaj navidezno ohranja človeški obraz v smislu, da jo poganja človeška želja – strast do denarja – v resnici pa gre v tem tehničnem svetu za radikalno pozabo (izključitev) človeka. Ko tovrstna tehnična racionalnost postane običajen način razmišljanja, človek ni več sposoben razločevati, kaj je lepo, kaj dobro, kaj pravično in kaj resnično, temveč samo kaj je koristno in ugodno. Tako razumnost človeka tehnične racionalnosti doživi radikalno redukcijo. Postavlja se ključno vprašanje, namreč, ali bo potem, ko bo tehnična racionalnost povsem ponotranjena, ali bo človek še dojemljiv, ali se bo sposoben srečevati z vsemi iracionalnimi razsežnostmi, ki so človeškemu bitju lastne? Ko Galimberti govori o človekovi iracionalnosti misli na bolečino, za katero ni razlage ne razloga. Ko človeka prizadene neozdravljiva bolezen, se sprašuje zakaj ravno njega. To je večno vprašanje trpečih, ki se spogledujejo s smrtno boleznijo. Z iracionalnostjo je mišljenja ljubezen, domišljija, umišljanje, ter na tisoče in en razlog, zaradi katerih

človek deluje. Kako bo mogoče doživljati vse te razsežnosti bivanja v svetu, ki ga vse bolj določa ponotranjena tehnična racionalnost? Če človek ne bo skrbel za duševne in duhovne razsežnosti bivanja, se bo zgodila odprava človeka, oziroma bomo izgubili človeka. Zgodilo se bo, oziroma se že dogaja, da bo človeštvo izstopilo iz zgodovine, človeštvo je vrženo iz zgodovine, postaja ahistorično, saj tehnika nima zgodovine, ima le razvoj, ima rast.

Ob tehnični interpretaciji družbe, tehnični v širokem pomenu besede – človeka kot fenomen z vidika psihologije, sociologije, ekonomije, ekonometrije – je filozofija edina, ki, skupaj z umetnostjo in v določeni meri še s književnostjo, zmore misliti, da človek ni ujet v zgolj tehnično racionalnost in da nikoli ni in ne sme postati samo predmet. Tehnične, oziroma empirične znanosti namreč vedno bolj verjamejo, da je človek kot izdelovalec predmetov in njihov potrošnik tudi sam predmet. Posledica tega je, da to vodi v samo-določanje, češ predmeti smo, torej moramo biti koristni, varčni, vzdrževani in nadomestljivi. Toda človek je v resnici prav tisto, kar predmet ne more biti. Sliši se enostavno, in vendar to trdi in opazi malo ljudi. V sedanjem času, v tem trenutku, so ljudje spontano globoko prepričani, da so predmeti, in se tako tudi vedejo, kar je dovršena oblika nihilizma. V takšnih razmerah je še prav posebna naloga filozofije in teologije, da opozarjata na pozabo človeka, da odpirata vprašanja, ki večno zadevajo človeka, ki mu vračajo dostojanstvo, smisel in upanje.

Bolečina, bolezen nas naredi bolj občutljive drug za drugega, nas naredi bolj človeške; brez trpljenja, bolezn, nepopolnosti postajamo – in to vidimo na vsakem koraku – ljudje brez empatije, trdi, neizprosni, delujemo po logiki tehnologije in ekonomije, ko skušamo s čim manj sredstev v čim krajšem času doseči čim večje rezultate. Bolezen, trpljenje, bolečina so v takšni naravnosti razumljeni kot velika ovira, v resnici pa so opomniki, da je življenje nekaj več: da smo tukaj zato, da lahko živimo odnose podarjanja in sprejemanja, ljubezni in bližine, da imamo pomen ne zaradi svojega položaja, veljave, denarja, temveč zato, ker smo z nekom v odnosu – kot kristjan tudi v odnosu z Bogom, v katerem se zavedam, da je moje življenje Božji dar, da si ga nisem dal sam in ga sam tudi ne morem »odkupiti«. Ravno stiske, težave me vedno znova vračajo k temu temelju, preprašujejo moj življenjski ritem in postavljajo pod vprašaj ekonomsko-potrošniško logiko življenja, ki je sicer tako prevladujoča.

»Ne pozabite, da je za zdravstveno kartoteko in izvidi vedno oseba, ter da pogosto lahko zdravnikov izraz nežnosti, nasmeh in beseda upanja včasih pomagajo bolj kot zdravila. Ne dopustite, da bi tehnika in instrumentalizacija zamenjali človeški stik....Že dalj časa se veliko energije in dela usmerja v razvoj računalnika, ki »misli« (umetna inteligenca), vendar pa doslej nihče ni predvidel možnosti, da bi lahko obstajal računalnik, ki bi »ljubil«, ki bi bil

lahko ganjen, ki bi prišel človeku naproti na čustveni ravni, mu pomagal, da bi lažje ljubil, kakor mu npr. olajša izračun razdalje med zvezdami, gibanje atomov in shranjevanje podatkov. Žal povečanje človekove inteligence in kognitivnih zmožnosti ne gre z roko v roki z večjo sposobnostjo, da bi ljubili. Nasprotno, zdi se, da le-ta nič ne šteje, medtem ko vemo, da sreča ali nesreča nista odvisni toliko od znanja ali neznanja, ampak od tega, če ljubimo, če smo ljubljani ali nismo ljubljani» (kardinal Cantalamessa in papež Frančišek v nagovoru zdravnikom in znanstvenikom).

■ *prof. dr. Anton Jamnik

Rodil se je 27. 7. 1961 v Ljubljani. Osnovno šolo je končal leta 1976 v Grosupljem in se vpisal na gimnazijo Josipa Jurčiča v Stični, kjer je leta 1980 maturiral. Po odslužnem vojaškem roku se je leta 1981 vpisal na Teološko fakulteto v Ljubljani in tu diplomiral leta 1987. Nadškof dr. Alojzij Šuštar ga je po mašniškem posvečenju poslal za kaplana v Kočevje, leta 1990 pa imenoval za svojega tajnika.

Pri katedri za filozofijo Teološke fakultete Univerze v Ljubljani je nadaljeval z magistrskim študijem in leta 1993 zagovarjal magistrsko nalogo z naslovom Sveto med transcendenco in imanenco v sodobni slovenski filozofski misli. Naslednje leto je bil izvoljen in imenovan za asistenta pri Katedri za filozofijo TF Univerze v Ljubljani. Istega leta se je preselil v Zavod sv. Stanislava, kjer je na Škofijski klasični gimnaziji poučeval verouk in nato filozofijo. Ob tem je nadaljeval svoj doktorski študij v Ljubljani in v Oxfordu, ter zaključil na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani z disertacijo Rawlsov poskus etične utemeljitve liberalizma - mentor prof. dr. Anton Stres, komentorja prof. dr. Janez Juhant in dr. Cyril Barrett, Champion Hall, University of Oxford. Od leta 1997 je bil docent za filozofijo na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, leta 2012 pa je bil izvoljen in imenovan za izrednega profesorja za filozofijo na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani. Leta 2023 ga je senat Univerze v Ljubljani izvolil in imenoval za rednega profesorja za filozofijo.

Od leta 1995 do leta 2000 je bil odgovorni urednik revije Tretji dan. Od ustanovitve dalje (leta 1993) je bil tajnik Mešane krovne komisije Rimokatoliške Cerkve in Vlade republike Slovenije (do leta 1997). Leta 1997 je postal mladi član Evropske akademije znanosti in umetnosti s sedežem v Salzburgu, leta 2008 pa redni član. Julija 2000 ga je ljubljanski nadškof dr. Franc Rode imenoval za direktorja Zavoda sv. Stanislava v Šentvidu nad Ljubljano. Leta 2008 je postal redni član Evropske akademije znanosti in umetnosti s sedežem v Salzburgu.

Leta 2005 ga je papež Benedikt XVI imenoval za pomožnega škofa v Ljubljanski nadškofiji. Posvečen je bil januarja 2006. Tri leta je vodil komisijo za šolstvo pri Slovenski škofovski konferenci. Leta 2022 pa je pri Slovenski škofovski konferenci prejel nove službe: je delegat Slovenske škofovske konference pri Komisiji škofovskih konference Evropske unije (COMECE). 24. marca 2023 je bil Jamnik v Rimu na pomladanski skupščini COMECE

soglasno izvoljen za predsednika Komisije za etiko pri Komisiji škofovskih konferenc Evropske unije v Bruslju (COMECE).

Je predsednik Komisije za koordinacijo katoliških medijev, ter predsednik Komisije za Slovence v zamejstvu in po svetu. Od leta 2023 je predsednik Komisije za šolstvo pri Slovenski škofovski konferenci. Prav tako je član sveta Muzeja krščanstva v Stični, kjer zastopa Slovensko škofovsko konferenco.

Od avtorski del je najpomembnejša knjiga, ki je leta 1998 izšla pri Novi reviji z naslovom Liberalizem in vprašanje etike. Prav tako pa je pri Novi reviji leta 2009 kot del monografije izšlo njegova razprava o komunitarizmu v odnosu do liberalizma. Leta 2012 je izšlo njegova tretja knjiga z naslovom »Med Vagabundom in romarjem« (Družina, 2012), ki obravnava temeljna etična vprašanja, liberalizem, vprašanja s področja filozofije religije, ter vprašanje slovenske osamosvojitve. Leta 2016 je pri založbi Ognjišče izšla njegova monografija z naslovom »Naš nadškof Šuštar – eden od očetov slovenske samostojnosti«. Leta 2018 je pri Mladinski knjigi izšlo eno njegovih temeljnih znanstvenih del, sad večletnega raziskovalnega, ki se posveča vprašnjem liberalizma in komunitarizma- znanstvena monografija z naslovom »Svet osamljenih tujcev« - Komunitarna in postmoderna kritika liberalizma. Leta 2020 je izšla znanstvena monografija »Nadškof Alojzij Šuštar 100 - letnica rojstva«, ki jo je uredil skupaj z Bojanom Žalcem in napisal obširen znanstveni prispevek o vlogi nadškofa dr. Alojzija Šuštarja pri slovenskem osamosvajanju. Znanstvena monografija in znanstveni simpozij sta dva konkretna rezultata dvoletnega projekta (Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani 2020-2022) o Pomenu in vlogi nadškofa dr. Alojzija Šuštarja v slovenskem in evropskem prostoru, v Cerkvi na Slovenskem, s posebnim poudarkom o njegovi vlogi pri slovenski osamosvojitvi S področja etike in družbenih vprašanj je objavil tudi mnoge druge razprave kot npr: Trstenjakovo etično pojmovanje človeka, Med vrednotami in liberalizmom, Postmoderna etična perspektiva, Strpnost - krepost za nove čase, Evropa išče svojo dušo, Propad totalitarnih ideologij in družbeno-moralna kriza, v zadnjih letih pa je objavil članke s področja filozofije religije in poslovne etike v znanstvenih revijah v Pekingu, Buenos Airesu, Dublinu, Tokiu in drugih znanstvenih revijah po Evropi in svetu. Imel je predavanje na Teološkem tečaju za študente in izobražence v Ljubljani in po drugih mestih po Sloveniji; julija 2000 je imel predavanje na Evropskem srečanju katoliških pedagogov z naslovom Učitelj pred izzivi časa, dvakrat je predaval v Dragi, sodeloval je na simpoziju v Rimu in drugod po svetu.

Po letu 2005 se zelo intenzivno posveča vprašanjem s področja šolstva. Vodil je Komisiji tako za katoliško osnovno šolo, kot tudi bodočo Katoliško Univerzo, ki je leta 2010 pričela s prvo fakulteto za Poslovne vede. S tem je bil tudi zaključen obširen projekt pokritje celotne vertikale katoliškega šolstva, od vrtcev do Katoliške fakultete za Poslovne vede. Bil je prvi direktor Katoliškega inštituta (do 2009), ki pomeni pomemben korak na poti ustanavljanja Katoliške Univerze. Leta 2010 je tako začela z delom prva fakulteta bodoče Katoliške Univerze, Fakulteta za poslovne vede (program za to fakulteto je bil od države verificiran februarja 2009), na kateri je prva leta predaval filozofijo, filozofijo religije in etiko (poslovno etiko). Prav na področju mednarodnega sodelovanja je bilo v njegovem času direktorske službe Katoliškega inštituta podpisanih večje število pogodb o sodelovanju z tujimi Univerzami, od Evrope, ZDA, Južne Amerike do Azije. Vodil je Komisijo za

pripravo katoliške osnovne šole, ki je leta 2008 začela delovati v Zavodu Svetega Stanislava in je to prva katoliška osnovna šola v Sloveniji. Zadnja leta predava po različnih univerzah po Evropi. Leta 2002 (do leta 2010) je bil imenovan za predsednika Republiške maturitetne komisije za filozofijo pri Ministrstvu za šolstvo,

Kot član Evropske akademije znanosti in umetnosti veliko sodeluje z različnimi ustanovami po celem svetu. Tako je predaval v ZDA (Boston College, Georgetown University), Angliji, v Argentini, Na Japonskem v Tokyu (Sophia University in Tsuda University) in na različnih drugih univerzah, v Salzburgu pa kot redni član Evropske akademije znanosti in umetnosti. V zadnjih letih se še več posveča mednarodnemu sodelovanju z azijskim prostorom. Tako je leta 2010 in leta 2011 aktivno sodeloval s predavanji na konferencah v Tokiu (Japonska), Cochinu, Bangalore (Indiji) in nekaterih drugih azijskih deželah. Aktivno sodeluje tudi z Mednarodnim inštitutom za poslovno etiko v Pekingu-Macau (Kitajska), kjer v programski skupini, v katero je vključen, pripravljajo knjigo o Poslovni etiki. Zadnja leta intenzivno sodeluje s Katoliško Univerzo svetega Jožefa v Macau na Kitajskem. Prav tako sodeluje v skupnih projektih s Katoliško Univerzo v Buenos Airesu (Argentina) in Univerzo v Dublinu, ter Ateneno de Manila University na Filipinih. Jamnik redno predava na različnih kongresih slovenskih in mednarodnih v Sloveniji. Je reden predavatelj v okviru Zdravniške zbornice, kjer predava o medicinski etiki, prav tako pa redno predava za zdravnike in osebje Medicorja, ko prirejajo Mednarodne kongrese. Je tudi redni predavatelj na mednarodnih konferencah Svetovnega slovenskega kongresa. Poleg mnogih znanstvenih člankov je napisal tudi štiri monografije: Liberalizem in vprašanje etike, Med romarjem in vagabundom, Naš nadškof Šuštar, Svet osamljeni tujcev-Komunitarna in postmoderna kritika liberalizma ter daljšo razpravo o komunitarizmu v knjigi Mateje Pevec Rozman z naslovom Etika in sodobna družba

Januarja 2013 je sodeloval na treh mednarodnih konferencah v Aziji: v New Delhiju na temo krščanstva v globalnem svetu, v Bangaloreju (Indija) je imel seminar o etiki na St. John's University za študente medicine, v Pekingu je predaval o sodobnih etičnih dilemah globalnega sveta. Leta 2017 pa je kot gostujoči profesor predaval na Teološki fakulteti in Inštitutu za medicinsko etiko v Mumbaiu v Indiji. Posveča se predvsem sodobnim vprašanjem s področja filozofije religije, medverskega dialoga in aplikativne etike ter dilemam sodobnega liberalizma in neoliberalizma. Leta 2018 je predaval v Seulu na Katoliški Univerzi. V juliju 2018 je v Singapurju imel dve predavanji o spravi na Korejskem poolotoku. V zadnji 10 letih se poleg pedagoškemu in raziskovalnemu delu, ter pisanju znanstvenih razprav, še posebej posveča azijskemu prostoru: Kitajski, Koreji, Indiji, Japonski, ter drugim državam v tem delu sveta. Leta 2019 je kot gostujoči profesor predaval na katoliški Univerzi v Seulu in Macau ter Pekingu.



Organizacija zdravstvenega sistema

The Organization of the Healthcare System

41

PRESEDUJOČI

43



mag. Andrej Bručan, dr. med.

Rojen leta 1943, zdravnik internist, kardiolog, politik.

Na Medicinski fakulteti UL je leta 1967 diplomiral in leta 1996 magistriral,¹ leta 1974 je opravil specializacijo iz interne medicine in leta 1989 iz kardiologije. Leto kasneje je opravil akademsko specializacijo – magisterij in leta 1993 v Belgiji opravil izpit iz urgentne medicine.

V letih 1969–1974 je deloval na Interni kliniki in na Infekcijski kliniki ljubljanske bolnišnice, nato pa se zaposlil v Centru za intenzivno interno medicino UKC Ljubljana. V letih 1979–2000 ter 2001–2004 je bil vodja Internistične prve pomoči ter v letih 1992–1996 direktor Internih klinik Zaloška.

Bil je mentor številnim študentom medicine, zdravnikom in medicinskim sestram na področjih interne, urgentne in intenzivne medicine. Bil je predsednik Slovenskega združenja za urgentno medicino (1994–2004) in v letih 1996–2004 podpredsednik Evropskega združenja za urgentno medicino, član izvršilnega odbora Evropskega sveta za reanimacijo in predsednik Komisije za sekundariat Zdravniške zbornice Slovenije. Od leta 1996 je član izpitnih komisij za izpit iz urgentne medicine in specialistični izpit iz interne medicine. V letih 2013–2017 je bil predsednik Komisije za pripravištvo Zdravniške zbornice Slovenije.

¹ https://sl.wikipedia.org/wiki/Andrej_Bru%C4%8Dan

Je avtor poglavja o reanimaciji v učbeniku *Interna medicina* iz leta 1993. V letih 1992–2008 je bil urednik Zbornika simpozija *Urgentna medicina* in v letih 1996–2004 član izdajateljskega sveta in recenzent revij *European Journal of Emergency Medicine* in *Resuscitation*.²

Od leta 1994 je član SDS, kjer je postal leta 1996 predsednik odbora za zdravstvo, leta 2000 pa minister za zdravstvo v Bajukovi vladi, od leta 2004 do leta 2007 ponovno minister za zdravstvo, leta 2008 je deloval kot poslanec v Državnem zboru RS, leta 2008 se je upokojil. Od leta 2000 do leta 2006 je bil predsednik mestnega odbora SDS v Ljubljani, istočasno pa tudi podpredsednik SDS.

² Andrej Bručan – *Curriculum Vitae*, 2020. Osebni arhiv.

PRESEDUJOČA



prof. dr. Metka Zorc, dr. med.

Je redna profesorica Medicinske fakultete v Ljubljani. V Slovenski medicini in med slovenskimi srčnimi bolniki ji pripada posebno mesto. Na osnovi dolgoletnih izkušenj, pridobljenih v tujini in doma je s svojim entuziastičnim delom, strokovnim znanjem in organizacijskimi sposobnostmi ustvarila Mednarodni center za zdravljenje bolezni srca in žilja MC MEDICOR Slovenija.

Po dvajsetih letih delovanja je center postal vodilna Evropska ustanova z izjemnim rezultatom zdravljenja in najnižjo smrtnostjo na zahtevnih operativnih posegih. Zadovoljstvo Slovenskih srčnih bolnikov so izrazile ankete Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, saj je bil center več let izbran za najboljšo bolnišnico v Sloveniji. V letu 2010 je dodatno razvila Center za rehabilitacijo in preventivno kardiologijo prof. dr. Jostp Turk s tesnim sodelovanjem z LifeClass hoteli Portorož z namenom razvoja zdravstvenega turizma v Sloveniji.

Študij medicine je končala na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Istočasno je na Biotehniški fakulteti v Ljubljani končala tudi študij biologije. Zaposlila se je v Univerzitetnem Kliničnem centru v Ljubljani ter na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Specializacijo iz interne medicine je zaključila v Ljubljani z uspešno opravljenim specialističnim izpitom. Specializacijo s področja kardiologije je opravljala na Kliniki v Clevelandu (Cleveland Clinic Foundation), ki

predstavlja eno najboljših ustanov za zdravljenje bolezni srca in žilja v svetu. Po končani specializaciji se je dodatno izpopolnjevala na Univerzitetni kliniki v Ženevi ter na Univerzi Favaloro v Buenos Airesu, Argentina. Istočasno je končala študij medicinskega managementa v Vivey-ju (Švica).

Doktorsko disertacijo z naslovom: "Aterosklerotične spremembe koronarnih arterij v primerjavi z motnjo v metabolizmu lipidov in ogljikovih hidratov" je uspešno zagovarjala na Medicinski fakulteti v Ljubljani z oceno suma cum laude.

Znanje, pridobljeno s področja kardiologije in organizacije zdravstvene službe je združila pri nastanku novega Centra za zdravljenje bolezni srca in žilja v Sremski Kamenici pri Novem sadu, kjer je organizirala poseben oddelek za srčno transplantacijo in ga tudi vodila. Pod njenim vodstvom je bila uspešno izvršena prva transplantacija srca v takratni skupni državi Jugoslaviji, prav tako je prva v takratni državi opravila biopsijo srčne mišice. Na Histološkem inštitutu v Ljubljani je istočasno razvila nove metode analize srčno – mišičnega tkiva in uvedla sodobne principe zdravljenja bolezni miokarda.

Dolgoletne izkušnje na področju histoloških raziskav aterosklerotičnega procesa koronarnih arterij in bolezni srčne mišičnine je združila z uspešno klinično prakso. Že v zgodnjem začetku kliničnega dela se je posvetila zdravljenju bolnikov pred in po operacijah na srcu ter sekundarni preventivi, ustanovila ter razvila na Polikliniki v Ljubljani prvo ambulantno dejavnost s tega področja v Sloveniji. Uspešno je vodila zdravljenje številnih bolnikov iz Slovenije in tujine.

Združila je povezave med Medicinsko fakulteto v Ljubljani, Clevelandsko kliniko, (ZDA), Favaloro Foundation, Buenos Aires, (Argentina), Kantonalno bolnico v Ženevi, Lausani (Švica), Konkuk University Seul (Koreja) in Cedars Sinai Medical Center, Los angeles (ZDA). To dragoceno sodelovanje ohranja in pogloblja še danes skozi številne raziskovalne projekte in vsakoletno mednarodne konference. Znanje s področja srčne kirurgije in kardiologije je prenesla na Kitajsko, kjer je s pomočjo kolegov uspela oblikovati Kardiokirurški center v Yinchuanu. V matični ustanovi MC MEDICOR Slovenija je nudila uspešna izobraževanja kolegom iz Kitajske, od koder so lahko znanje prenesli v svojo domovino.

Rezultati odlične klinične prakse, združene z raziskovalnim delom ob povezavi in podpori kolegov iz tujine nadaljuje kot predsednica uprave na čelu Mednarodnega centra za zdravljenje bolezni srca in ožilja MC MEDICOR Slovenija od leta 2003.

V Slovenski medicinski prostor je s tem centrom prenesla nove ideje in uspešno vizijo zdravljenja kardiovaskularnih bolezni, razvila Center za

zdravljenje strukturnih bolezni srca in s pomočjo kolegov iz Koreje, ZDA in Argentine novo metodo operativnega zdravljenja zaklopk.

V letih 2012 – 2014 je uspešno vodila Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, leta 2007 je bila izbrana za Slovenko leta, leta 2014 pa za Specialistko leta.

Od marca leta 2014 je redna članica Evropske akademije znanosti in umetnosti. Podeljen ji je bil prestižni naslov akademik.

Leta 2019 ji je predsednik Republike Slovenije, gospod Borut Pahor, podelil posebno priznanje, red za zasluge na področju medicinskih znanosti.

Healthcare Today for Health Tomorrow

48



Ronald J. Chufo*

■ ***Ronald J. Chufo**

He is Co-Founder and Director International Patients Services Cleveland Clinic Foundation (Retired), University Hospital Medical Center, Director of International Center (Retired). Duke University Medical Center, Consultant – International Patient Services. McGill Hospital Medical Center Montreal Quebec. Consultant – Establish International Patient Physician Program. Also Consultant to Medical Centers in Bahamas, Slovenia and USA, on as needed basis. Coordinated Medical Programs in Countries including Saudi Arabia, Brazil, Turkey, Bahrain, Egypt, Oman, Canada, Bahamas and Slovenia. Establish first patient Air Medical Transport worldwide. Established Physician Education Program for nonUSA licensed Physicians in their Field of Medicine. Employed in the USA Space Program and in Developing pharmaceuticals and life support systems. Employed by the American National Red Cross. Developing and teaching emergency programs such as CPR, Heimlich Maneuver, Ski patrol rescue emergency. Medical Technician Program and First Aid Water Rescue Programs.

Vizija organizacije zdravstvenega sistema

The Vision and Organisation of Health Care System



Metka Zorc*

Veseli me, da se bomo v okviru letošnje konference zdravnikov iz domovine in tujine posvetili posebnemu problemu organizacije zdravstvenega sistema. Mnenja sem, da brez učinkovite organizacije ni uspešnega zdravljenja.

Tega dejstva smo se najbrž v zadnjih letih premalo zavedali, saj smo priča razgradnji sistema, ki se postopoma in tiho pogloblja. Vsi deležniki v zdravstvu, od zdravnikov, organizatorjev zdravstva, medicinskega osebja in bolnikov to občutimo vsakodnevno.

Številne razprave, analize in predlogi, ki so se oblikovali v okviru različnih skupin so bili dobri in vzpodbudni, vendar se resnično prave organizacije ni lotil nihče. Predlagane so bile parcialne rešitve, ki niso prinesle napredka, temveč so poglobljale obstoječe stanje.

Iskati krivca ali krivce ni smotno, potrebno je videti rešitve in pristopiti s pozitivno energijo in resničnim hotenjem, da se postavi uspešen organizacijsko trden zdravstveni sistem, ki bo posvečen bolniku in izvajalcem.

Prepričana sem, da je potrebno postaviti in organizirati prijetno delovno okolje, kajti samo v tem je ključ uspeha. Uspeha, ki se prenaša od izvajalcev na bolnika, ki mu moramo zagotoviti vrhunsko zdravstveno oskrbo.

Gotovo ni resnica, da se sistem razgrajuje zaradi ideje o razvoju zasebne iniciative. Potrebno je natančno in pregledno povezati javni zdravstveni

sistem, ki mora ostati baza slovenskega zdravstva in skozi povezave pravilno razporediti dodatno zasebno iniciativo.

Zavedati se moramo, da smo zdravniki odgovorni za svoje delo, odgovorni družbi in bolnikom in da moramo najprej preučiti, kaj storiti sami, znotraj stroke, kako pozitivno motivirati zaposlene in vse deležnike v zdravstvu, da bo sistem deloval sinhrono in pregledno.

Ne smemo čakati jutrišnjega dne, z organizacijo osnovnega zdravstva je potrebno pričeti takoj in opredeliti sekundarni nivo zdravstvenih storitev, še posebno pa preučiti terciarni nivo sistema.

Slovenski državljan si zasluži dobro zdravstveno oskrbo. Strokovnost zdravljenja mora biti kolikor mogoče enotna, kar je možno organizirati skozi mrežo zdravstvenih storitev. Natančno je potrebno opredeliti delovanje bolnišnic in specializiranih centrov, kjer se izvajajo posebno zahtevna zdravljenja.

