

Družinska medicina



ZZDM

5 str. 30. letnica Katedre za družinsko medicino

8 str. WONCA Europe se vrača v Ljubljano

11 str. Kaj delamo v družinski medicini?

45 str. Lokalni (topikalni) kortikosteroidi v družinski medicini

49 str. Rizartroza

Prva stran

Marija Petek Šter

GOVOR PREDSTOJNICE OB 30-LETNICI KATEDRE ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Spoštovani gostje, drage kolegice in kolegi in ostali prisotni,

v veliko čast mi je, da danes z vami delim nekaj svojih misli in pogledov v prihodnost Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Rada povem, da sem s katedro povezana prav od njenih začetkov; študij medicine sem zaključila s predmetom »družinska medicina« v študijskem letu 1994/95, torej preden je bila katedra ustanovljena.

Od takrat se je, kot je povedal že moj predhodnik prof. Igor Švab, veliko spremenilo. Katedra je zrasla iz majhne katedre v prepoznavno pedagoško in raziskovalno institucijo ne le znotraj Medicinske fakultete, ampak tudi v širšem slovenskem in mednarodnem prostoru.

Verjetno je najpomembnejši vidik našega uspeha prav v tem, da smo vedno znali ostati med seboj složni, dobro povezani in da smo delovali po načelih enakopravnosti – vsak od nas, pa tudi če je šele prišel na katedro, je imel možnost, da predstavi svoje ideje in aktivno prispeva k uresničevanju poslanstva katedre.

Pot do uspeha ponavadi ni le stvar srečnega naključja (sreča seveda pomaga), ampak predvsem plod pravih odločitev in trdega dela. Pravih odločitev pa ni brez dobrih, včasih vizionarskih idej. Teh ni bilo malo, mnoge smo že uresničili, nekatere uresničujemo sedaj, nekaj pa jih ostala zanamcem.

Izpostaviti velja tri področja našega delovanja, kjer že dosegamo pomembne uspehe in si jih želimo razvijati v prihodnje.

Pedagoški proces

Naše temeljno poslanstvo je izvajanje kakovostnega pedagoškega procesa z uporabo inovativnih pristopov k poučevanju, ki vključuje medprofesionalno sodelovanje in vključevanje kliničnih mentorjev v izvajanju individualnega pouka v kliničnem okolju.

Število predmetov, ki smo jih prevzeli na naši katedri, se je z novim učnim načrtom močno povečalo, prisotni smo praktično v vseh letnikih študija. Temu je sledilo tudi povečanje števila učiteljev in asistentov; prišli smo do zgodovinskega trenutka, ko smo lahko vsem učiteljem z nazivom, ki so zaposleni v okviru medicinske fakultete na naši katedri, omogočili zaposlitev na učiteljskem delovnem mestu. Poleg tega smo habilitacijsko področje »družinska medicina« razširili še na kolege s področja urgentne medicine, ki do sedaj niso imeli možnosti habilitacije na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, habilitirali že tri asistente in enega izmed njih tudi že zaposlili.

V letošnjem letu smo uspešno zaključili proces razvoja in imenovanja prvih učiteljev veščin – kliničnih mentorjev. Tudi v nadaljevanju si bomo prizadevali za krepitev mreže visoko usposobljenih kliničnih mentorjev in njihovo stalno strokovno izpopolnjevanje na področju poučevanja. Klinični mentorji so temelj pouka v kliničnem okolju in so na naši katedri pri različnih predmetih vključeni v vseh letnikih študija.

Poleg dodiplomskega izobraževanja aktivno sodelujemo pri izobraževanju diplomiranih medicinskih sester v družinski medicini, vodimo modularni del specializacije iz družinske medicine za več kot 300 specializantov družinske medicine in aktivno sodelujemo pri izobraževanju družinskih zdravnikov s stalnimi strokovnimi izobraževanji.

Aktivno sodelujemo tudi pri doktorskem študiju biomedicine na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in smo veseli vedno večjega interesa mladih zdravnikov družinske medicine, ki se odločajo za doktorski študij. Vpis na doktorski študij za mnoge predstavlja vstopnico v akademsko okolje in katedra za družinsko medicino je odprta za vse mlade, ki želijo aktivno prispevati kot pedagogi in raziskovalci; veseli smo, da mladi prihajajo in želijo postati del naše ekipe. Na katedri za družinsko medicino so zaposleni tudi trije mladi raziskovalci.