V zdravstveni sistem je nujno potrebno vnesti kontrolne mehanizme, opredeliti kvaliteto dela in rezultate zdravljenja, ki jih že dolgo zasledujejo ustanove razvitega sveta. Samo na ta način bo mogoče zagotoviti varno zdravljenje in skrbeti za zdravje v naši deželi tako, da bo življenje vredno življenja.

50 ■

■ ***prof. dr. Metka Zorc, dr. med.**

Je redna profesorica Medicinske fakultete v Ljubljani. V Slovenski medicini in med slovenskimi srčnimi bolniki ji pripada posebno mesto. Na osnovi dolgoletnih izkušenj, pridobljenih v tujini in doma je s svojim entuziastičnim delom, strokovnim znanjem in organizacijskimi sposobnostmi ustvarila Mednarodni center za zdravljenje bolezni srca in žilja MC MEDICOR Slovenija.

Po dvajsetih letih delovanja je center postal vodilna Evropska ustanova z izjemnim rezultatom zdravljenja in najnižjo smrtnostjo na zahtevnih operativnih posegih. Zadovoljstvo Slovenskih srčnih bolnikov so izrazile ankete Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, saj je bil center več let izbran za najboljšo bolnišnico v Sloveniji. V letu 2010 je dodatno razvila Center za rehabilitacijo in preventivno kardiologijo prof. dr. Jostp Turk s tesnim sodelovanjem z LifeClass hoteli Portorož z namenom razvoja zdravstvenega turizma v Sloveniji.

Študij medicine je končala na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Istočasno je na Biotehniški fakulteti v Ljubljani končala tudi študij biologije. Zaposlila se je v Univerzitetnem Kliničnem centru v Ljubljani ter na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Specializacijo iz interne medicine je zaključila v Ljubljani z uspešno opravljenim specialističnim izpitom. Specializacijo s področja kardiologije je

opravljala na Kliniki v Clevelandu (Cleveland Clinic Foundation), ki predstavlja eno najboljših ustanov za zdravljenje bolezni srca in žilja v svetu. Po končani specializaciji se je dodatno izpopolnjevala na Univerzitetni kliniki v Ženevi ter na Univerzi Favaloro v Buenos Airesu, Argentina. Istočasno je končala študij medicinskega managementa v Vivey-ju (Švica).

Doktorsko disertacijo z naslovom: "Aterosklerotične spremembe koronarnih arterij v primerjavi z motnjo v metabolizmu lipidov in ogljikovih hidratov" je uspešno zagovarjala na Medicinski fakulteti v Ljubljani z oceno suma cum laude.

Znanje, pridobljeno s področja kardiologije in organizacije zdravstvene službe je združila pri nastanku novega Centra za zdravljenje bolezni srca in žilja v Sremski Kamenici pri Novem sadu, kjer je organizirala poseben oddelek za srčno transplantacijo in ga tudi vodila. Pod njenim vodstvom je bila uspešno izvršena prva transplantacija srca v takratni skupni državi Jugoslaviji, prav tako je prva v takratni državi opravila biopsijo srčne mišice. Na Histološkem inštitutu v Ljubljani je istočasno razvila nove metode analize srčno – mišičnega tkiva in uvedla sodobne principe zdravljenja bolezni miokarda.

Dolgoletne izkušnje na področju histoloških raziskav aterosklerotičnega procesa koronarnih arterij in bolezni srčne mišičnine je združila z uspešno klinično prakso. Že v zgodnjem začetku kliničnega dela se je posvetila zdravljenju bolnikov pred in po operacijah na srcu ter sekundarni preventivi, ustanovila ter razvila na Polikliniki v Ljubljani prvo ambulantno dejavnost s tega področja v Sloveniji. Uspešno je vodila zdravljenje številnih bolnikov iz Slovenije in tujine.

Združila je povezave med Medicinsko fakulteto v Ljubljani, Clevelandsko kliniko, (ZDA), Favaloro Foundation, Buenos Aires, (Argentina), Kantonalno bolnico v Ženevi, Lausani (Švica), Konkuk University Seul (Koreja) in Cedars Sinai Medical Center, Los angeles (ZDA). To dragoceno sodelovanje ohranja in pogloblja še danes skozi številne raziskovalne projekte in vsakoletne mednarodne konference. Znanje s področja srčne kirurgije in kardiologije je prenesla na Kitajsko, kjer je s pomočjo kolegov uspela oblikovati Kardiokirurški center v Yinchuanu. V matični ustanovi MC MEDICOR Slovenija je nudila uspešna izobraževanja kolegom iz Kitajske, od koder so lahko znanje prenesli v svojo domovino.

Rezultati odlične klinične prakse, združene z raziskovalnim delom ob povezavi in podpori kolegov iz tujine nadaljuje kot predsednica uprave na čelu Mednarodnega centra za zdravljenje bolezni srca in ožilja MC MEDICOR Slovenija od leta 2003.

V Slovenski medicinski prostor je s tem centrom prenesla nove ideje in uspešno vizijo zdravljenja kardiovaskularnih bolezni, razvila Center za zdravljenje strukturnih bolezni srca in s pomočjo kolegov iz Koreje, ZDA in Argentine novo metodo operativnega zdravljenja zaklopk.

V letih 2012 – 2014 je uspešno vodila Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, leta 2007 je bila izbrana za Slovenko leta, leta 2014 pa za Specialistko leta.

Od marca leta 2014 je redna članica Evropske akademije znanosti in umetnosti. Podeljen ji je bil prestižni naslov akademik.

Leta 2019 ji je predsednik Republike Slovenije, gospod Borut Pahor, podelil posebno priznanje, red za zasluge na področju medicinskih znanosti.

Kako izboljšati zdravstveni sistem

How to Improve Healthcare System



Igor D. Gregorič*

■ ***prof. dr. Igor D. Gregorič, dr. med.**

He is a cardiothoracic surgeon and a physician scientist, who has dedicated his career to the improvement of the cardiothoracic and transplant fields. He completed his medical degree and internship at the University of Ljubljana in Slovenia. He entered the general surgery residency in Slovenia, however as he always aspired to be a cardiothoracic surgeon, he looked for an opportunity to spend some time in a world-renowned cardiovascular surgical institution in the United States. In 1984 he accepted and then completed the cardiovascular fellowship with the premier cardiac surgeon, Dr. Denton A. Cooley. He then went on and additionally completed a Vascular Surgery fellowship under the mentorship of Dr. George Reul, and Transplant and Mechanical Circulatory Support fellowship under Dr.O.H. Frazier at the Texas Heart Institute (THI) in Houston Texas.

In 1992, he began an ACGME-accredited surgical residency at the University of Texas McGovern Medical School, under program director Dr. John Potts. Upon successfully completing the General Surgery residency, he was accepted to an ACGME-accredited cardiothoracic surgery residency at THI, which he concluded in 1998; and was then Board Certified by the American Board of Surgery in 2000 and the American Board of Thoracic Surgery in 2005.

Since 2012, Dr. Gregorič has served as Chief and Program Director of Cardiopulmonary Transplantation /Mechanical Circulatory Support Department at the Center for Advanced Heart Failure at UTHealth/

Memorial Hermann Heart and Vascular Institute. He is a Tenured Professor of Cardiothoracic and Vascular Surgery. The program has grown its clinical capacity as there are now over 1500 surgical procedures conducted per year and these include 40-50 heart transplantations, 60-70 LVAD procedures, 150 ECMOs and over 250 TAVRs.

To date, he has presented at over 300 conferences, and has conducted training workshops from 2005-2012 at the THI on multiple LVAD systems. He is an active member of 18 professional societies and associations and an active member of FACC and FACS; additionally he has served on multiple professional committees. He is the author of over 400 manuscripts and abstracts.

Dr. Gregorič was awarded an honorary PhD in 2017; and in 2019 completed one-year Postgraduate Surgical Leadership Certificate Program at Harvard Medical School. In 2023 he graduated from Master of Business Administration at University of Houston.

Slovenski in avstrijski zdravstveni sistem – izkušnja in praktični pogled kirurga

Slovenian and Austrian Healthcare Systems – a Surgeon's Experience and Practical Perspective



Jurij Gorjanc*

1. Nekaj suhoparnih podatkov, ki pa so lahko zelo povedni.

Število prebivalcev: Slovenija 2,75 milijona (od tega 650.000 Slovencev po svetu), Avstrija 9,5 milijona (od tega ca. 580.000 Avstrijcev izven Avstrije).

Več kot petina Slovencev (23,6%) živi zunaj matične domovine, kar je 4x več v primerjavi z Avstrijci (6,1%). So to prednosti ali slabosti? Verjetno predvsem zgodovinske danosti.

2. Nekaj primerjav glede zdravstvenega sistema.

- a. Slovenija ima 27 javnih zdravstvenih ustanov + ca. 15 zasebnih (tudi koncesionarskih) bolnišnic, v katerih lahko bolniki prenočijo. Podobno število (26) bolnišnic ima tudi dežela Koroška (560.000 prebivalcev). V celi Avstriji je javnih in zasebnih (tudi koncesionarskih) bolnišnic 264. Slovenija ima po statistiki WHO 4,4 postelj na 1000 prebivalcev, Avstrija 7,4 postelj na 1000 prebivalcev. Svetovno povprečje je pri 2,9 posteljah na 1000 prebivalcev. V Sloveniji pride na 1000 bolniških postelj 3,3, v Avstriji 5,3 zdravnika.
- b. Pričakovana življenjska doba v Sloveniji je 80,6 let, v Avstriji 81,3 let (tudi povprečje EU 80,6 let).
- c. Izdatki povprečnega Slovenca za zdravstveni sistem (obvezno in dodatna zavarovanja ter plačila »iz žepa«) znašajo 2300 EUR, medtem ko znašajo v Avstriji 3900 EUR na osebo. Več kot v Avstriji vplačujejo le še na Norveškem, v Nemčiji in na Nizozemskem. Povprečje EU je cca. 3500 EUR na osebo.

- d. Eden od pokazateljev učinkovitosti zdravstvenih sistemov je t.i. starostno-standardizirano število smrti na 100.000 prebivalcev, ki pokaže na zelo visoko kvaliteto slovenskega zdravstva ob maksimalno izkoriščenih danostih oz. pomanjkanju zdravnikov: v Sloveniji znaša pri preventivi-propagiranju zdravega načina življenja 175 na 100.000 (Avstrija 157, EU povprečje 160). Glede učinkovitosti zdravljenja v Sloveniji je t.i. starostno-standardizirano število smrti na 100.000 77 (75 v Avstriji in 92 v EU povprečno).

3. Osebna izkušnja glede zavarovalniške sistema v zdravstvu.

Na avstrijskem Koroškem sem zaposlen 13 let. Mesečno za zdravstveno zavarovanje plačujem 18 % od bruto plače, delodajalec doda še 21 %. Kot zdravnik sem z dodatnimi 11,6 % obvezno zavarovan tudi dodatno-nadstandardno (na Avstrijskem Koroškem obveza za zdravnike, pravnike in prostovoljno za ostale; v tem primeru je mesečna premija ca. 300 EUR). V Avstriji so do lanskega leta (2022) imeli konkurenco med zavarovalnicami, ki so zbirale obvezna zavarovanja. Lani so jih združili pod eno zavarovalnico, ki pa ima svoje podružnice po deželah. Bolniku za zdravljenje v bolnišnici, kamor gravitira, načeloma ob osnovnem zdravstvenem zavarovanju ni treba doplačati ničesar. Če pa nekdo želi priti na vrsto prej in gre v drugo bolnišnico, plača določene dodatne zneske, ki pa niso visoki. Namenjeni so bolj temu, da ljudi usmerijo k temu, da težijo k bolnišnici, ki je v njihovem območju bivanja, zato da se zdravljenja enakomerno razporedijo po bolnišnicah. Nadstandardno zavarovanje nudi prednostno obravnavo in večjo izbiro termina zdravljenja. Veliko ljudi iz aktivnih in višjih slojev se odloča za samoplačništvo, saj npr. v kirurgiji želi točno določenega kirurga, da je odnos osebni ter da se lahko kmalu vrnejo na delovno mesto.

4. Participacije glede zdravil.

Avstrijci zdravila doplačujejo. Gre za t. i. participacijo na recept, ki trenutno znaša 6,85 evra in se vsako leto spremeni. To pomeni, da ni nobeno zdravilo zastoj, vedno je treba plačati vsaj ta znesek oz. več, če zdravilo ni popolnoma krito iz zavarovanja. Dobro je, da bolniki zdravil, ki jih res nujno ne potrebujejo, ne kopičijo.

5. V Avstriji ob večjem številu zdravnikov in postelj na 1000 prebivalcev osnovno zavarovanje omogoča, da bolniki pridejo do velike večine storitev praktično brez čakalnih dob. Ključ uspeha je v zadostnem številu zdravnikov in bolnišnic (postelj). Tudi v Avstriji se na določene posege čaka, ampak to niso zelo dolge čakalne dobe. V izvajanju storitev, ki se krijejo iz obveznega zavarovanja, se vključujejo tako državne zdravstvene ustanove kot zasebniki, ki so koncesionarji. Delam v bolnišnici, ki je zasebna, to je cerkvena bolnišnica, kot je ena od 30 bolnišnic v Avstriji. In manj kot 30 bolnišnic v Avstriji je državnih.

Naša bolnišnica ima koncesijo že 300 let (od leta 1710). Lahko pa bolnik izbere tudi popolnoma zasebnega zdravnika, ki mu plača za storitev, nato pa uveljavlja povračilo dela stroškov od zavarovalnice.

Ostale prednosti / slabosti avstrijskega zdravstvenega sistema ter morebitni predlogi za izboljšanje stanja v Sloveniji bodo predstavljeni v predavanju.

1. Some basic information: Population: 2.75 million in Slovenia (of which 650,000 Slovenes worldwide), 9.5 million in Austria (of which approx. 580,000 Austrians outside Austria).

More than a fifth of Slovenians (23.6%) live outside their home country, which is 4 times more than Austrians (6.1%). Are these advantages or disadvantages? Probably mainly historical.

2. Some comparisons on the healthcare system:

- a. Slovenia has 27 public health care institutions + approx. 15 private (including those who are integrated in public HC system) hospitals where patients can stay overnight. The Land of Carinthia (560 000 inhabitants) has a similar number of hospitals (26). In the whole of Austria, there are 264 public and private hospitals. According to WHO statistics, Slovenia has 4.4 beds per 1000 inhabitants, Austria 7.4 beds per 1000 inhabitants. The world average is 2.9 beds per 1000 inhabitants. In Slovenia, there are 3.3 doctors per 1000 hospital beds, in Austria 5.3.
- b. Life expectancy in Slovenia is 80.6 years, in Austria 81.3 years (EU average 80.6 years).
- c. The average Slovenian spends €2,300 per person on healthcare (compulsory and supplementary insurance and out-of-pocket payments), compared to €3,900 per person in Austria. Only Norway, Germany and the Netherlands pay more than Austria. The EU average is around €3500 per person.
- d. One of the indicators of the efficiency of health systems is the age-standardised death rate per 100,000 population, which shows the very high quality of the Slovenian health system, while making the most of the available resources or the shortage of doctors: in Slovenia, it is 175 per 100,000 for prevention-promoting healthy lifestyles (Austria 157, EU average 160). As regards the efficiency of treatment in Slovenia, the age-standardised death rate per 100,000 is 77 (75 in Austria and 92 in the EU on average). In the EU, the average number of deaths per 100,000 is 77.

3. Personal experience of the health insurance system: I have been working in Carinthia for 13 years. I pay 18% of my gross salary monthly for health insurance, my employer adds another 21%. As a doctor, I am compulsorily

insured in so called premium (extra) insurance with 11.6% (in Carinthia, compulsory for doctors, lawyers and voluntary for others; in this case, the monthly fee is approx. EUR 300). In Austria, until last year (2022), there was competition between insurance companies collecting compulsory -basic insurances. Last year they were merged under one insurance company, which has its own branches in particular regions. The patient does not have to pay extra fees for treatment in the hospital to which he/she gravitates, in addition to the basic health insurance. However, if someone wants to get an appointment earlier and goes to another hospital, he or she pays certain additional amounts, which are not high. They are designed more to encourage people to gravitate towards the hospital that is in their area of residence, so that treatments are spread evenly across hospitals. Additional insurance offers preferential treatment and a greater choice of treatment options. Many people from the active and upper classes opt for self-payment because, for example in surgery, they want a specific surgeon, a personalised relationship and to be able to return to work soon.

58 ■

4. Medication (drugs) co-payments: the Austrians pay extra for medicines. This is the so-called prescription co-payment, which is currently €6.85 and changes every year. This means that no medicine is free, and you always have to pay at least this amount, or more if the medicine is not fully covered by insurance. It is good that patients do not hoard medicines that they do not really need.

5. In Austria, with a higher number of doctors and beds per 1000 inhabitants, basic insurance allows patients to access the vast majority of services with virtually no waiting times for diagnostic or therapeutic procedures. The key to success lies in the sufficient number of doctors and hospitals (beds). In Austria, too, there are waiting times for certain procedures, but these are not very long. Both state-run health care institutions and private hospitals are involved in the providing of health care service covered by compulsory insurance. I work in a private hospital, a church hospital, like one of the 30 hospitals in Austria. And less than 30 hospitals in Austria are state hospitals. Our hospital has had a contract with the state for 300 years (since 1710). Alternatively, a patient can choose a completely private sector, pay for the service and then claim part of the costs back from the insurance companies.

Other advantages/disadvantages of the Austrian healthcare system and possible suggestions for improving the situation in Slovenia will be presented in the lecture.

■ ***doc. dr. Jurij Gorjanc, dr. med.**

1. Osebni podatki

- Gorjanc Jurij
- Rojen: 1971 v Slovenj Gradcu

2. Izobrazba

- Srednja šola: Srednja šola tehnično naravoslovne in pedagoške usmeritve Ravne na Koroškem leta (kasneje Gimnazija) 1985
- Dodiplomski študij: Medicinska fakulteta v Ljubljani, diploma leta 1996

Specializacija:

- splošna kirurgija, specialistični izpit leta 2005
- visceralna (abdominalna) kirurgija, 2018
- kirurgija trebušne stene – mednarodna specializacija FEBS AWS 2020
- Podiplomski študij: magisterij na Univerzi v Ljubljani 2010
- Podiplomski študij: doktorat na Univerzi v Ljubljani 2019

3. Zaposlitve

- Leta 1996/97 vojaški rok.
- Leta 1998 staž in strokovni izpit

Redne zaposlitve:

- Od leta 1999-2011 zaposlen v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec
- Od leta 2011-2022 zaposlen v bolnišnici Usmiljenih bratov Šentvid ob Glini, Avstrija
- Od leta 2022 zaposlen v bolnišnici Elizabetink v Celovcu, Avstrija

Honorarne zaposlitve:

- Od leta 2000 – 2022 v helikopterski enoti GRZS Slovenije.
- Od leta 2003- 2021 honorarno zaposlen v helikopterski enoti Helikopterske nujne medicinske pomoči.
- Od leta 2009-2015 honorarno zaposlen pri helikopterski enoti Airmed v Avstriji (vodja zdravnikov)
- Od leta 2013 – 2021 honorarno zaposlen pri helikopterski enoti Martin 4 v Matri-u na vzhodnem Tirolskem, Avstrija

4. Akademski nazivi

- Docent na medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

5. Pedagoška dejavnost

- Predavatelj na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

6. Članstva v strokovnih združenjih

- V Sloveniji: 5
- V Evropi in svetu: 10

7. Prostovoljne aktivnosti:

- Humanitarne kirurške misije v tretjem svetu: 2009-2022 (14 misij)
- Gorska reševalna zveza Slovenije (od 1996 dalje)

1. Personal data

- Gorjanc Jurij
- Born: 1971 in Slovenj Gradec

2. Education

- Secondary school: Secondary school of technical, natural science and pedagogical orientation Ravne na Koroškem 1985
- Studies: Medical Faculty in Ljubljana, graduated in 1996

Surgical education:

- General surgery, consultant in 2005
- Visceral (abdominal) surgery, 2018
- Abdominal wall surgery – international specialisation FEBS AWS 2020
- Postgraduate studies: Master's degree at the University of Ljubljana 2010
- Postgraduate studies: PhD at the University of Ljubljana 2019

3. Employment

- 1996/97 Military service.
- 1998 internship

Regular employment:

- From 1999-2011 employed at the Slovenj Gradec General Hospital
- From 2011-2022 employed at the Hospital of St. John of God, St. Veit/Glan, Austria
- From 2022 employed at the Elisabeth Hospital in Klagenfurt, Austria

Honorary appointments:

- From 2000-2022 in the helicopter unit of Mountain Rescue Association of Slovenia.
- From 2003 – 2021 partly employed in the helicopter unit of the Helicopter Emergency Medical Services, Slovenia.
- From 2009-2015, partly employed at the »Airmed« helicopter unit in Austria (head of medical staff).
- From 2013 – 2021 partly employed at the »Martin 4« helicopter unit in Matrei, East Tyrol, Austria.

4. Academic titles

- Assistant Professor at the Faculty of Medicine, University of Ljubljana

5. Teaching activity

- Lecturer at the Faculty of Medicine, University of Ljubljana

6. Memberships in professional associations

- In Slovenia: 5
- In Europe and worldwide: 10

7. Voluntary activities:

- Humanitarian surgical missions in the Third World: 2009-2022 (14 missions)
- Mountain Rescue Association of Slovenia (since 1996)

Povezovanje javnega in zasebnega zdravstva

Public and Private Healthcare Hand in Hand

62



Matjaž Trontelj*

Zdravstveni sistemi v Evropi in svetu se soočajo z mnogimi izzivi; pomanjkanje in obremenjenost zdravstvenega kadra, rast stroškov zdravstvene oskrbe, dostopnost do zdravstvenih storitev, razvoj umetne inteligence, na drugi strani pa dejstva kot so staranje prebivalstva, nove, dražje metode zdravljenja, naštete izzive še poglobljajo.

Države zdravstvene izzive rešujejo na različne načine. V Sloveniji kljub izzivom večjih zakonskih sprememb v zdravstvenem sistemu ni bilo. Se pa že leta v javnosti pojavljajo enake razprave, med drugim tudi strogo ločevanje javnega in zasebnega zdravstva. Pri tem gre večkrat celo za enačenje javnega z državnim zdravstvom. Pa imamo res čas v teh zahtevnih časih, da se strogo držimo prepričanj/ideologij, namesto da bi skupaj iskali rešitve, ki bodo v dobrobit državljanu RS. Namesto o lastništvu izvajalca zdravstvenih storitev bi morali govoriti o dostopnih, kakovostnih in varnih zdravstvenih storitvah ter o učinkovitosti zdravstvenega sistema.

V nadaljevanju smo izpostavili 3 izzive in razmišljali o možnih rešitvah:

1. Dostopnost do storitev (in pomanjkanje zdravstvenega kadra)

Javna mreža izvajalcev zdravstvenih storitev je sestavljena iz javnih zdravstvenih zavodov ter zasebnih izvajalcev s koncesijo, zasebni izvajalci brez koncesije, so iz mreže izvzeti. Pri izvajanju storitev iz interventnega zakona se je izkazalo, da se zasebni izvajalci hitreje prilagodijo na potrebe trga in

so bolj organizirani. Namen vseh izvajalcev tako javnih kot zasebnih je opravljanje zdravstvenih storitev za prebivalce, ki te storitve potrebujejo. Pod enakimi pogoji in enako ceno storitve, bi morali razmisliti ali ne bi bilo smotno koncesije odpraviti in v javno zdravstveno mrežo vključiti vse izvajalce, ki imajo dovoljenje za opravljanje storitev in pri tem izvajalci določen del dobička usmerijo nazaj v dejavnost.

2. Financiranje zdravstvenih storitev

Izdatki za zdravstvo letno naraščajo in sicer povprečno s 6% letno rastjo.¹ Dejstvo je, da bodo potrebna sredstva za zdravstvo (in dolgotrajno oskrbo) tudi v prihodnjih letih hitro naraščala. Slovenija bo po ukinitvi dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja evropska država, z največjim deležem financiranja iz javnih sredstev. Žal pa potrebnih sredstev dolgoročno ne bo možno zagotoviti izključno iz javnih sredstev, zato bo potrebna kombinacija javnih in zasebnih sredstev. Če želimo ohraniti nizek delež plačil iz žepa, je potrebno zasebna sredstva zbirati preko zavarovanj – s tem tudi ohranjamo solidarnost. Tudi zavarovalnicam, ki bi imela takšna zavarovanja lahko omejimo višino dobička, ki ga lahko takšnega naslova zavarovanj imajo. Prav je, da si zastavimo vprašanje kakšen je zelen delež, ki naj se financira iz zasebnih sredstev? Za financiranje s strani zasebnih sredstev, se lahko oblikuje tudi samostojna košarica zdravstvenih storitev.

3. Kakovost in varnost

Danes žal nimamo podatkov glede kakovosti in varnosti posameznih zdravstvenih storitev in zdravstvenih izvajalcev. Vključevanje vseh izvajalcev v zdravstveni sistem bi dodatno spodbudilo izvajalce, da se primerjajo z ostalimi izvajalci preko kazalnikov kakovosti in varnosti, še posebno takrat, kadar so izvajalci z boljšo kakovostjo in varnostjo dodatno nagrajeni. V primeru, če bo (oz. ko bo) uvedeno plačilo izvajalcem glede na dosežene izide zdravljenja na podlagi vrednosti temelječe zdravstvene obravnave (NaVTeZ²), bodo izvajalci ves čas spodbujeni, da dvigujejo kakovost in varnost v vseh fazah zdravljenja. Prav tako bodo z uvedbo NaVTeZ znižali število nepotrebnih zdravstvenih storitev, ki jih ugotavlja poročilo OECD.³ Vse to pa seveda vpliva na dvig zadovoljstva pacientov z zdravstveno obravnavo in rezultate zdravljenja.

¹ Ministrstvo za zdravje, Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji – januar 2023

² Več na: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/novice-dokumenti/navtez-usmeritve-web.pdf?sfvrsn=fb13836_3

³ OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017. Poročilo med drugim ugotavlja, da je za 10% pacientov zdravstvena oskrba nepotrebna oz. ne vpliva na izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja ali je zanje celo škodljiva in da je pri več kot 10 % bolnišničnih izdatkov gre za popravke že izvedenih storitev, ki jih je mogoče preprečiti, medicinske napake ali okužbe, ki jih pacientih dobijo v bolnišnicah.

Slovensko zdravstvo nujno potrebuje spremembe. Rešitev je lahko v večjem povezovanju javnega in zasebnega, tako javnih in zasebnih izvajalcev kot javnih in zasebnih sredstev. Slovenija je država, kjer sta solidarnost in vzajemnost izrazitega pomena. Dobro delujoč javni zdravstveni sistem namreč podpira celotna politika in večina prebivalstva in deležnikov v sistemu. Seveda pa je potrebno doseči družbeni dogovor koliko javnega in koliko zasebnega želimo imeti v zdravstvenem sistemu. Pri tem pa je seveda ključno, da država določi regulativo ter nadzira pravilnost delovanja zdravstvenega sistema in ukrepa, ko je potrebno. Na dolgi rok bodo namreč stalne spodbude za napredek in dvig kakovosti ter gospodarnejše ravnanje z zdravstvenimi izdatki ključni za zagotavljanje učinkovitega zdravstvenega sistema, ki si ga vsi želimo in si ga zaslužimo. Najprej pa bo seveda potrebno narediti misli preskok, da zasebno ni v osnovi slabo, temveč da ga je nujno potrebno, seveda regulirano, vključiti v zdravstveni sistem, če želimo zagotavljati dostopne in kakovostne zdravstvene storitve ter zagotavljati dolgoročno finančno vzdržnost.

■ *Matjaž Trontelj

Direktor službe za javne zadeve, Vzajemna d.v.z.

Že več kot 20 let deluje v Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, 9 let kot direktor Sektorja za zavarovalne primere in od 1.3.2023 kot direktor Strateške službe za javne zadeve, kjer z ekipo zelo uspešno upravlja s področji obvladovanja partnerskega sodelovanja z izvajalci zdravstvenih storitev tako javnih zavodov kot tudi zasebnikov ter pokriva področje ključne zakonodaje zdravstva in dolgotrajne oskrbe.

Kot dolgoletni poznavalec zdravstvenega sistema se vključuje v razprave iskanja rešitev na izzive zdravstvenega sistema in področja dolgotrajne oskrbe. Pridobljeno znanje in poglede z veseljem deli na številnih konferencah, simpozijih in delavnicah. Na izzive zdravstvenega sistema gleda kot na priložnost, da ob sodelovanju vseh ključnih deležnikov zdravstva nadgradimo obstoječe stanje z upoštevanjem različnih interesov v splošno zadovoljstvo slovenskega pacienta. Trdno verjame, da je potrebno za večjo dostopnost do zdravstvenih storitev uporabiti vse razpoložljive kapacitete izvajalcev zdravstvenih storitev. Je in je bil član številnih delovnih skupin, deloval je v zdravstvenem svetu pri ministru za zdravje, bil je član in predsednik sveta JZ UKC LJ, predsednik sveta Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano (NLZOH), podpredsednik Svetovnega Slovenskega kongresa, trenutno je član sveta JZ ZD Grosuplje. Na lokalni in državni ravni je že vrsto let družbeno aktiven na različnih področjih v okviru lokalne samouprave in tudi širše.

Pri svojem javnem, družbenem in profesionalnem delovanju izpostavlja vrednote kot temelj vsake družbe. Prizadeva si za zdravo in konstruktivno medsebojno razpravo, zavzema se za iskrenost, odgovornost, pripravljenost na dialog, sodelovanje, timsko delovanje in verjame v skupne uspehe.

RAZPRAVA

65



Boštjan Kersnič, dr. med.

Sem Boštjan Kersnič, rojen 18.04.1974 v Ljubljani, Slovenija.

Osnovno šolo sem obiskoval v Novih Jaršah in nato nadaljeval srednjo šolo na Bežigranski gimnaziji v Ljubljani, kjer sem leta 1994 zaključil srednjo šolo. Istega leta sem se vpisal na medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer sem diplomiral 01.12.2003.

Med študijem sem prejel leta 1996 Prešernovo nagrado za raziskovalno delo na Ortopedski kliniki z naslovom Določitev geometrijskih parametrov zdrave medenice. Leta 1999 sem v sodelovanju s kolegom prejel še eno Prešernovo nagrado za delo na travmatološki kliniki z naslovom Določanje najugodnejše geometrije okolčja pri rekonstrukciji zlomov stegneničnega vratu.

28.09.2004 sem opravil strokovni izpit za poklic zdravnik.

29.06.2011 sem opravil specialistični izpit za delo na področju nefrologije, za katero imam veljavno licenco do 30.06.2018. Sedaj je veljavna licenca ob podaljšanju do 30.06.2025.

Sicer sem bil zaposlen v univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana od 01.04.2004 do 01.04.2012. V Univerzitetnem kliničnem centru, kjer sem nato 2 leti kasneje vpisal specializacijo iz interne medicine. Po opravljenih 2 letih specializacije sem jo zamenjal oziroma usmeril v ledvična obolenja. Tako sem leta 2012 opravil specialistični izpit iz nefrologije.

Istega leta sem se odločil in zamenjal delodajalca, tako da sem se zaposlil v Splošni bolnici Trbovlje, kjer sem se ukvarjam tako z nefrologijo kot tudi z interno medicino. Poleg dela na internem in dializnem oddelku je bilo moje ožje področje zanimanja dializno zdravljenje, kjer sem se poglobljeno ukvarjal z žilnimi pristopi za hemodializo. Kot ustanovni član Centra za žilne pristope za hemodializo, ki smo ga ustanovili konca leta 2012, sem se ukvarjal z diagnostiko, operacijami in intervencijo pri vseh tipih žilnih pristopov. Sorodna dejavnost ob ultrazvočni diagnostiki žilnih pristopov je tudi ultrazvočna diagnostika venskega sistema na nogah, še posebej krčni žil, kjer sem dobro sodeloval z našimi takratnimi kirurgi v kontekstu pred-operativne priprave operacije krčnih žil.

66 ■

Od leta 2016 sem zaposlen v splošni bolnišnici Novo mesto na nefrološkem in dializnem odseku v sklopu internega oddelka. Že leta 2012 sem bil povabljen za člana komisije za podiplomsko izobraževanje na zdravniški zbornici Slovenije. Trenutno sem še vedno aktiven v zdravniški zbornici kot podpredsednik ZZS in predsednik odbora za bolnišnično zdravstvo. V letu 2017 sem pridobil certifikat nadzornik kakovosti pri gospodarski zbornici. Od začetka novembra 2018 sem bil predstojnik medicinskega sektorja v Splošni bolnišnici Novo mesto. Od junija 2021 pa sem po odstopu takratnega strokovnega direktorja pa sem v.d. v splošni bolnišnici Novo mesto prevzel sam.

Sem mož in oče, ki verjame, da je potrebno vlagati v telo in dušo takrat, ko si zdrav. Ker pa sem tudi zdravnik, sem prepričan, da je potrebno tudi v času bolezni dobro poskrbeti za vse, ki bomo nekoč bolni. Vem in verjamem, da lahko z usklajenim delom in minimalnimi vzvodi v času zdravja krepimo telo in duha tako zasebno kot tudi na sistemski ravni v delovnih organizacijah. In verjamem, da lahko v času bolezni veliko pripomoremo k tem, da se poveča čuječnost za bolnike in vse zdravstvene delavce. Napak se ne bojim, se pa želim o njih pogovoriti, tudi če sem jih naredil sam, saj vem, da šele ko bom priznal zmotljivost in ponižnost, bom lahko postal boljši mož, oče in zdravnik. Sem tudi kar kritičen opazovalec našega zdravstvenega sistema kar napišem tudi v dnevnikih časopisih kot gostujoče pero.

Objavljeni članki iz PUB MED baze:

- Surgical thrombectomy of thrombosed arteriovenous grafts by interventional nephrologists. Ponikvar R, Premru V, Kersnič B. Ther Apher Dial. 2011 Jun;15(3):306-10.
- Citrate anticoagulation during post-dilution hemodiafiltration with a high cut-off (Theralite) membrane. Kovač J, Gubenšek J, Pernat AM, Buturovič-Ponikvar J, Kersnič B, Pretnar J, Ponikvar R. Ther Apher Dial. 2011 Jun;15(3):283-6.
- Hemodialysis catheters with citrate locking in critically ill patients with acute kidney injury treated with intermittent online hemofiltration or

hemodialysis. Skofic N, Buturović-Ponikvar J, Kovac J, Premru V, Knap B, Marn Pernat A, Kersnic B, Gubensek J, Ponikvar R. *Ther Apher Dial.* 2009 Aug;13(4):327-33.

- Membrane plasma exchange for the treatment of thrombotic thrombocytopenic purpura. Marn Pernat A, Buturović-Ponikvar J, Kovac J, Knap B, Premru V, Benedik M, Varl J, Skofic N, Gubensek J, Kersnic B, Ponikvar R. *Ther Apher Dial.* 2009 Aug;13(4):318-21
- Education of transplanted women for prevention of unplanned pregnancy following kidney transplantation. Calic M, Grego K, Kersnic B, Jovanovic E, Svetlin M, Kandus A. *J Ren Care.* 2007 Jan-Mar;33(1):17-9.
- Increased incidence of arthrosis in women could be related to femoral and pelvic shape. Kersnic B, Igljic A, Kralj-Igljic V, Srakar F, Antolic V. *Arch Orthop Trauma Surg.* 1997;116(6-7):345-7.
- The hip-joint resultant force in healthy male and female population: a comparative study. Stankovski V, Igljic A, Kralj-Igljic V, Kersnic B. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* 1996;63(4):211-3.
- Determination of the femoral and pelvic geometrical parameters that are important for the hip joint contact stress: differences between female and male. Kersnic B, Igljic A, Kralj-Igljic V, Jaklic A, Srakar F, Pernus F, Antolic V. *Pflugers Arch.* 1996;431(6 Suppl 2):R207-8.



mag. Marko Bitenc, dr. med.

Diplomiral je na Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1985, po opravljenem pripravništvu je začel s specializacijo iz kirurgije. Vključen je bil v raziskovalne projekte raka želodca in pljuč v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. Vzporedno s specializacijo je magistriral s področja zdravljenja pljučnega raka. Od leta 1993 je delal kot torakalni kirurg na Kliničnem oddelku za Torakalno kirurgijo v UKC Ljubljana. V tem času je bil tudi asistent za predmet Kirurgija na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani.

Od leta 1993 je član ESTS (European society of Thoracic Surgery). Glavno področje njegovega dela in raziskav je rak pljuč, požiralnika in želodca. Od leta

1996 je bil dvakrat izvoljen za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije. V tem času je bil tudi član Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. Opravljal je tudi funkcije v tujini, bil podpredsednik CPME in predsednik EFMA/WHO. Od ustanovitve dalje je član Združenja torakalnih kirurgov Slovenije, kjer trenutno opravlja funkcijo predsednika. Od leta 2005 je zasebni zdravnik s področja torakalne kirurgije. Je ustanovitelj in direktor Zdravstvenega zavoda Zdravje in Kirurgije Bitenc d.o.o.



Franci Gerbec

Rojen: 25.08.1943, Rodica, Domžale

Izobrazba: univ. dipl. pravnik (Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta, 1967)

Delal je v državni upravi (Izvršni svet Skupščine SRSlovenije), na Gospodarski zbornici Slovenije (1975/84), delegat v Zboru republik in pokrajin Skupščine SFRJ (1984/91), v SKB banki (1990/2001).

Je avtor številnih prispevkov v strokovnih revijah s področja prava in nepremičnin, soavtor knjige Pogodbe o leasingu ter komentarjev zakonov s področja ekonomskih odnosov s tujino in Zakona o podjetjih.

Na področju zdravstva je bil član sveta Zdravstvenega doma Domžale (2002-2010), sodeloval je pri ustanovitvi Medicinskega centra Medicor d.d., je član Upravnega odbora Društva na srcu operiranih Slovenije in Upravnega odbora Društva za zdravje naroda.

Sodeloval je pri pripravi pobud civilne družbe na področju oblikovanja zdravstvene politike in zdravstvene zakonodaje Republike Slovenije:

- je član delovne skupine Ministrstva za zdravje za pripravo Zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu
- član delovne skupine Ministrstva za zdravje za pripravo Zakona o psihoterapevtski dejavnosti
- pripravil strokovne podlage za spremembe in dopolnitve Zakona o pacientovih pravicah.

Je podpredsednik Zveze organizacij pacientov Slovenije.

Strokovni razvoj medicine kot temelj sistema

Professional Development of Medicine
as the Foundation of the System

69

PRESEDUJOČI

71



prof. dr. Zlatko Fras, dr. med.

Je specialist interne medicine in specialist kardiologije in vaskularne medicine ter redni profesor interne medicine (kardiologije) na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Od 2008 je strokovni direktor Interne klinike UKC Ljubljana. Je predsedujoči Razširjenega strokovnega kolegija (pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije) ter Strokovnega sveta internističnih strok pri Slovenskem zdravniškem društvu. Od 2012 je predsednik Združenja kardiologov Slovenije. Izvoljen je bil za priznanega člana Evropskega kardiološkega združenja (FESC, Fellow of the European Society of Cardiology), Ameriškega kardiološkega združenja (FACC, Fellow of the American College of Cardiology) in Kraljevega združenja zdravnikov (FRCP, Fellow of the Royal College of Physicians, London). Strokovno in znanstveno je usmerjen na področje preventivne kardiologije, osebna registrirana bibliografija obsega >900 enot (COBISS/Pubmed). V zgodnjih letih poklicne poti se je raziskovalno posvečal fiziologiji fibrinolize in njenim povezavam s telesno dejavnostjo, v zadnjih dveh desetletjih aktivno sodeluje predvsem v raziskavah, ki proučujejo dejavnike tveganja za srčno-žilne bolezni (zlasti aterosklerozo) in z vedenjskim slogom povezanih zdravstvenih stanj. Na tem področju je deloval kot nacionalni vodja Programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni (od 2001) in upravljalec Registra oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni. Je nacionalni koordinator za področje preventivne kardiologije pri Evropskem kardiološkem združenju. Na ključne teme s tega področja je do sedaj izvedel številna vabljena predavanja na

domačih in mednarodnih strokovnih srečanjih. Vodil je delovno skupino, ki je pripravila originalno slovensko metodologijo za oblikovanje z znanstvenimi izsledki podkrepjenih smernic klinične prakse, enega od temeljev za vzpostavitev sistematičnega celovitega upravljanja kakovosti v zdravstvu. Pomembno področje njegovega delovanja je podiplomsko usposabljanje in izobraževanje zdravnikov, kjer je aktivno deloval tako v okvirih Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS), kot pri Evropski zvezi zdravnikov specialistov (UEMS), ki jo jekot predsednik tudi vodil (2006-2012). Leta 2016 je od ZZS prejel najvišje stanovsko – Hipokratovo - priznanje.

72 ■

Professor Zlatko Fras, MD, PhD, specialist in Internal Medicine and specialist in Cardiology and Vascular medicine, is a Full Professor of Internal Medicine (Cardiology) at the Faculty of Medicine, University of Ljubljana and (since 2008) the Medical Director of the Division of Medicine at the UMC Ljubljana. He is the Chairman of the Extended Professional Collegium (at the Ministry of Health of the Republic of Slovenia), and the Professional Council of Internal Medicine at the Slovenian Medical Society. Since 2012, he has been the President of the Slovenian Society of Cardiology. He was elected as a Fellow of the European Society of Cardiology (FESC), the American Cardiology Association (FACC) and the Royal Society of Physicians (FRCP, London). Both professionally and scientifically, he is focused onto preventive cardiology and atherosclerosis; his registered bibliography comprises >900 items (COBISS/Pubmed). In his early career he devoted himself to research in the field of the physiology of fibrinolysis and physical activity, while during the last two decades, both nationally and internationally, he has actively participated in research of the different major behavioural and biological risk factors for cardiovascular diseases (atherosclerosis). He was appointed as the Chairman of the National Programme on Primary Prevention of Cardiovascular Diseases (CVD) (since 2001), and Registry of Persons at High CVD Risk. He is the National Coordinator (for Slovenia) in CVD prevention at the ESC. So far, he has given numerous invited lectures on key topics in preventive cardiology, both at the distinguished national and international scientific meetings. He led a Working Group that developed an original Slovenian methodology for the development of evidence-based clinical practice guidelines, one of the foundations for the systematic and comprehensive quality management in healthcare. An important area of his activities is Postgraduate Training and Education of physicians, where he was active both at the Medical Chamber of Slovenia (MCS), as well as internationally - with the European Union of Medical Specialists (UEMS), which he had the privilege to lead as president (2006-2012). In 2016, he received the highest professional award of recognition from the MCS - the Hippocrates Award.

Pomen spremljanja in “peer review” objave rezultatov zdravljenja

Importance of Monitoring and “Peer Review” Publication of Outcome Data



Marko Noč*

Stalno spremljanje izhodov zdravljenja je edini način, da ugotovimo kje smo primerjavi z mednarodnimi standardi in najboljšimi centri. To nam daje možnost, da v primeru slabših rezultatov, problem pravočasno identificiramo in popravimo. Pomembno je, da rezultate objavljamo “peer review” v mednarodnih strokovnih revijah, kar nam daje potrebno strokovno kredibilnost. To nas, skupaj z objavo rezultatov in originalnih “investigator-initiated” raziskav, pripelje v pomembne mednarodne multicentrične raziskave, ki oblikujejo sodobno doktrino zdravljenja in dodatno izboljša naše klinično delo, bolnišnico pa pripelje “on the map” v mednarodnem merilu. To bi moralo biti poslanstvo vsake univerzitetne bolnišnice, ki praviloma usmerja doktrino zdravljenja. Nenazadnje transparentne rezultate zdravljenja dolgujemo tudi plačniku-zavarovalnici in predvsem bolnikom, ki nam zaupajo svoje zdravje. Žal je tak pristop v slovenski medicini bolj izjema kot pravilo, saj zdravstveni sistem tega od izvajalcev ne zahteva oziroma ne spodbuja. Na ta način vseskozi prihaja do medijskega (samo)promoviranja strokovnih avtoritet, ki to, če bi se objektivno pregledalo rezultate njihovega zdravljenja, pogosto niso. Rešitev ni v še eni državni agenciji za kvaliteto pač pa v drugačni kulturi razmišljanja v slovenski medicini. Tako spremembo srednjeročno lahko prinese le kritična masa akademsko usmerjenih mladih zdravnikov, ki bi v času specializacije 1-2 leti preživeli v mednarodno priznani zdravstveni instituciji.

■ *prof. dr. Marko Noč, dr. med.

Je specialist kardiologije, intenzivne in interne medicine na Kliničnem oddelku za intenzivno interno medicino v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, in interventni kardiolog v mednarodnem srčnem centru MC Medicor Izola. Je redni profesor interne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani ter redni član Slovenske in Evropske akademije znanosti in umetnosti. V letih 1991-1993 je bil raziskovalec na področju eksperimentalne kardiologije (University of Health Sciences, Chicago), 1995-96 gostujoči znanstvenik (Institute of Critical Care Medicine, University of Southern California, Los Angeles), v letih 1999-2000 pa je opravil subspecializacijo iz intervencijske kardiologije (Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles). Poleg rednega dela s srčnimi in kritično bolnimi je objavil 160 člankov, ki so v zbirki »PubMed« z več kot 9.100 citati in »h-indeksom« 42, ter 12 poglavji v vodilnih mednarodnih učbenikih interventne kardiologije in intenzivne medicine. Kot vabljen predavatelj je sodeloval na več kot 240 mednarodnih strokovnih srečanjih iz svojega področja.

Napotitve bolnikov na kirurško zdravljenje v tujino

Referral of Surgical Patients Abroad



Andrej Vranič*

V prispevku so predstavljeni primeri slovenskih nevrokirurških bolnikov, ki so bili napoteni na kirurško zdravljenje v tujino. Opisani so proces napotitve, njegove prednosti in slabosti ter rezultati zdravljenja.

Poseben poudarek je namenjen kirurgiji epilepsije. Kirurgija epilepsije je funkcionalna kirurgija, katere namen je odstranitev epileptogenega področja možganov. V ožjem smislu h kirurgiji epilepsije ne prištevamo kirurgije tumorjev, ki povzročajo epileptične napade. Pri predoperativni diagnostiki uporabljamo natančne magnetnoresonančne (MR) posnetke, s katerimi si dobro prikažemo morebitne strukturne nenormalnosti, mejo med belo in sivo možganovino ter možgansko žilje. V pomoč pri iskanju epileptogenega področja sta tudi funkcionalni slikovni metodi pozitronska izsevna tomografija (PET) in enofotonska izsevna računalniška tomografija (SPECT). Če je potrebno, robove epileptogenega področja in količino možganskega tkiva, ki ga nevrokirurg odstrani, določimo s pomočjo površinskega in globokega elektroencefalografskega (EEG) snemanja. Globoke intracerebralne elektrode vstavimo v anatomske strukture, ki smo jih že s predoperativnimi preiskavami določili kot najverjetnejše epileptogene regije. Pri starejši stereo EEG (SEEG) tehniki sta se za določitev tarčnih anatomskih struktur uporabljala stereotaktični okvir in arteriografska preiskava. Danes nam MR in robot omogočata, da se izognemo tako arteriografski preiskavi kot tudi neprijetnemu stereotaktičnemu okviru. Med posegom v možgane vstavimo 10-20 tankih žičnatih elektrod po predhodno pripravljeni shemi.

Intrakranialno snemanje epileptičnih napadov in določanje funkcionalnih področij možganske skorje nam omogočata, da natančno opredelimo robove epileptogenega področja, hkrati pa se izognemo po-operativnim nevrološkim izpadom. Rezultati kirurgije so močno odvisni od izbire bolnikov, zato je potrebno pri vsakem bolniku skrbno pretehtati kirurške indikacije. Ob primerno izbranih bolnikih je uspešnost kirurškega posega velika.

■ ***dr. Andrej Vranič, dr. med.**

Po končani gimnaziji na Ravnah na Koroškem je študiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani, kjer je prejel dve Prešernovi nagradi. Leta 1996 se je zaposlil v UKC Ljubljana, kjer je pod mentorstvom akademika prof. dr. Vinka V. Dolenca opravljal podiplomski študij in leta 2000 zagovarjal magistrsko nalogo. Specialistični izpit iz nevrokirurgije je opravil leta 2004, leta 2011 pa je pridobil naziv doktor znanosti. Kirurških tehnik se je poleg Ljubljane učil v Bonnu, Houstonu, Montpellieru in Rotterdamu, največ pa v Parizu, kjer je leta 2012 opravil tudi postdoktorsko izobraževanje.

Svojo kariero je v največji meri posvetil kirurgiji možganskih in hrbteničnih tumorjev ter degenerativnih boleznih hrbtenice. V Sloveniji je uvedel tri nove kirurške tehnike: dekompresivno kraniektomijo pri zdravljenju možganskega edema (2004), vstavljanje medvretenčnih kletk pri operacijah vratne hrbtenice (2008) in odstranjevanje možganskih tumorjev pri budnem bolniku (2011). Ukvarjal se je tudi s kirurgijo epilepsije. Od leta 1996 je sodeloval v več nacionalnih in mednarodnih raziskovalnih projektih, največ iz področja biologije možganskih tumorjev. Je avtor in soavtor več kot petdesetih znanstvenih publikacij, med njimi dvajsetih člankov v indeksiranih znanstvenih revijah.

Od leta 2015 živi in dela v Parizu, kjer kot svobodni zdravnik nevrokirurg zdravi bolnike s hrbteničnimi in možganskimi boleznimi. Akreditiran je za kakovost storitev v zdravstvu s strani francoskega regulatornega organa ARS. Sodeluje v izobraževalnem procesu francoskih študentov medicine. Operira tudi v Sloveniji, kamor se redno vrača. Predava na znanstvenih konferencah, nemedicinskemu občinstvu pa s področja degenerativnih boleznih hrbtenice. Je sodni izvedenec za področje nevrokirurgije in član Odbora za zasebno zdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije.

Nauki iz drugih industrij za izboljšanje kakovosti oskrbe v medicini

Lessons from other Industries for Improving the Quality of Care in Medicine



Jan Bidovec*

V svoji predstavitvi bom raziskal pristope in orodja za izboljšanje kontrole kakovosti v medicini, pri čemer bom upošteval tudi vidike drugih industrij.

Izkušnje letalske industrije so lahko dragocen vir vpogledov v izboljšanje kakovosti v medicini. Kontrolni sezname, timsko sodelovanje in učenje iz napak so pristopi, ki so se izkazali za uspešne pri zmanjševanju tveganj in napak. V predstavitvi bom raziskal, kako lahko te prakse uporabimo v medicinskem okolju.

Nadaljeval bom s poudarkom na implementaciji kontrol kakovosti v celoten proces zdravljenja, vključno z bolnišnično oskrbo, ambulantno nego in rehabilitacijo. Predstavil bom pristop s kontrolnimi odbori in nacionalnim registrom kot orodje za spremljanje in izboljšanje kakovosti oskrbe.

Sistem za poročanje o kritičnih incidentih (CIRS) bo obravnavan kot mehanizem za prepoznavanje in reševanje ponavljajočih se napak v medicini. Poudaril bom tudi sodelovanje med strokovnjaki v zdravstvu in pomembnost obvladovanja napak v procesu oskrbe.

Ključni cilj je izboljšanje varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene oskrbe. Medicinske napake so žal še vedno pogoste in njihove posledice so lahko usodne. Vendar se lahko veliko naučimo iz uspešnih praks v drugih industrijah. Kontrolni sezname, ki so jih prvi uporabili piloti, so danes nepogrešljivo orodje v operacijskih dvoranah. Timsko delo, kot ga poznamo iz letalskega

sveta, pripomore k boljšemu sodelovanju med člani zdravstvenega tima. Tudi sistem za poročanje o napakah, podoben tistemu v letalstvu, lahko pomaga prepoznati in preprečiti ponavljajoče se napake v medicini.

Poleg tega je ključno spremljanje in nadzor nad kakovostjo oskrbe skozi celoten proces zdravljenja. Nacionalni registri in kontrolni odbori omogočajo zbiranje podatkov, ki pomagajo izboljšati prakse in zmanjšati napake. Sistem CIRS omogoča anonimno poročanje o kritičnih incidentih, kar spodbuja odprto kulturo napak in učenje iz njih.

Medicinska tehnologija je omogočila tudi boljši nadzor nad vitalnimi znaki pacientov, kar lahko pomaga prepoznati morebitne težave prej in preprečiti zaplete. Vse te metode in orodja so lahko ključ do izboljšanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov v medicinski praksi.

78 ■

Zaključno, poudarjam, da je ključno, da medicinska skupnost sprejme nauke iz drugih industrij in jih implementira v svojo prakso. S tem bomo dosegli višjo raven varnosti in kakovosti oskrbe, kar bo koristilo vsem pacientom.

■ ***Jan Bidovec, dr. med.**

Rojen 17.10.1989 v Ljubljani. Leta 2008 sem pričel z medicinskim študijem v Ljubljani. Za časa študija sem bil na treh izmenjavah v Memorial Hermann bolnici v Teksasu, univerzitetni bolnišnici Zürich ter kantonalni bolnišnici Aarau. Navdih za srčno kirurgijo sem dobil za časa študija, ko mi je bila ponujena možnost da sodelujem pri operacijah na srcu v mednarodnem centru za kardiovaskularne bolezni Medicor. Po zaključenem študiju sem opravil staž v Univerzitetnem kliničnem centru v Mariboru. Po končanem stažu sem začel opravljati poklic specializanta v univerzitetni bolnici v Bernu na oddelku za kardiovaskularno kirurgijo. V letu 2018 sem opravil dvoletno rotacijo iz splošne kirurgije v kantonalni bolnici v Thunu. Od avgusta 2020 sem zaposlen v univerzitetni bolnici v Zürichu na srčni kirurgiji. V času študija sem bil aktiven športnik in večkratni državni prvak v sabljanju. Zastopal sem državne barve na svetovnih in evropskih prvenstvih od leta 2008 do 2019. Trenutno sem aktiven na športnih dogodkih kot športni zdravnik.

Spoprijemanje z izzivi v zdravstvu po pandemiji Covid-19

Dealing with Challenges in Healthcare
after the Covid-19 Pandemic

79

PRESEDUJOČA



prof. dr. Bojana Beović, dr. med.

Full prof. Bojana Beović, MD, PhD was born in Ljubljana, Slovenia. She graduated at Medical School University in Ljubljana in 1982 where she obtained her master degree and PhD. In 1993 she passed the board exam in infectious diseases at the University Medical Centre Ljubljana. She was further educated in pharmacology at the University of Zagreb, Croatia, and at The University of Wisconsin Hospital and Clinics, she was also a visiting professor in Trieste, Italy. Since 1986, she has been employed at the Department of Infectious Diseases at the University Medical Centre in Ljubljana. She was attending physician at the intensive care unit from 1993 to 2013. From 2005 to 2008 she was assistant medical director of University Medical Centre in Ljubljana. Currently, she is the head of the ID Consultancy Service.

She was the member of Patient Safety Working Group at the High Level Group on Health Services and Medical Care at the European Commission from 2006 to 2009.

From 2006 to 2009 she was the president of the Health Council at the Ministry of Health of Slovenia. From 2004 to 2018 she was the president of the Slovenian Society of Chemotherapy and since 2019 she is the chair of the Intersectoral Coordination Mechanism for Prudent Use of Antimicrobials at the Ministry of Health. Since 2008 she is the head of the Antibiotic Committee in UMC Ljubljana. At the European Society of Clinical Microbiology and Infectious diseases (ESCMID), she served as honorary

secretary from 2009 to 2014, and the chair of the ESCMID Study group for Antibiotic policies, now ESMID Study Group for Antimicrobial Stewardship (ESGAP) from 2014 to 2018. During covid-19 pandemic in 2020 she served as the chair of Scientific advisory group to the Ministry of Health. Currently she is the president of Medical Chamber of Slovenia. She is full professor of infectious diseases at the Medical School, University of Ljubljana. She was the organizer and co-organizer of several international and national scientific meetings and educational courses. As a speaker she was invited to many scientific meetings in the country and abroad. Her main focus of professional and scientific interest is antimicrobial stewardship and infections in surgery, she is the author and co-author of more than 300 publications published in national and international literature.

Vpliv epidemije COVID-19 na oskrbo aterosklerotičnih žilnih bolezni v Sloveniji

The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Management of Atherosclerotic Vascular Diseases in Slovenia



Borut Jug*

Epidemija koronavirusne bolezni 19 (COVID-19) je prizadela zdravstveno oskrbo na več ravneh, tako z vidika preobremenjenosti in preusmerjanja zdravstvenega sistema kot z vidika zmanjšanega iskanja zdravstvene pomoči. V prispevku predstavljamo podatke za oskrbo aterosklerotične žilne bolezni v Sloveniji ter iztočnice, kako nasloviti izzive, ki jih je povzročil zunanji šok epidemije.

V Sloveniji se od leta 2018 izvaja projekt, ki je prvenstveno namenjen spremljanju kakovosti oskrbe bolnikov z aterosklerotično žilno boleznijo (koronarna, možganskožilna in periferna arterijska bolezen), in sicer s pomočjo združevanja podatkov o i) bolnišničnih obravnavah, ii) predpisovanju zdravil, iii) koriščenju zdravstvenih storitev (npr. ambulantne kontrole in rehabilitacija) ter iv) umrljivosti, ki se rutinsko zbirajo v okviru nacionalnega univerzalnega zavarovanja. Ob epidemiji COVID-19 smo opravili vrsto raziskav o vplivu epidemije COVID-19 na oskrbo aterosklerotične žilne bolezni v Sloveniji.

Med letoma 2014 in 2021 je bilo, na primer, v Sloveniji zaradi akutnega koronarnega sindroma (srčnega infarkta z dvigom veznice ST (STEMI) ali brez njega (NSTEMI) oziroma nestabilne angine pektoris) v bolnišnici obravnavanih 21.001 bolnikov (7.057 s STEMI; 7.649 z NSTEMI; 6.295 z nestabilno angino pektoris). Z analizo prekinjene časovnice (angl. interrupted time series analysis) smo preučili vpliv epidemije COVID-19 (prelomna točka

marec 2020) na raven in trend oskrbe bolnikov. Epidemija sicer ni vplivala na število hospitalizacij zaradi STEMI (92 bolnikov s trendom +1 bolnik/mesec, $p=0,783$), je pa pomembno zmanjšala hospitalizacije zaradi drugih oblik koronarnega sindroma (-21 bolnikov/mesec za NSTEMI, $p=0,015$, oziroma -28 bolnikov/mesec z nestabilno angino pectoris, $p=0,025$). Pri bolnikih s STEMI epidemija v Sloveniji ni vplivala na pogostost bolnišničnega zdravljenja z reperfuzijo (sprememba +0,29%, [95%CI] -1,5%, 2,1%, $p=0,755$) oziroma na umrljivost v bolnišnici (sprememba +0,1%, [95%CI] -0,9%, 1,1%, $p=0,815$), je pa zmanjšala adherenco s sekundarno preventivo z zdravili (sprememba -0,12%, [95%CI] -0,23%, -0,01%, $p=0,034$).

V ločeni raziskavi pri bolnikih, ki so preboleli srčni infarkt, smo ugotovili slabšo urejenost dejavnikov tveganja (povečanje aktivnega kajenja, slabšo urejenost krvnega tlaka in krvnih maščob, porast indeksa telesne mase). Z zdravjem ocenjena kakovost življenja se je prehodno močno zmanjšala, vendar se je razmeroma hitro ponovno zrasla na predepidemijsko raven. Bolniki, ki so med epidemijo prihajali v stik z zdravstvenim sistemom (kardiološka rehabilitacija), so izražali primerljiv strah pred okužbo (59 % odzivnikov) in pred neželenimi učinki cepljenja (60 %); povečane težave s spanjem (14 %) in strah pred stikom z okuženo osebo (30 %).

Podatki skupaj kažejo, je epidemija COVID-19 v Sloveniji — podobno kot drugje v svetu — vplivala na število oziroma strukturo bolnišničnih obravnav zaradi aterosklerotične žilne bolezni, pa tudi na kakovost njihove oskrbe. Dodatni izziv predstavljajo izgorelost in fluktuacija zdravstvenega osebja, zlasti na najbolj izpostavljenih deloviščih, ter okrnjeno medicinsko izobraževanje in raziskovalna dejavnost. Okrevanje kardiovaskularne medicine z vsebinskega vidika zato še vedno zajema oskrbo napredovalih oblik aterosklerotične žilne bolezni zaradi zakasnelega prepoznavanja in/ali obravnave, predvsem pa zaradi slabše urejenosti dejavnikov tveganja, ki dokazano vodijo v razvoj, napredovanje in poslabševanje aterosklerotičnih žilnih bolezni, delno pa tudi v specifične kardiovaskularne zaplete po preboleli okužbi s COVID-19. Z organizacijskega vidika je potrebno zadrževanje usposobljenega in visoko specializiranega osebja na kardiovaskularnih oddelkih in v ambulantah, ki obravnava najbolj kompleksne bolnike; nadoknaditi poskušamo manko v medicinskem izobraževanju in raziskovanju; intenzivno pa poteka tudi reorganizacija kardiovaskularne dejavnosti, ki jo je zahtevala oziroma spodbudila epidemija, in sicer s krepitvijo specialističnih ambulantnih obravnav na račun bolnišničnih ter preusmeritvijo v nove tehnologije (npr. telerehabilitacija), katerih udeležanje je spodbudila epidemija.

■ * **izr. prof. dr. Borut Jug, dr. med.**

Diplomiral in doktoriral je na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, v Sloveniji je opravil specializaciji iz interne medicine ter kardiologije in vaskularne medicine. Dodatno se je izobraževal na University of California at Los Angeles (preventivna kardiologija in srčno-žilna računalniška tomografija), London School of Economics and Political Sciences (zdravstvena ekonomika) ter University of Zurich (srčno popuščanje). Je predstojnik Kliničnega oddelka za žilne bolezni UKC Ljubljana, habilitirani izredni profesor za področje interne medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani ter sopedredujoč Delovne skupine za preventivno kardiologijo Združenja kardiologov Slovenije. Je (so)avtor okoli 300 strokovnih in znanstvenih prispevkov, od tega 84 izvorni znanstvenih prispevkov. Njegova primarna področja strokovnega in znanstvenega zanimanja so preventivna kardiologija, slikovne preiskave v kardiologiji, aterosklerotične žilne bolezni, kronično srčno popuščanje, telesna aktivnost in srčno-žilna rehabilitacija.

Borut Jug obtained his MD and PhD from the University of Ljubljana; he is board certified in internal medicine, cardiology, and vascular medicine in Slovenia, with additional postgraduate training at UCLA (preventive cardiology and cardiovascular CT), the London school of Economics and Political Sciences (health economics), and the University of Zurich (heart failure). Currently, he heads the Department of Vascular Medicine of the UMC Ljubljana, is associate professor of medicine at the Medical Faculty of the University of Ljubljana, and serves as co-chair of the Working Group on Preventive Cardiology of the Slovenian Society of Cardiology. He (co)authored 300 scientific or professional publications, including 84 scientific papers. His primary research interests include preventive cardiology, cardiovascular imaging, atherosclerotic vascular diseases, chronic heart failure, cardiovascular effects of exercise training, and cardiac rehabilitation.

Misliti slovensko zdravstvo: refleksija za reforme

Designing the Slovenian Healthcare System: Thoughts for Reform

86



Federico V. Potočnik*

Obdobje COVID-19 je preizkusil stabilnost praktično vseh elementov našega zdravstva. Obdobje po pandemiji zahteva kritičen premislek o teh elementih in je zato priložnost za temeljit razmislek o njihovi prihodnosti. V naslednjih točkah želim osvetliti nekaj izhodišč, ki so lahko podlaga za oblikovanje nujno potrebnih reformnih ukrepov slovenskega zdravstvenega sistema.

1. Slovensko zdravstvo kot posledica zgodovine

Za umeščanje razmisleka o slovenskem zdravstvenem sistemu je treba najprej prepoznati mentalni okvir, v katerem smo se Slovenci in naši sistemi razvili: Eden najbolj v nebo vpijajočih značilnosti je odvisnost od države oz. pomanjkanje osebne odgovornosti.

Priučeno zanašanje na državo sega v čase prejšnje države. Režim je od revolucije dalje prevzemal nase odgovornost za odločitve, državljani so imeli izbire vse manj. Posledično še danes od države pričakujemo, da bo le-ta zagotovila stanovanja, zaposlitve, administrativne storitve, gospodarsko blaginjo, zdravstvo in šolstvo, upravljanje državnih podjetij in še za veliko podrobnosti, o katerih bi lahko sicer sami odločali. Ta način razmišljanja je značilen za totalitarne države in je zato seveda zastarel: v današnjem času so ljudem na dosegu roke vse potrebne informacije, da lahko sami odločajo o svoji prihodnosti. Ko takšno odločanje prelagamo na državo, postanemo pasivni in le lahko verjemo sledimo. Ko se pojavijo težave, se hitro zatečemo

k kritiziranju vodilnih, saj smo njim predali vse instrumente in s tem tudi odgovornost za reševanje naših težav. Od tod dejstvo, da je možnost izbire dragocena in da moramo biti za svoje odločitve odgovorni. S tem kot posamezniki in družba rastemo in napredujemo. Brez tega, družba miselno stagnira. Prenos kompetenc stran od centralne oblasti bližje ljudem se reče subsidiarnost in je značilnost srednjeevropskih državnih ureditev.

2. Aktualne težave slovenskega zdravstvenega sistema

Zdravstveni sistem je paradni konj neučinkovitih praks, saj se zgodovinske značilnosti odražajo v vseh državnih sistemih. Od plač, ki jih določa država, in letnih načrtov, ki spominjajo na sovjetske čase, do cen storitev, ki jih določa ZZS in so pogosto nezadostne, ter stalne odvisnosti od odločitev trenutnega ministra za zdravstvo. Vse to deluje v okolju monopola, kjer ni alternativ. Novopečeni zdravniki se soočajo s plačami, ki so za slabih 100 evrov višje od minimalne, mnogi zdravstveni delavci pa se trudijo na več delovnih mestih hkrati ali se ne morejo odločiti za prenovo prostorov zaradi pomanjkanja sredstev. Pacienti so prisiljeni čakati dolga leta na medicinske preiskave.

Vsem je skupno to, da imajo posamezniki premalo moči za izboljšanje svoje neposredne okolice, ker je vsa moč osrediščena na državni ravni, torej daleč od ljudi, ki svoj položaj najboljšo poznajo. Rezultat tega je nezadovoljstvo zdravnikov, medicinskih sester, pacientov in vseh vpletenih.

3. Alternativa

Tako slabo stanje bi moralo roditi veliko idej, žal pa je navada, da se ideje na nivoju posameznika ne morejo realizirati. Sčasoma človek neha imeti idej oz. so le-te povrhnje, majhne prilagoditve sedanjih nedelujočih načinov, kar vidimo dandanes v vsebini t.i. zdravstvenih reform – redkokdaj gre za prelomne spremembe. Kot da bi opazovali hišo, ki potrebuje temeljito obnovo, vendar se osredotočamo le na izbiro nove barve za fasado, ne da bi se poglobili v strukturo ali razmišljali o celoviti prenovi. Pri tem se pozna, da je slovenski zdravnik naredil veliko napako, ko se je tako osredotočil na klinično delo, da je upravljanje zdravstvenega sistema prevzel drug kader. To ni prav, ker ravno zdravnik ima najboljši pregled nad medicino – z ustrezno izobrazbo bi ta pogled razširil na upravljalni del, kot je v navadi v večini zahodnih držav. Če novih idej ni oz. za proizvodnjo idej nimamo časa, alternative ne bo. Čas je, da zdravnik ponovno prevzame odgovornost za razvoj našega zdravstva in se na to ustrezno pripravi in izobrazi.

4. Konkurenca

To je najbolj pomembna točka tega prispevka: konkurenca = svoboda = kvaliteta. Zakaj? Več izbire omogoča, da se ljudje svobodno odločajo. To prinaša tekmovanje za paciente med izvajalci, kar pomeni, da konkurenca ustvarja okolje, kjer se bo s kvaliteto storitev privabljal paciente.

Pojdimo po vrsti: Za spodbujanje inovacij in izboljšav v zdravstvenem sektorju potrebujemo konkurenčno okolje. To pomeni prehod od monopolnega sistema k modelu, ki omogoča več zasebnih bolnišnic, zavarovalnic in drugih zdravstvenih ponudnikov. Konkurenca spodbuja učinkovitost, inovacije in izboljšuje kakovost storitev.

88 ■

Že razprava o možnosti več zavarovalnic se zdi zapletena, saj smo vajeni monopolnega sistema ZZS. Ali želimo imeti le eno zavarovalnico, ki bo odločala o vsem? Torej eno zavarovalnico, ki bo določala, koliko bo za storitev plačala, ne da bi izvajalec imel kaj besede pri tem? Ali pa si želimo več zavarovalnic, ki bodo tekmovali med seboj, kdo za pacienta boljše poskrbi, zato da dobi več strank? Če razložim na primeru: Če se zaletim z avtom, grem naslednji dan k mehaniku, da mi popravi avto. Če mi bo mehanik rekel, naj pridem čez šest mesecev na popravilo za avto, bom rekel: "Ne, hvala," in šel k drugemu mehaniku. Zakaj potem čakamo dve leti na magnetno resonanco kolena? Ali cenimo svoje zdravje manj kot avtomobile? V Zahodni Evropi to gladko deluje, pri nas pa bi to odrezalo precej dobaviteljskih "biznisov".

Bolnišnice so centralno vodene z ministrstva, s čimer onemogočajo konkurenco med zdravstvenimi ustanovami. Ta togost omejuje avtonomijo zdravstvenih zavodov, da bi sami odločali o kadrovski politiki, plačah in investicijah. Zamisel, da bi se bolnišnice med seboj konkurenčno borile za paciente, se mnogim zdi nepredstavljiva. Če država diktira rešitve, to vodi do pomanjkanja svobode in izbire za paciente: danes lahko izberejo svojega osebnega zdravnika, pediatra, ginekologa ali zobozdravnika, naprej pa so te možnosti okrnjene. Kot da bi bilo vseeno, kateri zdravnik nas zdravi ali v kateri bolnišnici se zdravimo, čeprav ima vsaka svojo posebnost in niso vse enako dobre.

Ta občutek enakosti je bil ustvarjen kot izgovor za zmanjševanje izbir – čemu bi izbirali, če med izbirami ni razlike? Na primer, podatki o medicinskih zapletih niso javno dostopni, ker obstaja strah, da bi se pokazalo, da nekatere ustanove prekašajo druge. Se spomnite rangiranja gimnazij po uspešnosti? V družbi, ki teži k egalitarnosti, je težko sprejeti, da so nekateri boljši od drugih.

Kar gledamo sedaj, so stvarne in psihološke posledice 70 let prevlade državnih odločitev nad posamezniki. Zato rešitve ne morejo priti iz istega

kotla, kjer so zakuhali sedanje stanje. V 21. stoletju ni prostora za podpovprečnost – svet gre tako hitro naprej, da že stati na mestu pomeni nazadovanje. Te zastarele vzgibe je treba premagati.

5. Centralizacija proti decentralizaciji

Slovensko zdravstvo je trenutno zelo centralizirano, kar omejuje avtonomijo in prožnost zdravstvenih ustanov. Decentralizacija bi pomenila, da bi imeli zdravstveni zavodi večjo avtonomijo v upravljanju, odločanju o kadrovske politiki, plačah in investicijah. S tem bi se povečala odzivnost in prilagodljivost sistema. V 21. stoletju mora odločanje biti bližje ljudem, zato naj vsak zavod upravlja s svojim denarjem, samostojno sklepa pogodbe z zavarovalnicami in naj konkurira z drugimi zdravstvenimi ustanovami, kdo bo bolj kvalitetno poskrbel za paciente. Preprosto rečeno: kdo ve, kaj je treba v moji ambulanti narediti? Minister ali jaz? Potem moram tudi imeti moč jaz, da spremembe izpeljem. Čakanje na navodila ministrstva ne more prinesiti napredka.

6. Vrednotenje zdravstvenih delavcev

Plače v zdravstvu morajo odražati vloženi trud, kompleksnost dela in predanost posameznikov. Trenutno obstaja percepcija, da se mnogi zdravstveni delavci ne čutijo ustrezno nagrajeni za svoje delo. To vodi v nezadovoljstvo, izgorevanje in celo odliv talentov.

Če imamo vsi od ministrstva določeno enako plačo, s tem sporočamo, da ne cenimo raznolikosti našega dela ali pridnosti, s katero opravljamo neko delo. Če bi pa vsaka zdravstvena ustanova smela sklepati pogodbe s svojimi zaposlenimi neodvisno od države, bi lahko zdravstvene delavce spodbujali ali nagrajevali za dobro opravljeno delo. Zaposleni bi bolj vneto delali, če bi vedeli, da bo prislužen denar porabljen znotraj ustanove za izboljšave, za boljše plače in pogoje dela.

7. Vizija za 21. stoletje

Zdravstveni sistem mora biti prilagojen potrebam pacientov. To zahteva radikalne spremembe v načinu, kako razmišljamo, upravljamo in financiramo zdravstvo. Dejstvo je, da tako raznolik sistem ne more biti voden centralno. Če minister želi obvladovati vsako ambulanto, bo nadzor slab, ukrepi posplošeni in učinek negativen. Ljudje bodo, kot vedno, iskali bližnjice. Če bo sistem spodbujal bližnjice in površnost, rezultat bo temu primeren.

Sistem mora biti postavljen tako, da se vsem deležnikom spleča delati in delati kvalitetno. Zato mora biti financiranje prilagojeno realnemu stanju in ne, da se realno stanje prilagaja zmožnostim monopolnega ZZS.

Če nam uspe demonopolizirati ZZS in decentralizirati upravljanje zdravstvenih ustanov, smo naredili prvi in največji korak k sodobnemu zdravstvenemu sistemu, ki bo kos izzivom 21. stoletja.

Zaključek

zdravstvo je tako bistvena sestavina vsake družbe, da razmisleka o njem ne moremo prepustiti drugim. Če želimo zagotoviti boljšo prihodnost za vse Slovence, moramo biti zdravniki pripravljeni prevzeti odgovornost, razmisliti in izvesti potrebne spremembe. Imamo priložnost in dolžnost, da to začnemo zdaj.

90 ■

■ *mag. Federico V. Potočnik, dr. med.

I'm an infectious disease specialist recently graduated from Stanford with a passion for healthcare innovation, education, and administration aimed at shaping a brighter future for Slovenia.

At the Celje General Hospital, I've dedicated almost a decade of service, where I am specialized in infectious diseases and hospital hygiene. During the COVID-19 pandemic I served mostly in ER settings and led initiatives to contain outbreaks across the Lower Styria region.

In the administrative arena, I've helped improve performance at the University Clinical Center Maribor in its hospital Board. In terms of education, I aim to inspire and guide upcoming generations of healthcare professionals as a visiting lecturer at the University of Maribor's Faculty of Health Studies. And at the National Institute of Public Health, I have done research on the topics of Covid and mental health.

My political journey is intertwined with my professional one. With the empowerment of future politicians in mind, I have led Nova Slovenija's youth organization Mlada Slovenija. I have then led many initiatives both at home and abroad, from the board of the Youth of the European People's Party – the largest youth political organization in Europe – to becoming Nova Slovenija's International Secretary.

Having graduated as a medical doctor from the University of Ljubljana and with a business degree from the Stanford Graduate School of Business, I believe physicians have a responsibility beyond hospital walls to lead their communities. My last research project at Stanford under the mentorship of fmr. National Security Advisor gen. HR Mc Master has centered around the struggles of world leaders to perform in the face of adversity.

For moments of peace and reflection, I turn to the serene trails of the Julian Alps. After this conference, there is where you will find me.

Infektologija po epidemiji Covid-19 – izzivi in prihodnost

Infectology After the Covid-19 Epidemic – Challenges and the Future



Tatjana Lejko Zupanc*

Infektologija je veda, ki se ukvarja z nastankom, širjenjem, odkrivanjem, zdravljenjem in preprečevanjem nalezljivih bolezni. Z uvedbo učinkovitih cepilnih programov, iznajdbo antibiotikov in v zadnjem času tudi protivirusnih zdravil se je epidemiologija klasičnih nalezljivih bolezni precej spremenila in smo se v zadnjih letih infektologi predvsem ukvarjali z okužbami, ki so posledica ekoloških sprememb, s kroničnimi okužbami in z okužbami, ki so neposredna posledica napredka medicine, kamor sodijo okužbe po operativnih posegih, okužbe pri imunsko kompromitiranih osebah in okužbe z večkratno odpornimi bakterijami. SARS-CoV-2 virus je prizadel cel svet, povzročil skoraj 700 milijonov okužb in tudi skoraj 7 milijonov smrti. V Sloveniji je bilo do sedaj potrjenih več kot 1.300.000 bolnikov; umrlo je 7100 bolnikov. Ne samo pri nas, tudi drugje, kjer (še) imajo bolnišnice, posvečene nalezljivim boleznim, se ni veliko vlagalo v infrastrukturo. V Sloveniji smo se tako srečali z omejenimi bolnišničnimi in kadrovskimi kapacitetami. Pandemija covid-19 je temeljito pretresla vse segmente zdravstva, infektologijo pa je dobesedno postavila na glavo. Med ukrepi, ki so jih posamezne države sprejele za obvarovanje kritičnih kapacitet zdravstva, je bilo omejevanje izvajanja nenujnih zdravstvenih posegov. Infektologija pa je dejavnost, ki v veliki meri deluje na principu nujnosti, zato je bila večina bolnikov z okužbami hospitalizirana na neinfekcijskih oddelkih, ker so bili infekcijski oddelki polni covid bolnikov. Pandemične razmere negativno vplivajo na pojav protimikrobne odpornosti. Opuščajo

se ukrepi, ki preprečujejo širjenje odpornih bakterij, kot so presejalno testiranje, izolacija v enoposteljnih sobah in smotrna raba protimikrobnih zdravil. Protimikrobna odpornost se lahko poslabša tudi zaradi pogostejšega izkustvenega predpisovanja protimikrobnih zdravil in morebitnih motenj v dobro uveljavljenih programih smotrne rabe antibiotikov. Povečan delovni pritisk in duševna obremenitev zdravstvenih delavcev negativno vplivata na upoštevanje lokalnih smernic za predpisovanje protimikrobnih zdravil. Ker manjka ekspertnega svetovanja pri predpisovanju protimikrobnih zdravil in ker so zdravniki zaskrbljeni zaradi slabšanja kliničnega stanja bolnikov s covid-19, se predpisovanje protimikrobnih zdravil samo stopnjuje. Posledice so lahko hitro širjenje odpornih bakterij med bolniki v namenskih enotah za oskrbo tovrstnih bolnikov. Dvig protimikrobne odpornosti je žal ena od dediščin, ki jih pušča pandemija.

92 ■

Covid-19 bolezen prizadene številne organske sisteme, najbolj pa seveda dihalna, saj je glavna značilnost te bolezni covid pljučnica. V najhujših primerih je potrebna dolgotrajna hospitalizacija v enoti intenzivnega zdravljenja. Posledično imajo ti bolniki vse težave, ki so znane še iz obdobja pred covidom – govorimo o postakutnem sindromu. Gre za kompleksno mešanico prizadetosti posameznih organskih sistemov (respiratorni, kardiovaskularni...) pri bolnikih, ki imajo tudi miopatijo kritično bolnega, hudo izgubo mišične mase in tudi precejšnje kognitivne in druge psihološke probleme. Ti bolniki potrebujejo dolgotrajno rehabilitacijo in veliko jih ima trajne posledice in temu primerno okrnjeno kvaliteto življenja. Tudi bolniki, ki niso potrebovali bolnišnice ali pa je bil potek bolezni relativno lahek, imajo posledice bolezni. Te posledice so pogosto take, da ovirajo normalno življenje in bolnik zato še dolgo ni sposoben prenašati naporov, ki jih je pred boleznijo z lahkoto obvladoval. Raziskave v Sloveniji kažejo, da bi bil lahko delež takih oseb dokaj visok. V raziskavi SI-PANDA je 3 do 6 mesecev po okužbi še vedno navajalo zdravstvene težave 16,6 % bolnikov.

Ponavljajoči se pojavi novih zoonoz, pa tudi ponovni pojav starih nalezljivih bolezni, so znaki, da je treba pričakovati nove svetovne epidemije. Obenem narašča ozaveščenost o zapletenih ekoloških odnosih med ljudmi, živalmi in našim okoljem. Dolgoročne naložbe v sledenje in nadzor bolezni, v znanstvene raziskave in javno zdravstveno infrastrukturo so ključ do obvladovanja in pravočasnega prepoznavanja naslednje nastajajoče grožnje. Sodobna medicina je invazivna in uporablja tudi terapevtska sredstva, ki močno vplivajo na imunski sistem. Eksponentialno naraščajo tudi implantacije medicinskih pripomočkov iz umetnih materialov in transplantacije organov. Vsi ti posegi in načini zdravljenja pa močno predisponirajo bolnike k najrazličnejšim okužbam. Tu je pomembna vloga infektologije, ki mora skrbeti za ohranjanje učinkovitosti antibiotikov, pravilno uporabo

mikrobiološke diagnostike in svetovati pri obvladovanju okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo.

Infectology is a science that deals with the origin, spread, detection, treatment and prevention of infectious diseases. With the introduction of effective vaccination programs, the invention of antibiotics and, more recently, antiviral drugs, the epidemiology of classic infectious diseases changed considerably, and in recent years, infectious disease specialists have mainly dealt with infectious diseases that are the result of ecological changes, chronic infections and infections that are a direct result of medical progress, including infections after surgical interventions, infections in immunocompromised persons and infections with multidrug resistant bacteria. The SARS-CoV-2 virus has affected the whole world, causing almost 700 million infections and almost 7 million deaths. So far, more than 1,300,000 patients have been confirmed in Slovenia; 7,100 patients died.

The covid-19 pandemic has thoroughly shaken all segments of healthcare, and it has literally turned infectious diseases upside down. Most of the patients with non-covid infections were hospitalized in non-infectious wards, because the infectious wards were full of covid patients. Pandemic conditions have a negative impact on the emergence of antimicrobial resistance. Measures to prevent the spread of resistant bacteria, such as screening, isolation and the judicious use of antimicrobials, are being abandoned. Antimicrobial resistance may also worsen due to more frequent empiric prescribing of antimicrobial drugs and potential disruptions in well-established antibiotic stewardship programs. Increased work pressure and mental strain of healthcare workers also have a negative impact on compliance with local guidelines for prescribing antimicrobials. Because there is a lack of expert advice on prescribing antimicrobials and because doctors are concerned about the deterioration of the clinical condition of patients with covid-19, the prescribing of antimicrobials is only increasing. The consequences can be the rapid spread of resistant bacteria among patients in dedicated covid units. The rise of antimicrobial resistance is unfortunately one of the legacies of the pandemic.

The Covid-19 disease affects many organ systems, but most of all, the respiratory system, since the main characteristic of this disease is covid pneumonia. In the most severe cases, long-term hospitalization in an intensive care unit is required. As a result, these patients have all the problems known from the pre-covid era, namely post-acute syndrome which is a complex mixture of impairment of individual organ systems (respiratory, cardiovascular...) in patients who also have severe loss of muscle mass and significant cognitive and other psychological problems. These patients require

long-term rehabilitation and many of them have permanent consequences and a correspondingly reduced quality of life. Even patients who did not need hospitalization or whose course of illness was relatively mild, have the consequences of the disease. These consequences are often such that they hinder normal life, and the patient is therefore not able to cope with efforts that he was able to manage with ease before the disease. Research in Slovenia shows that the proportion of such persons could be quite high. In the SI-PANDA study, 16.6% of patients still reported health problems 3 to 6 months after infection. Recurrent occurrences of new zoonotic infections, as well as the reappearance of old infectious diseases, are signs that new global epidemics should be expected. There is a growing awareness of the complex ecological relationships between humans, animals and our environment. Long-term investments in disease surveillance and control, scientific research and public health infrastructure are key to managing and timely identifying the next emerging threat. Modern medicine is invasive and also uses therapeutic agents that strongly affect the immune system. Implantation of prosthetic medical devices and organ transplantations are also growing exponentially. All these treatment methods strongly predispose patients to a wide variety of infections. There will be an increasing role of infectology, especially in maintaining the effectiveness of antibiotics, the correct use of microbiological diagnostics and advising in managing of healthcare associated infections.

■ *** izr. prof. dr. Tatjana Lejko – Zupanc, dr. med**

Diplomirala je na Medicinski fakulteti v Ljubljani, smer splošna medicina, leta 1979. Junija 1989 je opravila specialistični izpit iz interne medicine. Od leta 2012 ima tudi priznano specializacijo iz infektologije. Od leta 1984 je zaposlena na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Od leta 2009 do 2016 je bila vodja Službe za preprečevanje bolnišničnih okužb na UKC Ljubljana. Od leta 2016 je predstojnica Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Je izredna profesorica za infekcijske bolezni in je tudi nosilka izbirnega predmeta Tropska in potovalna medicina. Pri Ministrstvu za znanost in tehnologijo je vpisana kot raziskovalka s šifro 11330. Leta 1999 je zagovarjala doktorsko disertacijo s področja infektologije z naslovom Zgodnja in pozna prognoza infekcijskega endokarditisa. Je članica Evropskega združenja za mikrobiologijo in infekcijske bolezni, Slovenskega zdravniškega društva, Slovenskega društva infektologov in Slovenske sekcije za kemoterapijo, članica UEMS za infekcijske bolezni, nacionalna koordinatorica za EUCIC (Evropski odbor za Nadzor okužb). Sodelovala je pri več mednarodnih projektih in kot strokovnjakinja pri ECDC. Aktivno sodeluje v mednarodnem projektu EUCIC, kjer je nacionalna koordinatorica za Republiko Slovenijo. Od 17. marca 2018 do 17. junija 2018 se je 3 mesece izobraževala v Univerzitetni bolnišnici v Trstu. Aktivno je sodelovala pri

obvladovanju epidemije covid-19 v UKC Ljubljana in je bila tudi članica različnih komisij pri Ministrstvu za zdravje in NIJZ. Njeno bibliografsko delo obsega več kot 350 enot. Njena glavna področja zanimanja so srčno-žilne okužbe, okužbe, povezane z zdravstveno oskrbo, potovalna medicina in globalno zdravje. Leta 2021 je prejela tudi zlato plaketo Univerze v Ljubljani.

Tatjana Lejko – Zupanc, graduated from the Faculty of Medicine in Ljubljana, majoring in general medicine, in 1979. In June 1989 she passed the specialist exam in internal medicine. Since 2012 she also has a recognized specialization in infectology. Since 1984 she has been employed at the Department for Infectious Diseases and Febrile Conditions. From 2009 to 2016 she was Head of Service for Prevention of Nosocomial Infections at the UMC Ljubljana. Since 2016, she has been the head of the Department for Infectious Diseases and Febrile Conditions. She is an associate professor of Infectious Diseases and is the also the leader of elective course in Tropical and Travel Medicine. She is registered with the Ministry of Science and Technology as a researcher with the code 11330. In 1999 she defended doctoral dissertation in the field of infectology entitled Early and late prognosis of infectious endocarditis.

She is a member of the European Society for Microbiology and Infectious Diseases, the Slovenian Medical Association, the Slovenian Society of Infectious Diseases, and the Slovenian Section of Chemotherapy, a member of the UEMS for Infectious Diseases, national coordinator for EUCIC (European Committee for Infection Control). She has participated in several international projects and as an expert at ECDC. She actively participates in the international project EUCIC, where she is the national coordinator for the Republic of Slovenia. She studied at the University Hospital in Trieste for 3 months from March 17, 2018 to June 17, 2018. She was been actively involved in the management of the covid-19 epidemic at the University Medical Centre Ljubljana and also a member of various committees at the ministerial level.

Her bibliographic work comprises more than 350 items. Her main areas of interest are cardiovascular infections, healthcare associated infections, travel medicine and global health. In 2021 she was also awarded the Golden Plaque of the University of Ljubljana.

Kdo je boljši pri skrajševanju čakalnih vrst: umetna inteligenca ali človek?

Who is Better at Reducing Waiting Times in Healthcare: AI or Humans?

96



Miha Skvarč*

Področja človeške inteligence so globoko prepletena s človeško zavestjo, kulturo, čustvi in izkušnjami. Čeprav lahko umetna inteligenca (AI) na različne načine pomaga in poveča človeške sposobnosti, je malo verjetno, da bo v celoti nadomestila edinstvene lastnosti in globine človeške inteligence na teh področjih. Najbolj obetavne aplikacije umetne inteligence v vsakdanje življenje pogosto vključujejo sodelovanje med ljudmi in stroji in izkoriščajo prednosti obeh za doseganje komplementarnih rezultatov.

AI bo težko nadomestila človeka na določenih področjih.

Čustvena inteligenca in empatija: Razumevanje in odzivanje na človeška čustva, nianse in družbene dogovore sta globoko človeški lastnosti.

Ustvarjalnost in inovativnost: Čeprav lahko umetna inteligenca pomaga pri ustvarjanju vsebine, ji primanjkuje ustvarjalnosti in izvirnosti, ki ju ljudje vnašajo v ustvarjalna prizadevanja. AI tudi ne more ustvarjati, konceptualizirati ali strateško načrtovati.

Kritično razmišljanje in kompleksno reševanje problemov: umetna inteligenca je lahko odlična pri analiziranju podatkov in vzorcev, vendar človeško kritično mišljenje vključuje globoko kontekstualno razumevanje, intuicijo in sposobnost sprejemanja kompleksnih odločitev na podlagi nepopolnih ali negotovih informacij.

Etično in moralno sklepanje: Ločevanje dobrega od napačnega ni močna točka umetne inteligence. AI ima tudi težave pri reševanju etičnih dilem na mejnih področjih, kjer so vpletene družbene norme.

Vendar pa je AI povsod okoli nas. Na ceste prinaša varnost z aplikacijami za aktivno varnost v prometu. Lahko izboljša vaše igranje šaha ali predlaga, kje so skrivni kotički, ki jih še ni odkril množični turizem. Lahko zazna vzorce spanja in diagnosticira zgodnjo Alzheimerjevo demenco. Lahko nas opozori, da imamo atrijsko fibrilacijo.

Potencial umetne inteligence pri razvoju zdravil je znaten. Uporablja se jo lahko za iskanje zgodovinskih kontrol iz podatkov iz zdravstvenih registrov ali iz digitaliziranih bolnišničnih kartonov. Lahko bi jo uporabili namesto ekspertnih komisij za revizijo rezultatov kliničnih preskušanj. Lahko skenira endoskopske video posnetke za spremljanje učinkovitosti zdravila. Lahko bi ga uporabili tudi namesto izpolnjevanja vprašalnikov za odkrivanje učinkovitosti zdravila v realnem času.

Vendar pa se umetna inteligenca v vsakdanjem zdravstvenem varstvu ne uporablja veliko. Uporablja se, ko se preučujejo sekvence za odkrivanje redkih mutacij. Že lahko bere CT/PET skene za diagnosticiranje metastatskega raka.

Koristno bi bilo, če bi umetna inteligenca lahko sodelovala pri postavljanju diagnoze ali triaži na urgentnih oddelkih in predlagala prednostno obravnavo. Predstavljajte si, da bi bolnišnični informacijski sistem lahko pregledoval napotnice in laboratorijske rezultate iz oddaljenih družinskih ordinacij ter pospešil oskrbo septičnih bolnikov. Umetna inteligenca bi lahko celo prebrala rentgenske posnetke ali računalniško tomografijo, primerjala diagnozo z rezultati biomarkerjev in predlagala ustrezne empirične antibiotike ter odmerjanje le te glede na protimikrobno odpornost v državi.

Umetna inteligenca se bo uporabljala za spremljanje telesne pripravljenosti ljudi s srčnim popuščanjem ali fizično okrevanje bolnikov po srčnem infarktu v realnem času ali bo celo predvidevala potrebe po zdravniški kontroli.

AI bi se lahko uporabil kot triaža pri ljudeh, ki potrebujejo zamenjavo kolka. Izračunala bi lahko koristi operacije za človeka in kolikšna je verjetnost, da bo prišlo do zapletov. Lahko bi tudi naredila povzetek vseh zdravljenj iz podatkov bolnikov v centralnih registrih, da bi izboljšal subjektivno naravo spominov bolnikov in svojcev.

Umetne inteligence v medicini se ne smemo bati. Načrtovati moramo njeno uporabo, validirati razvoj algoritmov in kritično preveriti njeno uporabo pri vsakdanjem kliničnem delu.

Some areas of human intelligence are deeply intertwined with human consciousness, culture, emotion, and experience. While artificial intelligence (AI) can assist and augment human capabilities in various ways, it is unlikely to fully replace human intelligence's unique qualities and depths in these domains. Instead, the most promising applications of AI often involve collaboration between humans and machines, leveraging the strengths of each to achieve complementary outcomes.

Emotional Intelligence and Empathy: Understanding and responding to human emotions, nuances, and social cues are deeply human traits.

98 ■ Creativity and Innovation: While AI can assist in generating content, it lacks the intrinsic creativity and originality that humans bring to creative endeavors. AI also cannot create, conceptualize, or plan strategically.

Critical Thinking and Complex Problem-Solving: AI can excel in analyzing data and patterns, but human critical thinking involves deep contextual understanding, intuition, and the ability to make complex decisions based on incomplete or uncertain information.

Ethical and Moral Reasoning: Determining right from wrong in complex ethical dilemmas is not AI's strong point. It may struggle with nuanced ethical decision-making.

However, AI is all around us. It brings safety to the roads with active car safety applications. It can improve your chess playing or suggest where unbeaten tracks are. It can detect sleeping patterns and diagnose early Alzheimer's dementia. It can warn us when we have atrial fibrillation.

The potential of AI in medicine development is already explored. It can be used to find historical controls from real-world data of registries or hospital charts. It could be used instead of expert boards to revise clinical trial outcomes. It could scan endoscopic videos to monitor medicine efficacy. It could also be used instead of patient-related outcomes on paper to detect medicine efficacy in real-time.

However, in everyday healthcare settings, AI is not used much. It can scan sequences to detect rare mutations. It can already read CT/PET scans to diagnose metastatic cancer.

It would be useful if AI could screen patients at the emergency departments and suggest priorities. Imagine if a hospital information system could scan referrals and laboratory results from distant family practices and could prioritize septic patient care without delays. AI could even read X-rays or CT scans, compare the diagnosis with biomarker results, and suggest

appropriate empiric antibiotics, and dosing, according to antimicrobial resistance in the country.

AI will be used to monitor the fitness of people with heart failure or the physical recovery of patients after a heart attack in real-time or predict the need for medical control.

AI could be used as triage for hip replacement to calculate the need and benefit or risk of the procedure. It could also extract the medical history from patients' data in central registries to ameliorate the subjective nature of patients' and relatives' recollections.

We should not be afraid of AI in medicine. We should plan its use, validate the outcomes while developing the application, and critically verify its use in routine healthcare settings.

■ ***dr. Miha Skvarč, dr. med.**

Rojen leta 1978.

Zanima ga delovanje zdravstvenega sistema in kako še bolje poskrbeti za ljudi, ki ga uporabljajo. Upa, da bo kmalu postal tudi doktor prava, saj nepoznavanje prava škoduje.

Trenutno na začasnem delu Na Evropski agenciji za zdravila, ki ga je najela zaradi njegovega poznavanja medicinskih pripomočkov in zakonodaje povezane z njimi.

Navdušuje se nad vsem novim okoli nas in prenosom tehnologije v svet medicine.

Born in 1978.

He is interested in the functioning of the healthcare system and how to take even better care of the people who use it. He wishes to finish his Ph.D. in law soon because ignorance of the law is harmful.

Currently on a temporary job at the European Medicines Agency, which hired him because of his knowledge of medical devices and newly implemented legislation.

He is enthusiastic about everything new around us and the transfer of technology and novelties to the world of medicine.



Najnovejši dosežki slovenske medicine doma in po svetu

The Latest Achievements of Slovenian
Medicine at Home and Abroad

101

PRESEDUJOČA

103



prof. dr. Bojana Žvan, dr. med.

Primarij, višja svetnica, FESO, nevrologinja, redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, soustvarjalka žilne nevrologije v Sloveniji, avtorica nacionalne telemedicinske mreže – TeleKap

Izobrazba: Diploma Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (MF UL), specializacija iz nevrologije v Ljubljani, podiplomski magistrski študij Univerza v Zagrebu, Hrvaška in doktorska disertacija MF UL. Izobraževanje in gostujoča profesorica: Švedska (Univerza v Lundu), Hrvaška (Univerzitetna klinika Sestre Milosrdnice v Zagrebu), Srbija (Medicinska fakulteta Beograd), Nemčija (Univerzitetna bolnišnica Essen), Pensilvaniji (Univerza Penn Philadelphia) in Teksas (Medicinska šola Houston in Medicinski center St. Luke v Houstonu) v ZDA.

Nazivi: primarij, višja svetnica, slovenska Znanstvenica leta.

Strokovno delo: Na UKC Ljubljana (UKCL) je uvedla nevrosonološke metode: barvni Doppler ekstra- in intrakranialnih arterij, cerebrovaskularna reaktivnost in avtonomni živčni sistem z uporabo transkranialne Dopplerjeve sonografije (TCD), sodelovala pri uvajanju endovaskularnih metod. Ustanovila je Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo v UKCL in enoto za možgansko kap (EMK) v UKCL ter soustanovila EMK v UKC Maribor in Splošni bolnišnici Celje. Je avtorica telemedicinske nacionalne mreže za zdravljenje možganske kapi – TeleKap.

Znanstvenoraziskovalno, pedagoško in strokovno delo: 349 znanstvenih člankov, 109 pedagoških člankov in knjig ter 316 strokovnih člankov in knjig. Organizirala je 35 strokovnih srečanj z mednarodno udeležbo na temo možganske kapi in glavobola.

Multicentrične klinične študije: PERFORM, PROMPT, Top-Slo-05, ICSS, MAGELLAN, QUICK, RESPECT-ESUS, PERFORMANCE I, PERFORMANCE II in TRON.

Vodstvene funkcije: predstojnica Univerzitetne nevrološke klinike – UKCL (2006), predstojnica Kliničnega oddelka za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo na Nevrološki kliniki UKCL (2007-2015).

Funkcije: predsednica Nevrološkega združenja pri Zdravniškem društvu Slovenije (SZD) – 10 let.

Trenutno predsednica Sekcije za možganskožilne bolezni pri SZD in podpredsednica Sekcije za glavobol – Združenje nevrologov pri SZD, vodja Slovenske šole za nevrosonologijo pri Sekciji za MŽB, strokovna vodja laičnega Društva za preprečevanje možganskih in žilnih motenj ter soustanoviteljica slovenskega Združenja za migreno. Je redna članica Evropskega odbora za telemedicino, Evropske organizacije za možgansko kap (ESO) in Kontroverznosti v nevrologiji (CONy).

Prof. dr. Bojana Žvan, MD, PhD, primarius, senior councilor, FESO, neurologist, full professor at the Faculty of Medicine of the University of Ljubljana

Education: Graduated at the Medical Faculty at the University of Ljubljana, specialized in neurology in Ljubljana, graduated master's studies at the University of Zagreb, Croatia and doctoral dissertation at the Medical Faculty, University of Ljubljana.

Education and visiting Professor: Sweden (University of Lund), Croatia (University Clinic of the Sisters of Mercy in Zagreb), Serbia (Medical Faculty Belgrade), Germany (University Hospital Essen), Pennsylvania (Penn University Philadelphia) and Texas (Houston Medical School and St. Luke's Hospital in Houston), USA.

Titles: primarius, senior councilor, Slovenian Scientist of the Year 2009.

Professional work: introduced neurosonological methods at the UMC Ljubljana, participated in the introduction of endovascular methods, founded stroke unit (SU) at the UMC Ljubljana and co-founded SU at the UMC Maribor and at the General Hospital Celje, founded Vascular neurology department at the UMC Ljubljana and the author of the national telemedicine stroke network – TeleKap.

Scientific, pedagogical and professional articles: 349 scientific, 109 pedagogical articles and books, and 316 professional articles and books. She organized 35 professional meetings with international participation on stroke and headache.

Multicenter clinical trials: PERFORM, PROMPT, Top-Slo-05, ICSS, MAGELLAN, QUICK, RESPECT-ESUS, PERFORMANCE I, PERFORMANCE II and TRON.

Management positions: Head of the University Neurology Clinic – UMC Ljubljana (2006) and Head of the Clinical Department of Vascular Neurology at the UMC Ljubljana (2007-2015).

Functions and positions: President of the Neurological Association of the Medical Association of Slovenia (MAS) – 10 years. Currently president of the National Stroke Society and the vice-president of the National Headache Society, head of the Slovenian School of Neurosonology at the National Stroke Society, professional leader of the lay Association for the Prevention of Brain and Vascular Disorders, co-founder of the Slovenian Migraine Association, member of the European Telestroke Committee, fellow of the European Stroke Organization (ESO) and fellow of the Controversies in Neurology (CONy).

Migrena je onesposobljajoča bolezen, ki jo je mogoče uspešno zdraviti

Migraine is a Disabling Disease that can be Successfully Treated

106



Bojana Žvan*

Migrena je več kot glavobol. Je kompleksna genetska nevrološka motnja, ki lahko povzroči več simptomov. Zanja so pogosto značilni intenzivni, izčrpavajoči glavoboli z dodatnimi simptomi, kot so slabost, bruhanje, težave z govorom, otrplost ali mravljinčenje udov, občutljivost na svetlobo, zvok, vonj... Lahko prizadene vse starosti, vendar je najpogostejša pri ženskah v starosti 15 do 49 let. Diagnozo migrene postavimo na podlagi klinične anamneze, sočasnih simptomov ter z izključitvijo drugih vzrokov. Najpogostejše kategorije migrenskih glavobolov (ali napadov) so epizodni ali kronični ter brez ali z avro.

Migreno uvrščamo med drugo najbolj onesposabljajočo nevrološko bolezen na svetu. Zato je povezana s pomembnim osebnim, družinskim in ekonomskim bremenom, ki se večja s povečano pogostostjo napadov. Pogosto je povezana tudi z alergijo, anksiozno in depresivno motnjo, bolečino v vratu in križu, epilepsijo in celo z možgansko kapjo.

Nova specifična zdravila za akutno zdravljenje migrene

Triptani so dobro uveljavljena zdravila za akutno zdravljenje migrene, ki so bila prvič odobrena že leta 1992. Delujejo kot agonisti serotoninskih (5-HT) 1B in 1D receptorjev. Vendar so v zadnjem času na voljo nove formulacije sumatriptana in rizatriptana, ki so lažje prenosljive in učinkovitejše. Zaradi omejitev predpisovanja triptanov, predvsem pri bolnikih z migreno

s srčnožilnimi boleznimi in neželenih učinkov so na osnovi patofizioloških mehanizmov migrene razvili bolj učinkovita in varna specifična zdravila.

Nova peroralna zdravila za akutno zdravljenje migrene so gepanti, to sta rimegepant in ubrogepant. Obe peroralni zdravili delujeta kot zaviralca receptorja peptida, povezanega z genom za kalcitonin (CGRP) z majhnimi molekulami. Nedavno je bil registriran zavegepant, ki je na voljo v obliki pršila za nos. V Sloveniji bo v kratkem na voljo rimegepant, ki se uporablja tako za akutno kot za preventivno zdravljenje migrene.

Druga nova zdravila za akutno zdravljenje migrene so ditani, kot je lasmiditan. So agonisti serotoninških (5-HT)_{1F} receptorjev, ki nimajo srčnožilnih neželenih učinkov.

Nova specifična zdravila za preventivno zdravljenje migrene

107

Najnovejša zdravila za preprečevanje migrene pri osebah s pogosto epizodno, kronično ali refraktorno migreno spadajo v razred zaviralcev CGRP. To so monoklonska protitelesa (mPt), ki sodijo med biološka zdravila. Delujejo kot dolgo delujoči zaviralci aktivnosti CGRP, ki je pri migrenskih napadih vpleten v procese bolečine in vazodilatacije.

V Sloveniji so na voljo erenumab, ki je popolnoma humanizirano mPt in deluje tako, da se veže na peptidni receptor CGRP. Preostala mPt, fremanezumab, galkanezumab in eptinezumab pa se vežejo na ligand CGRP, ki ga prav tako zavirajo. Prva tri zdravila, ki jih v Sloveniji že uporabljamo, se aplicirajo subkutano 1x mesečno z avtoinjektorjem. V kratkem bo v Sloveniji na voljo tudi eptinezumb, ki pa se aplicira intravensko.

Rimegepant se, poleg zdravljenja akutne migrene, uporablja tudi v preventivnem zdravljenju in se jemlje v obliki tablet. Za akutno zdravljenje migrene se jemljejo ob migrenskem glavobolu, za preventivno zdravljenje pa vsak drugi dan.

Zdravilo atogepant deluje kot zaviralec receptorja CGRP z majhnimi molekulami. Za preventivno zdravljenje migrene se jemlje enkrat na dan.

Sklep

Dolga leta za migreno, razen triptanov, nismo imeli specifičnih zdravil. Patofiziologija migrene pa je omogočila skokovit razvoj novi specifičnih zdravil za akutno in preventivno zdravljenje migrene. Predstavljena so najnovejša zdravila za zdravljenje migrene, ki so dobesedno spremenila paradigmo zdravljenja migrene in pomembno izboljšala kakovost življenja osebam, ki trpijo zaradi migrene.

Literatura

Stewart J. What are the new drugs for the treatment of migraines? 2023. [cited September 19, 2023] Available at:

<https://www.drugs.com/medical-answers/new-drugs-treatment-prevention-migraine-3515053/>.

Introduction

Migraine is more than a headache. It is a complex genetic neurological condition that can cause multiple symptoms. It is often characterized by intense, debilitating headaches with additional symptoms such as nausea, vomiting, speech problems, numbness or tingling in the limbs, sensitivity to light, sound, smell.... It can affect any age, but is most common in women aged 15 to 49. The diagnosis of migraine is determined based on clinical history, reported symptoms, and by ruling out other causes. The most common categories of migraine headaches (or attacks) are episodic or chronic and without or with aura.

Migraine is considered the second most disabling neurological disease in the world. Therefore, it is associated with a significant personal, family and economic burden, which increases with the increased frequency of attacks. Migraine is also often associated with allergy, anxiety and depression, neck and back pain, epilepsy and even stroke.

New specific drugs for the acute treatment of migraine

Triptans are well-established drugs for the acute treatment of migraine, first approved in 1992. They act as agonists of serotonin (5-HT) 1B and 1D receptors. However, new formulations of sumatriptan and rizatriptan have recently become available that are safe and more effective. Due to the limitations of prescribing triptans, especially in migraine patients with cardiovascular diseases and adverse events, more effective and safe specific drugs have been developed based on the pathophysiological mechanisms of migraine.

The newest oral drugs for the acute treatment of migraine are the gepants, i.e. rimegepant and ubrogepant. Both oral medications act as a small molecule calcitonin gene-related peptide (CGRP) receptor antagonists. Recently, zavegepant has been registered and is available as a nasal spray.

Rimegepant, which is used for both acute and preventive treatment of migraine, will soon be available in Slovenia.

Another new drugs for the acute treatment of migraine are ditans such as lasmiditan, the first serotonin (5-HT)_{1F} receptor agonist that have no cardiovascular side effects.

New specific drugs for the preventive treatment of migraine

The newest drugs for the prevention in people with frequent episodic, chronic or refractory migraines migraine belong to the class of drugs called CGRP antagonists. The long-acting, large molecule, monoclonal antibody CGRP antagonists work by blocking the activity of the calcitonin gene-related peptide, a neuropeptide that has been implicated in the pain and vasodilation processes associated with migraine attacks.

Erenumab is available in Slovenia, which is a fully humanized mPt that works by binding to the CGRP receptor. The remaining mPts, fremanezumab, galcanezumab and eptinezumab are humanized monoclonal antibodies that target the CGRP ligand. The first three drugs, which are already used in Slovenia, are administered subcutaneously once a month with an autoinjector. Eptinezumab will also be available in Slovenia soon and is administered via intravenous infusion.

The gepants are small molecule CGRP antagonists that can be administered orally. They work by blocking the CGRP receptor. Rimegepant N is a dual therapy used for both acute and preventive treatment of migraine. It is taken as needed for the acute treatment of migraine, and every other day for the preventive treatment of episodic migraine.

Atogepant works as a small molecule CGRP inhibitor. is taken once daily for the preventive treatment of episodic migraine.

Conclusion

For many years, apart from triptans, we had no specific drugs for migraine. The pathophysiology of migraine has enabled the rapid development of new specific drugs for the acute and preventive treatment of migraine. The latest drugs for the treatment of migraine are presented, which have literally changed the paradigm of migraine treatment and significantly improved the quality of life of migraine sufferers.

Literature

Stewart J. What are the new drugs for the treatment of migraines? 2023. [cited September 19, 2023] Available at:

<https://www.drugs.com/medical-answers/new-drugs-treatment-prevention-migraine-3515053/>.

■ ***prof. dr. Bojana Žvan, dr. med.**

Primarij, višja svetnica, FESO, nevrologinja, redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, soustvarjalka žilne nevrologije v Sloveniji, avtorica nacionalne telemedicinske mreže – TeleKap

Izobrazba: Diploma Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (MF UL), specializacija iz nevrologije v Ljubljani, podiplomski magistrski študij Univerza v Zagrebu, Hrvaška in doktorska disertacija MF UL.

Izobraževanje in gostujoča profesorica: Švedska (Univerza v Lundu), Hrvaška (Univerzitetna klinika Sestre Milosrdnice v Zagrebu), Srbija (Medicinska fakulteta Beograd), Nemčija (Univerzitetna bolnišnica Essen), Pensilvaniji (Univerza Penn Philadelphia) in Teksas (Medicinska šola Houston in Medicinski center St. Luke v Houstonu) v ZDA.

Nazivi: primarij, višja svetnica, slovenska Znanstvenica leta.

Strokovno delo: Na UKC Ljubljana (UKCL) je uvedla nevrosonološke metode: barvni Doppler ekstra- in intrakranialnih arterij, cerebrovaskularna reaktivnost in avtonomni živčni sistem z uporabo transkranialne Dopplerjeve sonografije (TCD), sodelovala pri uvajanju endovaskularnih metod. Ustanovila je Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo v UKCL in enoto za možgansko kap (EMK) v UKCL ter soustanovila EMK v UKC Maribor in Splošni bolnišnici Celje. Je avtorica telemedicinske nacionalne mreže za zdravljenje možganske kapi – TeleKap.

Znanstvenoraziskovalno, pedagoško in strokovno delo: 349 znanstvenih člankov, 109 pedagoških člankov in knjig ter 316 strokovnih člankov in knjig. Organizirala je 35 strokovnih srečanj z mednarodno udeležbo na temo možganske kapi in glavobola.

Multicentrične klinične študije: PERFORM, PROMPT, Top-Slo-05, ICSS, MAGELLAN, QUICK, RESPECT-ESUS, PERFORMANCE I, PERFORMANCE II in TRON.

Vodstvene funkcije: predstojnica Univerzitetne nevrološke klinike – UKCL (2006), predstojnica Kliničnega oddelka za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo na Nevrološki kliniki UKCL (2007-2015).

Funkcije: predsednica Nevrološkega združenja pri Zdravniškem društvu Slovenije (SZD) – 10 let.

Trenutno predsednica Sekcije za možganskožilne bolezni pri SZD in podpredsednica Sekcije za glavobol – Združenje nevrologov pri SZD, vodja Slovenske šole za nevrosonologijo pri Sekciji za MŽB, strokovna vodja laičnega Društva za preprečevanje možganskih in žilnih motenj ter soustanoviteljica slovenskega Združenja za migreno. Je redna članica Evropskega odbora za telemedicino, Evropske organizacije za možgansko kap (ESO) in Kontroverznosti v nevrologiji (CONy).

Prof. dr. Bojana Žvan, MD, PhD, primarius, senior councilor, FESO, neurologist, full professor at the Faculty of Medicine of the University of Ljubljana

Education: Graduated at the Medical Faculty at the University of Ljubljana, specialized in neurology in Ljubljana, graduated master's studies at the University of Zagreb, Croatia and doctoral dissertation at the Medical Faculty, University of Ljubljana.

Education and visiting Professor: Sweden (University of Lund), Croatia (University Clinic of the Sisters of Mercy in Zagreb), Serbia (Medical Faculty Belgrade), Germany (University Hospital Essen), Pennsylvania (Penn University Philadelphia) and Texas (Houston Medical School and St. Luke's Hospital in Houston), USA.

Titles: primarius, senior councilor, Slovenian Scientist of the Year 2009.

Professional work: introduced neurosonological methods at the UMC Ljubljana, participated in the introduction of endovascular methods, founded stroke unit (SU) at the UMC Ljubljana and co-founded SU at the UMC Maribor and at the General Hospital Celje, founded Vascular neurology department at the UMC Ljubljana and the author of the national telemedicine stroke network – TeleKap.

Scientific, pedagogical and professional articles: 349 scientific, 109 pedagogical articles and books, and 316 professional articles and books. She organized 35 professional meetings with international participation on stroke and headache.

Multicenter clinical trials: PERFORM, PROMPT, Top-Slo-05, ICSS, MAGELLAN, QUICK, RESPECT-ESUS, PERFORMANCE I, PERFORMANCE II and TRON.

Management positions: Head of the University Neurology Clinic – UMC Ljubljana (2006) and Head of the Clinical Department of Vascular Neurology at the UMC Ljubljana (2007-2015).

Functions and positions: President of the Neurological Association of the Medical Association of Slovenia (MAS) – 10 years. Currently president of the National Stroke Society and the vice-president of the National Headache Society, head of the Slovenian School of Neurosonology at the National Stroke Society, professional leader of the lay Association for the Prevention of Brain and Vascular Disorders, co-founder of the Slovenian Migraine Association, member of the European Telestroke Committee, fellow of the European Stroke Organization (ESO) and fellow of the Controversies in Neurology (CONy).

Napredna prepoznavna in obravnava najpogostejših komplikacij po operacijah srca omogoča pomembno izboljšanje po-operativnih izidov zdravljenja

Enhanced Detection of most Frequent Complications Improves Outcomes After Heart Surgery

112



Jurij Matija Kališnik*

Dandanes je kirurgija srca in ožilja že v svojih zrelih letih, po eni strani etabliirana in osvobojena pionirskih začetkov z nepredvidljivimi in negotovimi izidi zdravljenja, hkrati pa soočena z novimi izzivi, predvsem po zaslugi kompetitivnih invazivnih kardioloških posegov. Tako ni več pomembno samo, da je potreben poseg izvršen tehnično odlično, vedno bolj šteje tudi to, kako invaziven je ta poseg in kakšno kolateralno škodo povzroči bolniku, ki je dandanes starejši, z veliko pridruženimi boleznimi in tako mnogo bolj podvržen potencialnim pooperativnim zapletom.

V luči povedanega si lahko moderno srčno kirurgijo predstavljamo kot disciplino, ki sloni na treh stebrih: posameznemu bolniku prilagojeno načrtovanje posega, odlična, po možnosti manj invazivna izvedba posega in pooperativno zdravljenje z vključevanjem vseh naprednih postopkov, dobrih kliničnih praks za kar se da dolgotrajne odlične rezultate posega in minimiranje pooperativnih zapletov po operacijah srca. Slednje vključuje tako preventivne postopke kot tudi zgodnjo pooperativno mobilizacijo bolnika ter naprednim spremljanjem bolnikovih vitalnih funkcij s pomočjo naprednih digitalnih tehnologij tako v bolnišnici kot doma – (home) smart monitoring.

Med najbolj pogoste zaplete po operaciji srca se uvrščata pooperativna atrijska fibrilacija (PoAF) pri 20-30% in s srčno operacija povezana akutna okvara ledvic (ang. CSA-AKI) pri 30-35% bolnikov po posegu, od katerih vsaj

1% pristane na trajni dializi. Glede na trenutna dognanja bi bilo za bolnika najbolj varno, učinkovito, za zdravstveni sistem pa stroškovno najbolj ugodno, če bi verjetnost pojava omenjenih zapletov prepoznali kar se da zgodaj, po možnosti se preden se izrazijo v polnem obsegu, uvedli preventivno zdravljenje takoj in to samo pri bolnikih z največjo verjetnostjo za pojav komplikacije.

Tako smo v zadnjih letih razvili orodja, podprta z umetno inteligenco, ki iz EKG signala z avtomatsko analizo že na podlagi se normalnega predoperativnega sinusnega ritma prepoznajo, pri katerih bolnikih bo z veliko verjetnostjo prišlo do pooperativne AF. V primeru akutne ledvične okvare ledvic po operaciji srca pa smo uspeli razviti algoritme, ki napovejo ledvično okvaro, ki se tipično pojavi 2 do 7 dni po operaciji z 90% natančnostjo, in to v prvih 6-12 urah iz običajnih pooperativnih laboratorijskih izvidov, to je vsaj 36 ur prej, preden do zapleta pride.

Vse to nam bo bližnji prihodnosti omogočilo, da bomo preventivno terapijo lahko dali v dovolj zgodnji fazi, po možnosti tako, da bomo tak dogodek preprečili ali vsaj močno omilili klinično sliko.

Po drugi strani lahko z izboljšanim pooperativnim spremljanjem in kontrolo dejavnikov tveganja bolj zgodaj prepoznamo bolnike z visokim tveganjem za globoke okužbe rane na prsnem kosu, kar lahko pomembno pospeši uvedbo učinkovite antibiotične terapije in po možnosti kirurško obravnavo rane, vse to s ciljem skrajševanja časa do dokončne ozdravitve in zniževanja smrtnosti. Na tem področju smo razvili z umetno inteligenco podprt algoritem, ki je prepoznal bolnike z visokim tveganjem za okužbo, ki so doslej prišli z močno inficirano rano od doma tipično 2 do 3 tedne po operaciji. Omenjeni algoritem omogoča, da pri vsakem posameznem bolniku z visokim tveganjem z preko 90 % natančnostjo prepoznamo najpomembnejše dejavnike za pooperativno okužbo, kar nam bo v perspektivni izvedbi omogočilo zmanjšati dejavnike tveganja na minimum, in sicer na osnovi dotičnemu bolniku prilagojenih postopkov zdravljenja.

■ ***izr. prof. dr. Jurij Matija Kališnik, dr. med.**

Associate Prof. Jurij Matija Kališnik received his M.D. degree in 1999 at Ljubljana Medical School and his Ph.D. degree in Biomedical Sciences from the University of Ljubljana, Slovenia, in 2004. Between 2000 and 2018, he was with the University Medical Centre Ljubljana, from 2009 onwards as board-certified specialist for cardiac and vascular surgery. He was visiting-fellow, -surgeon or -professor in 2003 at Heart Centre of Leipzig University, Germany, in 2005 at Cleveland Clinic, Cleveland, USA, and at the Medical Academy in Warsaw, Poland, and in 2008 at Texas Heart Institute, Houston,

USA. He is currently attending cardiac surgeon and research programme coordinator at the Cardiovascular Centre, Department of Cardiac Surgery, Klinikum Nuremberg, Germany, holding a position of assistant professor of surgery at Paracelsus Medical University, Nuremberg, Germany and associate professorship at the University of Ljubljana, Slovenia. As senior investigator he has led several projects in the field of cardiac surgery-associated acute kidney injury, innovative approaches to reduce cytokine toxic response during cardiac surgery for endocarditis, advanced ECG-base postoperative atrial fibrillation detection and prediction and innovative drainage system application to reduce bleeding-associated complications after cardiac surgery. At present, he is principal investigator of the project "Smart monitoring and Artificial Intelligence supported prediction of major arrhythmic events by cardiac interventions (SMoKI-PrE)", funded by the Bavarian government. He has supervised/co-supervised 5 at Ljubljana Medical Faculty awarded student projects, 8 doctoral projects at the Paracelsus Medical University, and has been (co)-supervising 3 PhD students in Ljubljana and Nuremberg. His research and clinical interests are to integrate advanced technologies and artificial intelligence algorithms for better patient-tailored planning, (surgical) treatment and postoperative surveillance of cardiovascular diseases, including with special emphasis of prediction and prevention of postoperative complications. He authored or co-authored over 60 peer-reviewed papers in scientific journals and more than 150 contributions on international scientific conferences. He has been active or invited speaker at the annual meetings of Swiss, German European and American societies of cardiac surgery over the last couple of years. He received Robert Emory Investigator Award at the annual meeting of Society of Minimally Invasive Cardiothoracic and Vascular Surgery in 2014 in Boston, USA and was awarded "Best Paracelsus Scientist of the Year" Award in 2023. Prof. Kališnik has been serving as an editorial or programme board member or reviewer of several international conferences and journals.

Terapevtska hipotermija pri novorojenčkih s hipoksično-ishemično encefalopatijo – evalvacija oskrbe in rezultati ob odpustu v porodnišnici v Buenos Airesu.

Therapeutic Hypothermia in Newborns with Hypoxic Ischemic Encephalopathy. Evaluation of the Care Process and Results at Discharge



Andrea Praprotnik*

Uvod: Perinatalna hipoksična-ishemična encefalopatija je pomemben znanstveni problem, ker povzroča visoko umrljivost in nevrološke poškodbe pri preživelih. Standardno zdravljenje za nevroprotekcijo je aktivna hipotermija, ki se začne približno 6 ur po hipoksično-ishemičnem inzulatu.

Cilj: Oceniti oskrbni proces in rezultate po odpustu iz neonatalnega intenzivnega oddelka (NICU)

Metodologija: Retrospektivna kohortna študija novorojenčkov s perinatalno hipoksično-ishemično encefalopatijo, ki so bili sprejeti za telesno aktivno hipotermijo od 01.4.2014 do 31.7.2022. Iz njihove zdravstvene dokumentacije so bili zbrani perinatalne informacije, podatki o kliničnem razvoju, komplementarnih preiskav, zapletih, zdravljenih in o nevroloških pregledih ob odpustu. Ocenjene so bile letne spremembe vključevanja v študijo. Podatki so bili analizirani z uporabo statističnega paketa STATA.

Rezultati: 70 novorojenčkov s hipoksično-ishemično encefalopatijo je dobilo terapevtsko hipotermijo. 68 se jih je rodilo v tej porodnišnici, dve tretjini po naravni poti. Povprečna gestacijska starost (X)38.6 t. Teža (X) 3270g. Polovica jih je bilo moškega spola. PH v prvi uri rojstva X=7 in bazni deficit (EB) X=-16. 80% je dobilo aktivno hipotermijo v prvih 6 urah po rojstvu. Kriterij za vključenost je bil EEG. V 50% primerov je prevladal »burst/suppression« vzorec. Imeli so klinične ali električne konvulzije (59/70) in patološki ultrazvok (59/70). Mehanična dihalna pomoč(ARM) (X=7dni) 29

bolnikov. Povprečno bivanje v bolnici je bilo 19 dni. V osmih primerih so se pojavile druge komplikacije (elektrolitične motnje, krvavitve, hiperglikemija). 66 jih je preživel. 20 pacientov je imelo normalno nevrološko sliko ob odpustu, 9 normalno polisomnografijo, 47 je kazalo poškodbe (na MRI) in 56 jih je potrebovalo antikonvulzivna zdravila.

Zaključek: V tej skupini je bila hipotermija varna terapija. Opažamo, da smo z leti fleksibilizirali izbirne kriterije

Avtorji: Praprotnik A, Contrera P, Gorenstein A, Menzano E, Galeano M, Vain N.

Servicio de neonatología (NICU) Sanatorio de la Trinidad San Isidro. Buenos Aires. Argentina

apraprotnik@gmail.com

■ ***Andrea Praprotnik, dr. med.**

Rojena v Buenos Airesu, 31.10.63. Je najmlajša hčerka Rudija in Ivke Homan. Zdravnica s specializacijo za neonatologijo (Fakulteta za medicino Univerze v Buenos Airesu). Je izredna profesorica fiziologije in neonatologije na Buenosaireški univerzi.

Zadnje leta je koordinatorica neonatalnega intenzivnega oddelka v bolnišnici Sanatorio Trinidad San Isidro. Ukvarja se s perinatalno nevrologijo. Je članica SAP, CEFEN, RENAC, NBS in Fundación Nene.

Preprečevanje razvoja endometrioze in izboljšanje implantacije zarodka preko ciljanja senescence endometriuma

Targeting Decidual Senescence to Inhibit the Progression of Endometriosis and Improve Embryo Implantation



Polona Šafarič Tepes*

V reproduktivnih letih življenja se tkivo endometrija vsakih 28 dni popolnoma odluči in s tem ustvari „odprto rano“, ki se hitro regenerira brez fibroze tkiva. V srednji lutealni fazi pride do decidualizacije endometrija, proces, ki predstavlja kratko okno dovzetnosti endometrija za implantacijo zarodka. Decidualizacija je akutni stresni odziv endometrijskih stromalnih celic, ki na celični ravni pripelje do zaustavitve celičnega cikla, sproščanja vnetnih mediatorjev in invazije imunskih celic.¹ Napake v postopku decidualizacije so eden izmed glavnih razlogov za neuspeh implantacije, motnje pri zanositvi in razlog spontanih splavov.² To se dogaja pri endometriozi, bolezni, ki je razlog za 50% težav z zanositvijo in 70–80% kronično medenično bolečino. Poleg težav z decidualizacijo prihaja do izvenmaterične rasti stromalnih celic in tkiv endometrija (najpogosteje v peritonealna votlina, jajčniki, diafragma, ipd). Kljub temu, da si endometrioza deli z neoplazijami kar nekaj lastnosti, kot je izventkivno rast-metastaziranje, povečana proliferacija celic, se redko razvije v maligna obolenja (predvsem v različne podtippe epiteljskega raka jajčnikov).³

¹ Muter, J., Kong, C. S., and Brosens, J. J. (2021) The Role of Decidual Subpopulations in Implantation, Menstruation and Miscarriage, *Frontiers in reproductive health* 3, 804921.

² Deryabin, P. I., and Borodkina, A. V. (2022) Stromal cell senescence contributes to impaired endometrial decidualization and defective interaction with trophoblast cells, *Human reproduction (Oxford, England)* 37, 1505-1524.

³ Ye, J., Peng, H., Huang, X., and Qi, X. (2022) The association between endometriosis and risk of endometrial cancer and breast cancer: a meta-analysis, *BMC women's health* 22, 455.

V naši študiji na Northwell Health, v New Yorku zbiramo menstrualni izliv zdravih prostovoljk brez simptomov in bolnic z diagnosticirano endometriozo in iz izliva izoliramo endometrijske stromalne celice, z namenom iskanja razlik med skupinama in razvojem diagnostičnega testa. Pri teh celicah smo odkrili, da prihaja do razlik med skupinama v senescenci (eden izmed podtipov celičnega staranja). Kljub temu, da je senescence bila odkrita kot del staranja in je lahko vzrok za kronična obolenja, kot tudi nastanka metastaz pri tumorjih, ima tudi pomembno fiziološko vlogo v mladih, zdravih tkivih. Sodeluje pri obnovi poškodovanih tkiv, kar je še posebej pomembno pri regeneraciji endometriuma.^{4,5,6} Pokazali smo, da pri bolnicah z endometriozo prihaja do pomanjšanja decidualizacije, kar je lahko razlog za nepravilno delovanje celic v senescence. Zato smo obe skupini celic zdravili s senolitiki, kot je dasatinib ali kvercetin, zdravila, ki ciljajo senescenčne celice in pokazali signifikantno izboljšanje decidualizacije celic obeh skupin. Kvercetin je znatno znižal proliferacijo celic bolnic z endometriozo in povečal decidualizacijo stromalnih celic pri obeh skupinah. Kvercetin je preko pro-apoptotičnih učinkov selektivno uničil celice v senescenci, kot tudi zmanjšal sekretorni fenotip (SASP) preostalih senescenčnih celic. Je pomemben mehanizem vplivanja starajočih se celic na njihovo okolje. Preko SASP te celice regulirajo obnovo tkiva, kot tudi razgradnjo in pri tumorjih, napredovanje metastaz.

The endometrium is a highly regenerative tissue that is capable of transitioning between different physiological states. During the reproductive years, the internal lining of the endometrium completely sheds every 28 days creating a large “open wound” that quickly regenerates without fibrosis. In a mid-luteal phase, a progesterone-dependent process called decidualization occurs which presents a short window when the endometrium is receptive to embryo implantation. Decidualization is an acute stress response of endometrial stromal cells, leading to cell cycle arrest, release of proinflammatory mediators, and uterine natural killer cell invasion.⁷ Problems in this process are linked to pregnancy disorders that result in implantation

⁴ Deryabin, P. I., and Borodkina, A. V. (2022) Stromal cell senescence contributes to impaired endometrial decidualization and defective interaction with trophoblast cells, *Human reproduction* (Oxford, England) 37, 1505-1524.

⁵ Rawlings, T. M., Makwana, K., Taylor, D. M., Molè, M. A., Fishwick, K. J., Tryfonos, M., Odendaal, J., Hawkes, A., Zernicka-Goetz, M., Hartshorne, G. M., Brosens, J. J., and Lucas, E. S. (2021) Modelling the impact of decidual senescence on embryo implantation in human endometrial assembloids, *eLife* 10, e69603.

⁶ Triana-Martínez, F., Loza, M. I., and Domínguez, E. (2020) Beyond Tumor Suppression: Senescence in Cancer Stemness and Tumor Dormancy, *Cells* 9.

⁷ Muter, J., Kong, C. S., and Brosens, J. J. (2021) The Role of Decidual Subpopulations in Implantation, Menstruation and Miscarriage, *Frontiers in reproductive health* 3, 804921.

failure or miscarriages,⁸ and defects in the decidualization capacity of stromal cells derived from endometriosis patients are widely reported.

We now present evidence that cellular senescence of endometrial stromal cells may underlie defects in decidualization in endometriosis patients. Senescence is a form of cellular arrest that has previously been associated with recurrent miscarriage, and implantation failure.^{9,10} Selective removal of persistent senescent cells pharmacologically by utilizing senolytics such as dasatinib and quercetin has been shown to improve female fertility. Therefore, we tested the role of senolytic agents on cultured stromal cells from endometriosis patients as well as healthy, unaffected controls using culture endometrial stromal cells derived from menstrual effluent. We now show that Quercetin significantly inhibited proliferation and enhanced the decidualization of stromal cells in endometriosis patients and controls via its senolytic and pro-apoptotic activities.

The senescence-associated secretory phenotype (SASP) of senescent cells alters the microenvironment and can induce changes in neighboring cells. In tumors, it has been shown that senescent cells induce invasion and metastasis of non-senescent surrounding tumor cells via SASPs.^{11,12} SASPs are a prominent feature in the peritoneal fluid of subjects with invasive endometriosis lesions; interestingly, endometriosis is also associated with several subtypes of epithelial ovarian cancer such as clear cell, low-grade serous, and endometriosis.¹³ Therefore, as a part of our ongoing studies, we are now investigating whether the reduction of SASPs by quercetin could reduce the metastatic features of endometriosis, and thus improve the prognosis and fertility of women with endometriosis.

⁸ Deryabin, P. I., and Borodkina, A. V. (2022) Stromal cell senescence contributes to impaired endometrial decidualization and defective interaction with trophoblast cells, *Human reproduction (Oxford, England)* 37, 1505-1524.

⁹ Deryabin, P. I., and Borodkina, A. V. (2022) Stromal cell senescence contributes to impaired endometrial decidualization and defective interaction with trophoblast cells, *Human reproduction (Oxford, England)* 37, 1505-1524.

¹⁰ Rawlings, T. M., Makwana, K., Taylor, D. M., Molè, M. A., Fishwick, K. J., Tryfonos, M., Odendaal, J., Hawkes, A., Zernicka-Goetz, M., Hartshorne, G. M., Brosens, J. J., and Lucas, E. S. (2021) Modelling the impact of decidual senescence on embryo implantation in human endometrial assembloids, *eLife* 10, e69603.

¹¹ Yang, J., Liu, M., Hong, D., Zeng, M., and Zhang, X. (2021) The Paradoxical Role of Cellular Senescence in Cancer, *9*.

¹² Triana-Martínez, F., Loza, M. I., and Domínguez, E. (2020) Beyond Tumor Suppression: Senescence in Cancer Stemness and Tumor Dormancy, *Cells* 9.

¹³ Ye, J., Peng, H., Huang, X., and Qi, X. (2022) The association between endometriosis and risk of endometrial cancer and breast cancer: a meta-analysis, *BMC women's health* 22, 455.

■ *dr. Polona Šafarič Tepes

Doktorirala je na Univerzi v Ljubljani in v sodelovanju s Cold Spring Harbor Laboratorijem, kjer je opravljala svoje raziskovalno delo na področju onkologije ter pristopih precizne medicine. Preučevala je mehanizem odpornosti tumorjev (Safaric Tepes, 2021, eLife), razvila je nova molekularna orodja na podlagi CRISPR-Cas9 (Safaric Tepes, 2021, JoVe) in razvila nove predklinične modele za preučevanje redkih rakov kot tudi validacijo novih tarč za njihovo zdravljenje (Safaric Tepes, 2022, Nature Laboratory Investigation), (Safaric Tepes, 2023, MDPI, v reviziji). Dr. Šafarič Tepes sodeluje z U-Penn univerzitetnim kliničnim centrom, pri klinični študiji SARC024 (II faza) pri vključitvi bolnikov z mezenhimskim hondrosarkomom za ciljno zdravljenje. Trenutno je zaposlena pri Northwell Health, ki je integrirana zdravstvena mreža in največji ponudnik zdravstvenih storitev v zvezni državi New York, kjer je svoje znanje iz področja onkologije in razvoja novih molekularnih metod uporablja za raziskave na znanstveno podhranjenim področjem – žensko reprodukcijsko zdravje. Natančneje razvija neinvazivni diagnostični test za odkrivanje endometrioze iz menstrualnega izliva, kot tudi možnosti zdravljenja in izboljšanje plodnosti žensk (prispevek v recenziji: Delenko, 2023, eLife). Dr. Šafarič Tepes je od leta 2020 tudi vpeta v mednarodni dan žensk in deklet v znanosti na sedežu Združenih Narodov v New Yorku, kjer je bila leta 2020 in 2021 povabljena panelistka s strani Slovenske misije pri ZN. Leta 2021 pa je bila imenovana za članico Royal Academy of Science International Trust (RASIT, organizator skupščine pri ZN), z vlogo vodenja zunanjih zadev RASITa ter organizacijo skupščine na ZN-u. Maja 2023 je prejela nagrado za ženske v znanosti (AWSM Award, Northwell), leta 2021 pa KRKINO priznanje za dosežke iz področja njenega doktorata.

Kako opredeliti uspeh kliničnih raziskavah

How to Define Success in Clinical Research



Borut Čižman*

Določanje uspeha v kliničnih raziskavah je večplastno. Zahteva oceno z različnih zornih kotov, vključno s kliničnimi raziskovalci, sponzorji, organizacijami za klinične raziskave, zdravstvenimi sistemi in predvsem pacienti, ki sodelujejo v študijah.

Vse več zdravnikov, ki delujejo kot glavni raziskovalci, goji zanimanje za klinične raziskave. To zanimanje pogosto izhaja iz njihovih kliničnih izkušenj, čeprav še vedno dajejo prednost oskrbi pacientov. Po drugi strani pa obstajajo zdravniki in znanstveniki, ki prehajajo iz akademskih okolij v vloge znotraj farmacevtskih podjetij, od začetnih podjetij do uveljavljenih farmacevtskih velikanov. Za obe skupini zdravnikov, raziskovalcev na obeh področjih, lahko poglobljene raziskave povečajo njihovo razumevanje bolezni in oblikujejo strategije zdravljenja, kar na koncu koristi izboljšanju zdravja pacientov. Nujno je, da zdravniki izpopolnjujejo svoje strokovno znanje in se tako pripravijo na zahteve kliničnega raziskovalnega okolja. Predvsem pa morata varnost pacientov in etične dimenzije raziskav ostati na prvem mestu.

Za tiste v vlogah raziskav in razvoja je bistveno oblikovati praktične študijske modele, podprte z natančnimi statističnimi in varnostnimi načrti. Vsak vidik kliničnih raziskav, od pridobivanja obveščene soglasja do prepoznavanja in poročanja o neželenih stranskih učinkih, zahteva temeljito pozornost. Skladnost z zasebnostnimi predpisi, kot je HIPAA v Združenih

državah Amerike, ni predmet pogajanj. Poznavanje regulativnih smernic, ki se lahko razlikujejo med državami, je prednost za uspešno izvajanje kliničnih raziskav. Učinkovita komunikacija, prilagojena različnim občin-
stvom, kot so kolegi, člani ekipe, nadzorniki študij, sponzorji in udeleženci, je temelj uspeha. Raziskovalci morajo biti tudi spretni pri organiziranju in širjenju svojih ugotovitev, pri čemer si prizadevajo za pravočasno objavo v uglednih medicinskih revijah. Prevajanje teh ugotovitev za širše znan-
stvene občinstvo in njihovo vključevanje v klinično prakso predstavlja svoj nabor izzivov. Poleg tega je pomen raznolikosti v kliničnih preskušanjih v današnjem kontekstu nesporen. Končni cilj je znanstvena odkritja narediti smiselna za paciente in zagotoviti, da imajo uporabnost v resničnem svetu. Kritično razmišljanje je nepogrešljivo na tej poti, saj spodbuja razvoj ino-
vativnih zdraviljenj, ki prinašajo oprijemljive izboljšave v korist pacientov.

Na srečo uspešni raziskovalci prinašajo raznolik izbor veščin, ki vključujejo področja, kot so epidemiologija, oblikovanje protokolov za študije, etika v raziskavah, medicina ki temelji na dokazih, in umetnost komuniciranja znanstvenih ugotovitev. Vendar je vredno opozoriti na vgrajena tveganja razvoja zdravil, saj manj kot 10% novih raziskovalnih izdelkov kdaj koli do-
seže trg. Z vidika farmacevtske industrije se zdravilo morda šteje za uspeš-
no le, če doseže tržno prisotnost po finančno sprejemljivi ceni. Po drugi strani pa plačniki, bodisi univerzalni zdravstveni sistemi ali zavarovalnice, stojijo pred izzivom ponuditi najnovejša zdravljena, ne da bi preobremenili svoje proračune. V končni analizi se vrhunec uspeha uresniči, ko zdravlje-
nja izboljšajo izide pacientov na način, ki je tako smiseln kot ekonomsko vzdržen za družbo.

Defining success in clinical research is multifaceted. It requires evaluation from various perspectives, encompassing clinical investigators, sponsors, clinical research organizations, healthcare systems, and most crucially, patients who participate in studies.

An increasing number of physicians, acting as principal investigators, are cultivating an interest in clinical research. This interest is often rooted in their clinical experiences, even as they continue to prioritize patient care. Conversely, there are physicians and scientists who transition from academic settings to roles within pharmaceutical entities, ranging from start-ups to established pharma giants. For both these groups, delving into new research can enhance their understanding of diseases and inform treatment strategies, ultimately benefiting patient health outcomes. It's imperative for physicians to hone their expertise, ensuring they're well-equipped for the demands of the clinical research landscape. Above all, the safety of patients and the ethical dimensions of research must remain paramount.

For those in research and development roles, it's essential to craft practical study designs, underpinned by meticulous statistical and safety plans. Every facet of clinical research, from securing informed consent to the identification and reporting of adverse events, demands rigorous attention. Compliance with privacy regulations, such as HIPAA in the United States, is non-negotiable. A familiarity with regulatory guidelines, which can differ across countries, is advantageous for the successful execution of clinical research. Effective communication, tailored to diverse audiences like colleagues, team members, study monitors, sponsors, and participants, is a cornerstone of success. Researchers must also be adept at organizing and disseminating their findings, aiming for timely publication in esteemed medical journals. Translating these findings for broader scientific audiences and integrating them into clinical practice presents its own set of challenges. Moreover, the importance of diversity in clinical trials cannot be overstated in today's context. The ultimate objective is to render scientific discoveries meaningful for patients, ensuring they hold real-world applicability. Critical thinking is indispensable in this journey, driving the development of innovative treatments that yield tangible improvements in patient outcomes.

Fortunately, successful researchers bring a diverse skill set to the table, encompassing areas like epidemiology, study design, evidence-based medicine, research ethics, and the art of communicating scientific findings. However, it's worth noting the inherent risks of drug development, with fewer than 10% of new investigational products ever reaching the market. From the vantage point of the pharmaceutical industry, a drug might only be deemed successful if it achieves market presence at a financially viable price point. On the flip side, payers, be they universal health care systems or insurance entities, are tasked with the challenge of offering cutting-edge treatments without overburdening their budgets. In the final analysis, the pinnacle of success is realized when treatments enhance patient outcomes in a manner that's both meaningful and economically sustainable for society.

■ ***dr. Borut Čižman, dr. med.**

Leta 1979 je diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in začel po obveznem delu v splošni medicini klinično kariero na UKC Ljubljana na Kliniki za nefrologijo. Leta 1990 je prejel raziskovalno nefrološko štipendijo na University of Pennsylvania. Po dodatnem kliničnem in epidemiološkem usposabljanju se je leta 1999 pridružil Electrolyte and Hypertension Division in Department of Medicine of the Perelman School of Medicine. Poleg tega je do leta 2006 vodil Renal Section at the Philadelphia VA Medical Center.

Po 7-letni akademski karieri se je pridružil Baxter Healthcare, da bi vodil raziskave o dializnih napravah, raztopinah in programski opremi za peritonealno dializo. Leta 2013 se je preselil v GSK R&D, za vodenje programa anemije pri kronični ledvični bolezni (KLB), ki ga sestavljajo štiri študije tretje faze, ki obravnavajo skoraj 7500 oseb. FDA je leta 2023 odobrila novo oralno zdravilo, daprodustat, za zdravljenje anemije pri dializni populaciji. Leta 2021 se je pridružil podjetju Inozyme Pharma, da bi delal na področju preprečevanja vaskularne kalcifikacije pri KLB in izjemno redkih boleznih, povezanih s pomanjkljivostmi ENPP1 in ABCC6 encimov. Trenutno je podpredsednik kliničnega razvoja pri Mineralys Therapeutics, ki raziskuje nov selektivni zaviralec aldosteron sintaze, lorundrostat, za nenadzorovano in odporno hipertenzijo in napredovanje KLB.

Njegovi znanstveni interesi vključujejo anemijo KLB in hiporeaktivnost eritropoetin stimulirajočih zdravil, napredovanje KLB, imunske ledvične bolezni, peritonealno dializo, presnovo kalcija in fosfata, vaskularne kalcifikacije in rezistentno/nenadzorovano hipertenzijo. Objavljal je v vodilnih medicinskih revijah, vključno z *New England Journal of Medicine* in *JAMA*, ter najpomembnejših revijah o ledvičnih boleznih, vključno v *CJASN*, *NDT*, *AJKD*, *Kidney International*, *KIR*, *CKJ*, *Kidney Medicine* in *Kidney 360*.

Dr. Borut Čižman earned his medical degree from the University of Ljubljana School of Medicine in 1979. After spending a couple of years in primary care, he began his academic clinical journey at the University Medical Center in Ljubljana, Department of Nephrology. During his time in Ljubljana, he discovered first patient with Hantaan nephropathy at the UMC leading to a discovery of a new virus strain, Dobrava in Slovenia. In 1990, he was awarded a research nephrology fellowship at the University of Pennsylvania. After completing further clinical and epidemiological training, Dr. Čižman joined the Electrolyte and Hypertension Division's faculty at the Perelman School of Medicine's Department of Medicine. Concurrently, he took on the role of Chief of the Renal Section at the Philadelphia VA Medical Center, a position he held until 2006.

Transitioning from academia after seven years, Dr. Čižman joined Baxter Healthcare, spearheading research on devices, solutions, and software tailored for peritoneal dialysis. In 2013, he took the helm of the anemia CKD ASCEND program at GSK R&D. This program, encompassing four large phase 3 clinical trials with about 7500 participants culminated in approval of daprodustat by FDA for oral treatment of anemia in dialysis population. By 2021, he joined his first pharmaceutical startup: Inozyme Pharma, focusing on the prevention of vascular calcification in CKD and addressing ultra-rare diseases linked to ENPP1 and ABCC6 deficiencies. In 2023, he furthered his career by joining Mineralys Therapeutics as the Vice President of Clinical Development. Here, he is dedicated to working on lorundrostat, a novel selective aldosterone synthase inhibitor targeting uncontrolled hypertension and the progression of CKD.

Dr. Čižman's scientific pursuits encompass a range of nephrological interests, including anemia of CKD, ESA hyporesponsiveness, progression of CKD, immune kidney diseases, peritoneal dialysis, calcium and phosphate

metabolism, vascular calcifications, and resistant/uncontrolled hypertension. His contributions to medical literature are significant, with publications in premier medical journals such as the New England Journal of Medicine and JAMA. Additionally, he has published in prominent kidney-focused journals, including CJASN, NDT, AJKD, Kidney International, KIR, CKJ, Kidney Medicine, and Kidney 360.



Izzivi kadrovanja v zdravstvu in vračanje slovenskih zdravnikov iz tujine

Challenges of Staffing in Medical Healthcare
and Repatriation of Slovenian Doctors

127

PRESEDUJOČI

129



prim. Janez Remškar, dr. med.

Rojen v Ljubljani 11.06.1947. Po gimnaziji Vič, Medicinski fakulteti, specializaciji iz interne medicine, podiplomskem študiju iz pulmologije, sem delal kot zdravnik-specialist na intenzivnem oddelku Golnik. V letu 1987 sem zamenjal prof. Jeršeta, na istem inštitutu, pri vodenju oddelka za rehabilitacijo bolnikov po srčnem infarktu oz. srčnih operacijah z komplikacijami. Delal sem kot klinični asistent pri izobraževanju študentov medicine, specializantov interne medicine, pri podiplomskem študiju iz pulmologije, bronhologije. Ob strokovnem delu, izobraževanjih doma (GEA College, Fakulteta za upravo) in tujini (Fellowship AARC ZDA), številnih člankih, predavanjih, sem 1993 dobil naziv primarij. Kasneje sem bil dva mandata strokovni in poslovni direktor SB Jesenice. Po odstopu, iz objektivnih razlogov, ob nesreči porodničarja in smrti novorojenčka sem dve leti delal kot nadzorni zdravnik, svetovalec direktorja na ZZZS. Po povabilu g. ministra dr. Bručana sem nato 5 let delal na MZ kot direktor direktorata za zdravstveno varstvo. V tem času se je zamenjalo 4. ministre. Na MZ sem vodil delo na sprejetem prvem zakonu o pacientovih pravicah, zakonu o duševnem zdravju ter sprejetem zakonu o zdravilstvu, ki pa ni nikdar zaživel. Mesto na MZ sem zapustil zaradi stalno spreminjajoče ter nedorečene politike na področju zdravstva. Za tem sem opravljal delo svetovalca strokovne direktorice UKC LJ in zaključil poklicno pot leta 2015, kot direktor OI LJ.

Ob strokovnem delu sem bil v letih 1980-1984 predsednik OE RK Kranj. Na prvih demokratičnih volitvah 1990 sem bil na listi DEMOS izvoljen v

Skupščino RS, kot predstavnik zdravnikov. V tem času sem bil tudi nepoklicni član IS občine Kranj, odgovoren za zdravstvo in socialo. Kasneje sem opravljal vrsto funkcij v združenju zdravstveni zavodov, predsedoval več svetom zavodov (tudi svetu UKC LJ) ter zastopal združenje direktorjev slovenskih bolnišnic (Krakow 1997, Rim1998). V letih 2003 do 2007. po težki aferi na RKS, sem bil predsednik RK Slovenije.

PRESEDUJOČA

131



prim. Majda Kregelj Zbačnik, dr. med.

Majda Ana Kregelj Zbačnik se je po končani gimnaziji vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je diplomirala leta 1970. Opravila je specializacijo iz pediatrije na Pediatrični kliniki v Ljubljani, se izpopolnjevala na področju nevropediatrije in leta 1996 dosegla naziv primarij. Zaposlila se je na Pediatrični kliniki v Ljubljani leta 1980. Izvoljena je bila leta 1996 v Državni zbor kot poslanka in bila predsednica Odbora za zdravstvo, delo, družino in socialno politiko, članica Komisije za invalide, za narodnosti, enakih možnosti, peticije. Dejavno sodeluje v nevladnih organizacijah doma in po svetu na področju zdravstva, sociale, družine, pa tudi v strokovnih krogih.

Vračanje v Slovenijo – težavna pot?

Returning to Slovenia – a Challenge?

132



Aleš Pražnikar*

Uvod

Zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji je utemeljeno na solidarnosti, enakosti in pravičnosti. Prebivalci Slovenije zdravje, pravno in osebno varnost vztrajno postavljajo na prva mesta državljskih potreb in pravic. Do nedavnega smo večinsko menili, da takšen sistem tudi imamo. V zadnjem času pa lahko zasledimo vse več nezadovoljstva s težko dostopnostjo do nekaterih zdravstvenih uslug in zlasti do zdravnikov.

Pomanjkanje zdravnikov v državi ni pravo presenečenje. Podatki Zdravniške zbornice pomanjkanje zdravnikov nekaterih specialnosti napovedujejo že dolgo. Ustanovitev dodatne medicinske fakultete pričakovanega pomanjkanja ni ublažila v zadostni meri. Slovenski zdravstveni sistem, vsaj tako se zdi, želi pridobiti zdravnike tudi iz tujine, med njimi tudi slovenske zdravnike, ki živijo in delajo v tujini.

Število slovenskih zdravnikov, ki delajo v tujini, narašča. Po eni strani gre za v Sloveniji izšolane in usposobljene zdravnike, po drugi strani pa tudi zdravnike, ki so državo zapustili z namenom študirati na tuji univerzi in že prevzemajo pomembne položaje v najuglednejših medicinskih ustanovah.

Vprašanje je torej, zakaj slovenski zdravniki in mladi z namenom postati zdravnik, sploh zapuščajo državo. In nadalje, ali bi se na tujem delujoči slovenski zdravniki, tudi vrnili, če bi te razloge poskusili odpraviti.

Poklicno zadovoljstvo zdravnikov

Poklicno zadovoljstvo zdravnikov je pomembno iz več razlogov. Prvič, poklicno zadovoljstvo zdravnikov je zaželeno samo po sebi; predvidevamo namreč lahko, da je bolje, če so zdravniki pri delu zadovoljni, kot če niso. To potrjujejo tudi raziskave, zadovoljstvo z delom je bilo pri zdravnikih povezano z večjo produktivnostjo/uspešnostjo in z manjšo odsotnostjo z dela in fluktuacijo v ustanovi. Zadovoljstvo z delom je torej za zdravnike močan motivator. Drugič, poklicno zadovoljstvo zdravnikov je kazalnik dobrega delovanja zdravstvenega sistema kot celote; nekateri svetovni sistemi kakovosti, kot je model Evropskega sklada za upravljanje kakovosti (European Foundation for Quality Management), vključujejo poklicno zadovoljstvo med ključne kazalnike uspešnosti. Tretjič, nezadovoljstvo zdravnikov lahko privede do neželenih posledic, kot so: pomanjkanje motivacije, izgorelost, slaba oskrba pacientov, sprememba poklica ali prezgodnja upokojitev, hkrati pa lahko zmanjša privlačnost poklica za naslednje generacije (po 1).

Raziskave nakazujejo, da je nezadovoljstvo zdravnikov mogoče napovedati na podlagi njihovega negativnega dojemanja družbenega in zdravstvenega okolja (2). S spremembami delovnega okolja lahko vplivamo na izboljšanje kakovosti poklicnega in osebnega življenja zdravnika, s čimer se izboljšata kakovost oskrbe in zadovoljstvo bolnika (3).

Raziskave so zaznale pomembno poslabšanje poklicnega zadovoljstva zdravnikov v mnogih državah (1,4,5), čeprav ne vseh (6). Zdravniki in medicinske sestre tako opisujejo vse več delovnih nalog kot nelegitimne, navedajo težave s prevelikimi delovnimi obremenitvami, pomanjkanjem razpoložljivih virov, s preizkušnjami, ki jih pred njih postavlja digitalizacija, neučinkovitost na različnih ravneh, slabo sodelovanje in zabrisane meje med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva (4). Nadalje raziskave razkrivajo tudi, da poklicno zadovoljstvo strmo pade v času po zaključku specializacije in nato spet počasi narašča (7).

Spremenjeni pogoji dela najbolj vplivajo na poklicno zadovoljstvo zdravnikov. Še zlasti je občutljivo na reforme zdravstvenega varstva, ki posredno ali neposredno vplivajo na njihovo delo. S spremembami delovnega okolja in zdravstvenega varstva lahko vplivamo na izboljšanje kakovosti poklicnega in osebnega življenja zdravnika, s čimer pa se izboljšata tudi kakovost oskrbe in zadovoljstvo bolnikov. Zavedanje, da svoje znanje in izkušnje smiselno uporabljajo, je za zdravnike še posebej pomembno (4).

Položaj škotskega zdravnika

Škotsko zdravstveno varstvo je pristojnost škotske vlade. Zdravstveno varstvo zagotavlja Državna zdravstvena služba (National Health Service, NHS Scotland). Država zagotavlja celovito zdravstveno varstvo vsem prebivalcem Škotske s stalnim prebivališčem po krajevem načelu.

Zdravnik se zaposli na podlagi javnega razpisa. Načrt delovnega tedna (»job plan«) je del pogodbe o zaposlitvi. V načrtu so opredeljene naloge zdravnika v obliki štiriurnih sklopov. Zdravnik je dolžan opravljati le dela, ki so opredeljena v njegovem načrtu. Po specialističnem izpitu lahko zdravnik specialist kandidira za mesto svetnika / konzultanta. Konzultantsko mesto je najvišji strokovni naziv, ki ga zdravnik lahko doseže, in je tudi najbolj plačano, npr. profesorsko mesto je plačano do tretjine manj. Konzultant se sam odloča, kaj bo njegovo ožje profesionalno področje in to področje lahko vodi samostojno in neodvisno – tudi od predstojnika ali direktorja bolnišnice. Konzultant lahko sklepa pogodbe o delu s komer in/ali kolikor želi.

Škotski zdravniki so dolžni upoštevati pravila o delovnih dolžnostih (»duty of care«) in profesionalnem vedenju (»duty of candour«). Vsi zaposleni v zdravstvenem varstvu so dolžni izkazati usposobljenost (vzdrževanje licence, letna potrdila o opravljenih zahtevanih usposabljanjih: varnost pri delu, ravnanje s podatki, nevarnost okužb, požarna varnost, preprečevanje diskriminacije, pritožbeni postopki, oviranje, odnosi do pacientov in njegovih bližnjih, odnosi do sodelavcev, obrambne tehnike pred nasilnimi pacienti, javljanje in preiskovanje nepravilnosti,...) in primernost za delo.

Vzdrževanje zdravniške licence je zahtevnejše kot v Sloveniji, preverjanje je pogostejše, potrebno je mnenje bolnikov in priprava pred posvetom s predstavnikom licenčnega telesa je obsežna.

Odgovornost je sorazmerna z zdravnikovim položajem. Preiskava zoper zdravnika, ki se tiče njegovih profesionalnih obveznosti, lahko povsem zavre zdravnikovo kariero na Škotskem; npr. obrekovanje razumemo kot krajo dobrega imena. V naši sorazmerno majhni bolnišnici smo zaradi disciplinskih prekrškov v zadnjem letu odpustili dva zaposlena.

Škoti so lahko trmasti, a ko spoznajo smisel sprememb, jih sprejmejo in hitro uvedejo. Na splošno velja uporabno pravilo: bolnišnica je za bolnika. To pravilo pomaga razrešiti marsikatero zadrego v bolnišnicah, s katerimi imam pogodbo.

Na Škotskem, čeprav so ljudje nadpovprečno zadovoljni z zdravstvenim sistemom, ni vse idealno. Tudi zdravniki se, tako kot drugje, praviloma pritožujejo. Dejstvo je, da imajo nadpovprečne plače. Dejstvo pa je tudi, da so

se zdravniške plače v zadnjih dvajsetih letih povečevale najpočasneje od vseh poklicnih skupin.

Zaposlovanje novih zdravnikov v Združenem kraljestvu

Tudi na Škotskem in v Združenem kraljestvu obstaja pomanjkanje zdravnikov. Kot strokovni direktor moram tekmovati za zdravnike na trgu. Trenutno najemamo psihiatra iz Združenih držav Amerike in se hkrati trudimo pridobiti kolega iz Edinburgha. V Združenem kraljestvu je trenutno preko 6000 prostih mest za zdravnike družinske medicine. Potrebe po zdravnikih in sodelavcih zdravstvenih timov bodo še naraščale. Do leta 2036 naj bi tako v Združenem kraljestvu v programih zdravstvenega varstva delal vsak enajsti zaposleni (sedaj vsak sedemnajsti), storilnost v zdravstvenem sistemu naj bi se povečevala za 0,8 odstotka letno (v zadnjih letih okoli 0,6), proračun za zdravstveno varstvo naj bi se povečal za dva odstotka BDP in davčna obremenitev prebivalcev za šest odstotkov. Države zahodne Evrope bodo v naslednjih letih še močneje privabljale zdravnike iz manj razvitih držav.

Vračanje v Slovenijo – težavna pot?

Da, težko se je vrniti v Slovenijo. Pričaka te kup nepotrebnih zadreg. Sam nisem bil uspešen. Enako se je zgodilo tudi mojim kolegom pred tridesetimi in pred dvajsetimi leti. Zdi se, da tudi nekateri drugi ugledni tuji zdravniki opustijo svoja prizadevanja nadaljevati vsaj del svoje poklicne poti v Sloveniji. Vrnitev pa ni nemogoča. Družbeno okolje poklicno samozavestnemu zdravniku v Sloveniji še ni naklonjeno na način, kot to lahko doživi na Škotskem.

Viri:

1. Perneger TV, Deom M, Cullati S, Bovier PA. Growing discontent of Swiss doctors, 1998–2007. *The European Journal of Public Health*. 2012;1;22(4):478-83.
2. Ostroff C. The relationship between satisfaction, attitudes and performance: an organizational level analysis. *Journal of applied psychology*, 1992;963-74.
3. Magee M, Hojat M. Impact of health care system on physicians' discontent. *Journal of Community Health*. 2001;26:357-65.
4. Anskär E, Falk M, Sverker A. 'But there are so many referrals which are totally... only generating work and irritation': a qualitative study of physicians' and nurses' experiences of work tasks in primary care in Sweden. *Scandinavian journal of primary health care*. 2022, 3;40(3):350-9.
5. Hebbard PC, Wirtzfeld DA. Practice patterns and career satisfaction of Canadian female general surgeons. *The American journal of surgery*. 2009, 1;197(6):721-7.
6. Nylenna M., Gulbrandsen P., Foerde R., Aasland O. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Services Research* 2005 ;5:44.
7. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic Proceedings* 2013, 1;88(12):1358-67.

8. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001 ;322:1073-4.
9. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004;350:69-75.

■ ***Aleš Pražnikar, dr. med.**

Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani je končal leta 1993. V času študija je prejel Prešernovo nagrado za raziskavo s področja neurofiziologije. Po diplomi se je zaposlil na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo v Službi za funkcionalno diagnostiko in raziskave kot mladi raziskovalec raziskovalne skupine pod vodstvom prof. dr. Milana Gregoriča. Specialistični izpit iz fizikalne medicine in rehabilitacije je opravil 1997, iz klinične neurologije pa 2001. Od 2007 do 2018 sem je vodil Službo za nevrorehabilitacijo na Nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. 2018 se je na vabilo vodstva bolnišnice zaposlil na Inštitutu za nevrološke znanosti Univerzitetne bolnišnice Kraljice Elizabete v Glasgouu. Tu je postal najprej predstojnik oddelka za nevrorehabilitacijo, kasneje pa član strokovnega sveta bolnišnice in vodja rehabilitacijskih programov zahodne Škotske. Po letu premora v Sloveniji se je na ponovno vabilo vrnil na Škotsko kot strokovni direktor privatne bolnišnice Murdostoun Brain Injury rehabilitation centre v Newmainsu. Hkrati je sprejel položaj konzultanta v QEUH v Glasgouu in Univerzitetne bolnišnice v Wishawu. Dodatno se je šolal s področja analize hoje v Hartfordu, ZDA; področja zdravljenja nevropatske bolečine v Maastrichtu, Nizozemska; področja neurorehabilitacije akutne poškodbe glave in zdravljenja spastičnosti v Burgau, Nemčija; in s področja živčnomišičnih bolezni v Parizu, Francija. Vabljeni predavanja s področja neurorehabilitacije, spastičnosti, hoje, živčnomišičnih bolezni in nevropatske bolečine je imel v več kot 40 državah. Bil je / Je član več domačih in tujih strokovnih združenj in skupin za pripravo evropskih ali svetovnih priporočil (EAN za nevropatsko bolečino, EAN za nevrorehabilitacijo, ENMC). Bil je direktor International Alliance of ALS/MND Associations s sedežem v Sheffieldu, VB, in predsednik strokovnega odbora Društva distrofikov Slovenije. Aleš Pražnikar je 2018 diplomiral iz enologije in je član Avstrijske vinske akademije, je poročen, z ženo imata tri hčerke. In psa.

Uporaba »situational judgement« testa v procesu izbire anestezijskih specializantov

The Addition of a Situational Judgement Test in a Resident Selection for Anesthesiology Residency



Mojca Remškar*

Izbira bodočih specializantov mora biti pravična, transparentna in nepristranska s poudarkom na izbiri raznolike skupine kandidatov. V preteklosti je bil pisni test pogosto osnovni del ocene kandidatov. Pisni test nam da podatke le o tem koliko teoretičnega znanja ima kandidat in kako usposobljen je za pisanje pisnih testov. Ne ponudi pa nam možnosti oceniti kandidate profesionalnosti in komunikacijskih sposobnosti, ki so brez dvoma pomembni za zdravnikovo delo. V naš postopek izbire specializantov smo vgradili »situational judgment« test, standardizirana intervju vprašanja in osebne intervjuje s standardiziranimi vprašanji. Ugotovili smo, da je odsotnost pisnega testa spremenila poudarek od teoretičnega znanja proti osebnostnim značilnostim, kot so vestnost, toleranca za stres, timsko delo, usmerjenost v bolnikove potrebe, odgovornost, poštenost, želja po kakovosti. Če primerjamo kandidate, ki so bili izbrani s pomembnim poudarkom na teoretičnem znanju, in kandidate izbrane z novim postopkom, nismo opazili razlike v rezultatih na nacionalnih pisnih testih. Opazili smo povečano sodelovanje na predavanjih, zmanjšano poročanje neprofesionalnega obnašanja in težav z komunikacijo in nespremenjeno klinično kvaliteto specializantov.

Resident selection process needs to be as fair, transparent and unbiased as possible with the emphasis on selection of diverse groups of applicants.

Multiple choice question tests were traditionally heavily used as a way to differentiate between candidates. However, the written tests speak to limited dimensions of candidate qualifications, which are medical knowledge and test taking skills. They do not consider candidates professionalism and communication dimensions, which are deemed equally important to physicians' performance as medical knowledge. We implemented resident selection process, which included Situational Judgment Test, standardized questions and faculty one-on-one interview with standardized questionnaire, as components of applicant assessment. We have found that in the absence of written test scores the candidate selection process focused much more on dimensions such as conscientiousness, stress tolerance, team work, patient-centered care, accountability, integrity, and aspiring to excellence. Comparing data between residents selected with traditional process and the new process, we have noticed equal test performance on residency standardized knowledge tests as previously, higher lecture attendance, fewer communication and professionalism issues being reported through hospital reporting system, and no change in clinical performance of residents.

■ ***prof. dr. Mojca Remškar, dr. med., MACM**

She is currently a Professor in the Department of Anesthesiology at the University of Minnesota. She is a fellowship trained cardiac anesthesiologist and pediatric anesthesiology certified anesthesiologist with special interest in adult and pediatric cardiac anesthesia. In 2010 she became the Residency Program Director, in 2014 Vice Chair of Education of the Department of Anesthesiology and in 2019 Executive Vice Chair in the Department of Anesthesiology. She teaches medical students, and anesthesiology residents and fellows and has received several Teacher of the Year awards. She began working with simulation in 2009 and was the Director of SimPORTAL and subsequently Medical Director of M Simulation at the University of Minnesota and medical director of Minneapolis VA Simulation Center. She is involved with curriculum development and assessment of the anesthesiology and surgery residency simulation program and is developing multidisciplinary educational curricula, which utilize high- and low-fidelity simulation. Her special area of interest is translation of clinical skills, medical knowledge and attitudes obtained in the simulation laboratory into the clinical world. Prior to joining University of Minnesota she worked at the University of California, Davis as a cardiac anesthesiologist. She received her doctorate and masters in cardiology from the University of Ljubljana, Slovenia, investigating neo-intimal in-stent re-stenosis and inflammatory involvement in acute coronary syndrome in the laboratory of Dr. Ganz at Cedars Sinai Medical Center, California (UCLA). She has written journal articles and a book chapter in medical and simulation literature. In her free time she enjoys mission trips to underdeveloped areas of the world to provide medical care to children in need.

Delati in živeti doma ali v tujini

Working and Living at Home or Abroad

139



Ladislav Kovačič*

Naš pogled na delo in življenje je tako različen kot smo si različni kot posamezniki. V željah in odločitvah, kje bomo delali in živeli, se prepletajo naša pričakovanja glede strokovnega razvoja, delovnih pogojev in možnosti usklajevanja družinskega in poklicnega življenja. Če pa razmišljamo o selitvi v drug kraj ali celo v tujino, potem se dodatno odprejo še vprašanja življenjskega okolja, socialne mreže in pogojev za zadovoljevanje osebnih interesov. Tehtanje med temi dejavniki sem izkusil tudi sam, ko sem se odločal med delom v tujini in doma. V prispevku želim predstaviti svojo osebno izkušnjo povezano z zaposlitvijo v Franciji in vrnitvijo v domovino.

Odločitev za spremembo delovnega okolja je vedno težka. Še težja je odločitev za odhod na delo v tujino. Za nekatere je to nepredstavljiva možnost, za druge so to neuresničljive sanje, nekateri pa v tem vidijo realno priložnost za napredovanje na strokovnem področju in boljše delovne pogoje, ki so navadno tudi bolje finančno ovrednoteni. Po drugi strani se je potrebno zavedati težav, ki jih taka odločitev prinese. Kako to vpliva na družinsko življenje, kaj prinese sprememba okolja, koliko časa rabi človek, da se navadi na nove razmere.

Moji motivi za delo v tujini so bili v glavnem vezani na poklic in moje delo. Pričakoval sem, da bom z delom v tujini pridobil nove izkušnje, nove spretnosti in znanje. Vse to mi lahko pomaga pri strokovnem napredovanju. Pričakoval sem, da se bom lahko v večji meri posvetil mojemu ožjemu

strokovnemu področju, da bom lahko s povezovanjem z drugimi strokovnjaki razširil svoje znanje. Nenazadnje sem pričakoval in tudi imel zagotovljeno boljše plačilo za primerljiv obseg dela. Dodatni motiv, ki ni bil povezan s samimi delom, pa je bil omogočiti otrokom dobro izobrazbo v tujini.

V postopku zaposlovanja in sklenitve pogodbe sem bil presenečen, da je v Franciji mogoča večja prožnost pri sklepanju delovnega razmerja. Zaposeliti se je namreč mogoče za delni delovni čas, se pogajati o pogojih dela in celo o plačilu za delo. Pod posebnimi pogoji lahko vodstvo ustanove začasno, za dobo treh let, sklene z zaposlenim individualno pogodbo. Pogodba vključuje tudi finančno nagrado, ki se podeli enkrat letno, če so doseženi dogovorjeni cilji.

140

Po enem letu sem se vrnil v Slovenijo. Moji razlogi za vrnitev so bili v glavnem osebni in niso bili vezani na strokovno delo. V Franciji nisem videl možnosti boljšega usklajevanja poklicnega in družinskega življenja kot v Sloveniji. Pomemben dejavnik je bil tudi ta, da se je situacija glede naše družine in otrok po letih priprav na odhod v tujino tako spremenila, da selitev celotne družine ni bila več izvedljiva. Začetni motiv o izobraževanju otrok v tujini, ni bil več pomemben, saj se otroci imeli drugačne interese. Ker je bilo delo v tujini že od začetka načrtovano kot začasno obdobje z možnostjo stalne preselitve, je bila vrnitev domov dokaj enostavna.

Z vrnitvijo v domovino nisem imel veliko težav. Podobno izkušnjo ima večina zdravnikov. Glavni razlog je bržkone tudi v tem, da zdravnikov, ki bi se vračali ni toliko, da bi zaradi številčnosti imeli težave pri zaposlovanju. V mojem primeru je bilo vodstvo oddelka zelo korektno. Tako kot moj odhod so v UKC Ljubljana tudi mojo vrnitev po enem letu sprejeli pozitivno. Lahko sem se vrnil na prejšnje delovno mesto in nadaljeval s svojim delom. Sam sem čutil, da me je ta izkušnja obogatila in mi dala dodatno strokovno širino, dodatne izkušnje, ki so koristile tudi pri osebnem razvoju. Upam, da sem lahko nekaj tega prinesel tudi na delovno mesto.

Na podlagi lastne izkušnje lahko rečem, da ima lahko delo in poklicno življenje v tujini prednosti glede strokovnega napredovanja in karierni rasti. Zaposlitev je lahko bolj prilagodljiva, sistem ni tako tog, delavec lahko deloma vpliva na pogoje zaposlitve in na pogoje dela. Zaposlitev v Sloveniji morda res nima toliko prednosti kot v tujini, jih pa ima življenje v celoti. V Sloveniji so kljub vsemu boljše možnosti usklajevanja poklicnega in družinskega življenja ter večja kvaliteta življenja, kot jo razumem jaz. V Sloveniji predvsem lažje uresničujem svoje življenjske cilje in potrebe.

Our outlook on work and life is as different as we are as individuals. Our expectations regarding professional development, working conditions and

the possibility of harmonizing family and professional life are intertwined in our wishes and decisions about where we will work and live. However, if we are thinking about moving to another place or even abroad, then the issues of the living environment, social network and conditions for satisfying personal interests also open up. I myself experienced the weighing between these factors when I was deciding between working abroad and at home. In this paper, I would like to present my personal experience related to employment in France and returning to my homeland.

The decision to change the work environment is always difficult. The decision to go to work abroad is even more difficult. For some, this is an unimaginable possibility, for others it is an unrealizable dream, while some see it as a real opportunity for advancement in the professional field and better working conditions, which are usually also better financially valued. On the other hand, it is necessary to be aware of the problems that such a decision brings. How does it affect family life, what does a change of environment bring, how much time does a person need to get used to new conditions.

My motives for working abroad were mainly related to my profession and work. I expected to gain new experiences, new skills and knowledge. All this can help me in my professional advancement. I expected to be able to focus more on my narrower professional field, to be able to expand my knowledge by connecting with other professionals. Finally, I expected and was guaranteed better payment for a comparable amount of work. An additional motive, which was not related to the work itself, was to enable the children to get a good education abroad.

In the process of hiring and signing a contract, I was surprised that in France, greater flexibility is possible when concluding an employment relationship. It is possible to get a part-time job, negotiate the working conditions and even the payment for the work. Under special conditions, the institution's management can temporarily, for a period of three years, conclude an individual contract with the employee. The contract also includes a financial reward, which is awarded once a year if the agreed goals are achieved.

After one year, I returned to Slovenia. My reasons for returning were mainly personal and not related to professional work. In France, I did not see the possibility of a better coordination of professional and family life than in Slovenia. Another important factor was that the situation of our family and children changed so much after years of preparing to go abroad that moving the entire family was no longer feasible. The initial motive of educating children abroad was no longer important, as the children had different interests. Since the work abroad was planned from the beginning as a temporary period with the possibility of permanent relocation, returning home was fairly easy.

I didn't have many problems with returning to my homeland. Most doctors have a similar experience. The main reason is probably that there are not so many returning doctors. In my case, the management of the department was very fair. Like my departure, UKC Ljubljana also welcomed my return after one year. I was able to return to my previous position and continue my work. I myself felt that this experience enriched me and gave me additional professional expertise, additional experiences that were also useful for personal development. I hope I was able to bring some of this to the workplace as well.

Based on my own experience, I can say that working and professional life abroad can have advantages in terms of professional advancement and career growth. Employment can be more flexible, the system is not so rigid, the worker can partly influence the terms of employment and working conditions. Employment in Slovenia may not have as many advantages as abroad, but life as a whole has them. In spite of everything, there are better possibilities for balancing professional and family life and a higher quality of life in Slovenia, at least as I understand it. Above all, it is easier for me to realize my life goals and needs in Slovenia.

142 ■

■ ***Ladislav Kovačič, dr.med.**

Po končanem študiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani, je nadaljeval s specializacijo iz travmatologije, ki jo je zaključil leta 2007. Njegovo ožje področje delovanja je zdravljenje sklepnih poškodb, še zlasti zdravljenje poškodb in bolezni ramenskega sklepa. Pri tem poleg klasičnih oblik zdravljenja uporablja predvsem artroskopsko kirurško tehniko. Večino časa je bil zaposlen na Kliničnem oddelku za travmatologijo UKC Ljubljana. Eno leto je delal v Franciji kot kirurg ortoped v l'Hôpital Nord Franche-Comte v Belfortu. Od leta 2021 je zaposlen v ustanovi Arbormea, kjer se ukvarja z zdravljenjem sklepnih in športnih poškodb ter z obravnavo pacientov z obolenji kolenskega sklepa in ramenskega obroča. Poleg dela v ambulanti in operacijski dvorani deluje tudi kot predavatelj in inštruktor. Skupaj z ekipo že več let organizira delavnice kirurških tehnik za učenje artroskopije. Kot soavtor je objavil nekaj člankov in knjig s področja ramenske kirurgije. Je član številnih domačih in mednarodnih strokovnih združenj. Med drugim je deloval kot predsednik Evropskega združenja za artroskopsko ramensko kirurgijo pri Evropskem združenju za artroskopijo in športne poškodbe – ESSKA.

After completing his studies at the Faculty of Medicine in Ljubljana, he continued with a specialization in traumatology, which he completed in 2007. His field of activity is the treatment of joint injuries, especially the treatment of injuries and diseases of the shoulder joint. In addition to the classical forms of surgical treatment, he mainly uses arthroscopic surgical technique. Most

of the time he was employed at the Department of Traumatology at the UKC Ljubljana. He worked for one year in France as an orthopedic-trauma surgeon at l'Hôpital Nord Franche-Comte in Belfort. Since 2021, he has been employed at the Arbornea institution, where he deals with the treatment of joint and sports injuries and the treatment of patients with diseases of the knee joint and shoulder girdle. In addition to working in the outpatient clinic and operating room, he also works as a lecturer and instructor. Together with the team, he has been organizing surgical technique workshops for learning arthroscopy for several years. As a co-author he has published several articles and books in the field of shoulder surgery. He is a member of numerous domestic and international professional associations. Among them, he acted as the president of the European Shoulder Associates (ESA) at the European Society for Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy (ESSKA).

Izziv: pomanjkanje zdravnikov

Deficit of Doctors' Challenge

144



Tina Bregant*

Uvod

Zdravstveni sistemi se povsod soočajo z izzivi pomanjkanja zdravnikov. Dejavnikov za splošno in globalno pomanjkanje zdravnikov je več. V Sloveniji se sicer že več let vrstijo opozorila, da zdravniki, zlasti mladi, množično odhajajo v tujino. A natančnih podatkov o tem ni.

Na podatke o odhodih vpliva metodologija. Problem metodologije beleženja odhodov zdravnikov je, da na Zdravniški zbornici sklepajo o odhodi v tujino po izpisih iz registra zdravnikov oz. glede na potrdila o dobrem imenu, ki omogočajo delo v tujini. Po neuradnih ocenah v tujino v povprečju odide okoli 40 zdravnikov in zobozdravnikov letno (vir: <https://www.rtvsl.si/zdravje/koliko-je-odhodov-mladih-zdravnikov-v-tujino/612669>), kakšno leto se ocene povzpnejo tudi do 100.

Po oceni zdravniške zbornice se med letoma 2015 in 2020 285 oziroma 15,6 odstotka diplomantov ni zaposlilo v slovenskem zdravstvu. Med 1822 diplomanti obeh medicinskih fakultet v teh letih se jih 138 ni včlanilo v zdravniško zbornico, 147 pa se jih je iz nje izpisalo. Podatki evropske komisije kažejo, da je v letu 2020 (Covidno leto) sedem doktorjev medicine iz Slovenije v državah EU zaprosilo za priznanje izobrazbe, l. 2019 je bilo takšnih 61, l. 2018 pa 51.

V Sloveniji je zdravnikov premalo

Vendar pa odhodi zdravnikov v tujino ne bi bili takšen problem, če bi se zdravniki nato vračali v domovino oziroma če bi jih a priori v Sloveniji imeli dovolj. V Sloveniji zdravniki in diplomirane medicinske sestre skupaj predstavljajo približno 34 % vseh zaposlenih v zdravstvu, 29 % pa predstavljajo tehniki zdravstvene nege (vir: Podatkovni portal NIJZ na dan 7. 1. 2023). Število zaposlenih v slovenskem zdravstvu narašča, in sicer z največjim porastom v zadnjih letih v poklicni skupini medicinskih sester (za 11 % letno) ter z manjšo rastjo števila zdravnikov in zobozdravnikov (za 3% letno) (vir: Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji – januar 2023, Ministrstvo za zdravje, Januar 2023).

V okviru kapacitet zdravstvenega sistema ima Slovenija nižje število aktivnih zdravnikov na prebivalca (3,3/1000 prebivalcev, vir: OECD, 2020) glede na povprečje držav članic EU (4,0/1000 prebivalcev, vir: OECD, 2020), in hkrati višje število aktivnih medicinskih sester na prebivalca (10,5/1000 prebivalcev, vir: OECD, 2020) kot povprečna država v EU (6,7/1000 prebivalcev, vir: OECD, 2020). Zanimivo je, da v Sloveniji kljub razmerju zaposlenih, medicinske sestre ne prevzemajo določenih del (prenos kompetenc), kot jih imajo ponekod v drugih državah, kjer so zaradi stiske z zdravniškim osebjem prenesli nekatere kompetence na druge kadre, z namenom, da se zdravnik čimbolj posveti bolniku v tistem, kar zna (diagnostika, zdravljenje) in da se ne ukvarja z rečmi, ki so administrativne narave (npr. predpis plenic). Če pogledamo z vidika bolnika, je slika bolj strašljiva, saj vidimo, da je očitno izvedenih premalo storitev glede na potrebe prebivalcev, saj so čakalne dobe izjemno dolge, število oseb brez izbranega zdravnika pa nezadržno narašča. V obdobju od 2010 do 2022 se je število oseb brez osebnega zdravnika gibalo med 106.600 in 131.940; v letu 2023 pa dosega najvišje vrednosti. Prvega avgusta letos je nedopustno dolgo čakalo 77.204 ljudi (vir: <https://www.dnevnik.si/1043031475>). Čakalne vrste in odsotnost izbranega zdravnika pa vplivata na zdravstvene izide bolnikov, vključno na višje tveganje za smrt (vir: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6526-6>)

Vzroki za pomanjkanje zdravnikov

V medijih često zasledimo mnenje, da so pri nas zdravniki pohlepni in da odhajajo v tujino le zaradi višjih plač oziroma so celo krivi za razpad javnega zdravstva, saj jih vodi zgolj sla po kapitalu (<https://www.mladina.si/221787/res-niste-nic-krivi-dragi-kolegi/>). V resnici veliko zdravnikov v Sloveniji zasluži malo v primerjavi z istim delovnim mestom v tujini (kar pa velja za večino plač v Sloveniji v primerjavi z Evropo); vendar pa pri nas zdravniki zaslužijo malo tudi v primerjavi z medicinskimi sestrami (razmerje je med najvišjimi kot najnižjimi plačami med zdravniki in dipl.

medicinskimi sestrami 1,2:1) (vir: <https://mladizdravniki.si/koliko-v-resnici-zasluzimo-mladi-zdravniki-v-sloveniji/>). Poleg tega so zdravniki velikokrat ožigosani kot »grešni kozli« za stanje v zdravstvu in celo njegov razpad, razmere in organizacija dela v zdravstvu, zlasti v javnem zdravstvu je konfuzna in daleč od meritokracije, nimamo vpeljane nekrivdne odškodnine za bolnike, kar spet pomeni, da je »grešni kozel« nujno zdravnik.

Glede na anketo med mladimi zdravniki pred leti, veliko zdravnikov pomisli na odhod v tujino. Najbolj pomembni dejavnik za odhod je zdravstveni sistem v Sloveniji in ne plača. Na Slovenijo jih sicer vežejo osebni razlogi (družina ipd.) in v tujini jih odvrča občutek tujca, tuje okolje. Vendar pa kljub vsemu večini, ki dela v tujini, ni žal za to odločitev. Plača je v tujini vseeno toliko boljša, da tam dostojno živijo kot ugledni strokovnjaki. In morda je prav tu odgovor. Očitno jih premami boljši standard življenja zdravnika – podobno kot velja tudi za naše zdravnike in podobno izobražene strokovnjake.

Vendar pa moramo nasloviti še en vidik: Zakaj ni zdravnikov dovolj drugod v Evropi? Tu pa se srečujemo z vrednostnim sistemom. Razlogi v številnih člankih in raziskavah navajajo: »Večina zdravnikov dela več kot 40 ur na teden. Njihovo delo je stresno, saj imajo opravka z bolnimi in pogosto frustriranimi ljudmi. Na svojih ramenih nosijo veliko breme, saj so življenja ljudi v njihovih rokah. Številni zdravniki se zaradi teh pritiskov počutijo preobremenjeni in pod stresom.« (Vir: <https://www.prospectivedoctor.com/reasons-to-not-be-a-doctor/>). Drugi lakonično sporočajo: "Preveč dela za premalo denarja" (vir: <https://medicalaid.org/nine-reasons-why-you-shouldnt-become-a-doctor/>). V ZDA je »Glavni razlog, da je njihovo ordinacijo težko narediti donosno, kot je navedlo 29 odstotkov zdravnikov. Drugih 15 odstotkov pravi, da področje ni več koristno,« 25 odstotkov pa jih je odgovorilo, da je »čas za upokojitev«. (Vir: <https://healthcaresuccess.com/blog/news-events/why-doctors-dont-want-to-be-doctors-any-longer.html>). Demografski izzivi veljajo za vse v Sloveniji, tudi za zdravnike, kar je potrebno dodatno upoštevati. Pri tem objokovanje preteklosti, kjer smo delali dolgo in nam je bil v izziv vsak bolj kompleksen bolnik, ne pomaga.

Zaključek

Če v Sloveniji zvišamo standard življenja zdravnika (tudi mladega zdravnika), kar lahko dosežemo z boljšim standardom vseh nas (dvig BDP), znižamo davke in uvedemo dohodninsko kapico, uvedemo meritokratsko nagrajevanje v zdravstvu (digitalizacija nam je lahko zaradi boljšega evidenciranja v izjemno pomoč), dvignemo osnovne plače zdravnikom (nujna je smiselna razbremenitev, ne pa nagrajevanje delovnih ur do bridkega izčrpanja) in poskrbimo za smiselna razmerja osnovnih plač v zdravstvu, lahko rešimo odhod marsikoga. Idilično naravno okolje, s številnimi možnostmi

preživljanja prostega časa, dobrimi pogoji za ustvarjanje družine in vzgojo otrok tudi pripomorejo k splošni blaginji – in tudi blaginji zdravnikov! Demografsko, če nas bo več, bo več tudi zdravnikov, saj se je »uvoz iz tujine« zaenkrat ustavil, saj nismo več ekonomsko zanimivi za kolege z Balkana, ki so do nedavnega reševali naše kadrovske zadrege.

Na svetovnem nivoju pa bo potrebno razmisliti in spremeniti – skrajšati izobraževanje zdravnikov. Morda je smiselna bolj zgodnja ali/in krajša specializacija. Danes s subspecializacijami podaljšujemo »mladost« zdravnika, kar pa je povezano z nižjo plačo, večjimi obremenitvami in tega mladi enostavno ne marajo. Da se razumemo, v znanju je moč, a ni potrebno, da je podaljšano izobraževanje izgovor za izkoriščanje mlajših kolegov in nižje plače.

Danes je obvezna delovna doba precej daljša: 40 let ne uide nikomur in marsikdo se naveliča rutinskega dela. Zato je smiselno razmisliti, ali se da uvesti kakšne načrtne in tudi načrtovane karijerne premike: recimo iz prakse v javno zdravje; od bolnika do vodenja timov, raziskovalnega dela, poučevanja skozi 40 let.

Z umetno inteligenco lahko marsikaj v zdravniškem delu že nadomestimo: za odčitavanje slik je tako na radiologiji kot patohistologiji na voljo že nekaj boljših programov kot so človeške uči in um. Tudi chatGPT predstavlja resen izziv empatičnemu pogovoru. Delo z rokami je ponekod že zelo skladno z delom robotov. To vse je potrebno upoštevati, ker sicer se nam na globalni ravni lahko zgodi kolaps, ko bodo do kakovostnih storitev dostopali le najbogatejši, ostali pa bomo obsojeni na preventivni zaščitni zdrav, življenjski slog in uporabo UI z željo, da le ne zbolimo. Ker ko bomo zboleli, se nam zna zgoditi zla slutnja trpljenja in »angela smrti« v obliki ponujene evtanazije. V takem svetu pa ne želim živeti. Zato se pogovarjamo in poiščimo rešitve, da ne bo prepozno.

■ ***doc. dr. Tina Bregant, dr. med., spec. pediater, spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine**

Po diplomu leta 2002 JE na Medicinski fakulteti v Ljubljani opravljala delo mlade raziskovalke in specializantke pediatrije na Kliničnem oddelku za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo Pediatrične klinike v Ljubljani. Od leta 2015 je bila zaposlena na Univerzitetnem Rehabilitacijskem Institutu – URI Soča v Ljubljani, kjer je opravila dodatno specializacijo s področja fizikalne in rehabilitacijske medicine. Trenutno je zaposlena v zavodu CIRIUS Kamnik kot specialistka pediatrije in specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine z doktoratom iz nevroloških ved. Kot predavateljica in mentorica sodeluje v meduniverzitetnem programu kognitivna znanost (Ljubljana,

Dunaj, Budimpešta, Bratislava), nevroznanost Univerze Sigmund Freud v Ljubljani, programu specialne in rehabilitacijske pedagogike ter logopedije in surdopedagogike na Pedagoški fakulteti v Ljubljani. Na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin je nosilka predmeta pediatrija. Je poslanka v Zdravniški zbornici, bila je tudi članica Odbora za kakovost in varnost pri Zdravniški zbornici Slovenije. Bila je aktivna pri ustanavljanju in vodenju skupine Mladi Zdravniki, za kar so kot skupina tudi prejeli nagrado Zdravniške zbornice v l. 2017. V času epidemije Covid je v obdobju 2020-2021 delala kot državna sekretarka in nato vodja kabineta na Ministrstvu za zdravje. Sodeluje v domačih in mednarodnih raziskovalnih skupinah ter izsledke raziskav predstavlja strokovni in laični javnosti. Aktivno sodeluje pri oblikovanju državnih programov, ki spodbujajo otroke in mladostnike v razvoju.

Je prejemnica številnih nagrad. Bila je izbrana za govornico na jubilejnem, desetem srečanju TEDX dogodku l. 2019. V l. 2012 je bila pohvaljena za reševanje v prometni nesreči s strani Ministrstva za notranje zadeve.

Handwriting practice lines consisting of 25 horizontal dotted lines.

Izdajatelj in založnik
Svetovni slovenski kongres
Slovenian World Congress
Linhartova c. 13, 1000 Ljubljana, Slovenija
Tel: +386 1 24 28 550
e-pošta: info@slokongres.com
spletna stran: www.slokongres.com

Odgovorna urednica
Sonja Avguštin Čampa

Urednica
Nina Frlan

Grafična priprava
Benjamin Pezdir s.p.

Organizator konference
Svetovni slovenski kongres

v sodelovanju z
Zdravniško zbornico Slovenije in
Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani

Konferenco so omogočili
Krka, d.d., Novo mesto
Urad RS za Slovence v zamejstvu in po svetu
Zdravniška zbornica Slovenije
Salus, Ljubljana, d.d.
Alma Mater Europaea
Medias International

Častna pokroviteljica
Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, prof. dr. Bojana Beović, dr.med.