Raziskovanje

V okviru katedre za družinsko medicino deluje interdisciplinarna raziskovalna skupina, v katero se poleg zdravnikov družinske medicine vključujejo tudi strokovnjaki z drugih področij, kot so psihologi, statistiki, medicinske sestre in drugi. Raziskovalna skupina, ki jo uspešno vodi prof. dr. Davorina Petek, je v zadnjem obdobju oblikovala jasno strategijo raziskovanja za področja, ki so ključna, in sicer klinično raziskovanje na področju kroničnih bolezni, ki predstavljajo velik javnozdravstveni problem, kot so srčno-žilne bolezni in rak, raziskovanje na področju uvajanja novih tehnologij v družinsko medicino, kot je obposteljni ultrazvok, raziskovanje na področju inovativnih pristopov k poučevanju in drugo.

Raziskovalna skupina je vpeta v mednarodno raziskovalno okolje s sodelovanjem v evropskih projektih, kot so IMAGINE (preprečevanje okužb sečil), JACARDI (izboljšanje obravnave bolnikov s sladkorno boleznijo in srčno-žilnimi boleznimi), JANE 2 in EUnet CCC (izboljšanje obravnave bolnikov z rakom), DOMINOS (inovativni pristopi k poučevanju) ter številnimi manjšimi raziskavami. Raziskovalno se povezujemo tudi z drugimi ustanovami na področju raziskovanja javnega zdravja, kot je NIJZ, s fakultetami znotraj Univerze v Ljubljani in s fakultetami bivše skupne države. Vabim tiste, ki še niste utegnili, da pogledate plakate naših trenutnih raziskovalnih projektov.

Prizadevamo si tudi za ureditev raziskovalne infrastrukture za klinično raziskovanje v ambulantah družinske medicine, uporabo registrov in velikih podatkovnih baz kot virov raziskovalnih podatkov ter podporo raziskovalcem na terenu. Nekatera raziskovalna področja se zelo hitro razvijajo, kot npr. umetna inteligenca, nove tehnologije, področje staranja in multimorbidnosti, integrirana oskrba.

Strokovno delovanje

Člani katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani predstavljajo vrh stroke družinske medicine in so prepoznavni tudi po svoji pomembni vlogi pri oblikovanju politik, standardov in smernic, ki krepijo kakovost in dostopnost primarne ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji. Člani katedre so vidni predstavniki v razširjenem strokovnem kolegiju za družinsko medicino, Združenju zdravnikov družinske medicine, pri Zdravniški zbornici Slovenije in različnih odborih in skupinah pri Ministrstvu za zdravje.

Mednarodno povezovanje

Aktivno sodelujemo v evropskih in globalnih organizacijah, delovnih skupinah in raziskovalnih mrežah (WONCA, EGPRN EURACT, EURIPA itd.). Tudi te organizacije in mreže so predstavljene na plakatih. Organiziramo mednarodne strokovne in znanstvene konference in delavnice in izmenjujemo ter gostimo tuje strokovnjake. S programom ERASMUS + in drugimi oblikami izmenjav krepimo partnerske odnose z visokošolskimi ustanovami v regiji in širše. Kot zanimivost – redno sodelujemo z Japonsko, tako z letnimi obiski naših učiteljev kot tudi izmenjavami študentov.

Kaj pa si želimo doseči v prihodnosti:

- Ohranjanje in krepitev že sedaj odličnih odnosov znotraj katedre in odprtost za nove, mlade sodelavce.
- Skrb za nadaljevanje in nadgradnjo inovativnih pristopov k poučevanju in izobraževanju mentorjev.
- Podpiranje raziskovanja in raziskovalcev s spodbujanjem interdisciplinarne povezanosti in sodelovanja z mednarodnim okoljem.
- Krepitev medprofesionalnega sodelovanja doma in v tujini na vseh področjih našega delovanja.
- Povezovanje z zdravniki družinske medicine iz prakse in spodbujanje njihove še večje vključenosti v pedagoški in raziskovalni proces.
- Oblikovanja centra za družinsko medicino znotraj Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki bo poleg pedagoške in znanstvene dejavnosti vključeval tudi strokovno-znanstveno dejavnost in bo omogočal odlično okolje za izvajanje kliničnega pouka, raziskovanje v kliničnem okolju ter prenos inovacij v klinično okolje.

ZAKLJUČEK

Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani želi postati vodilno akademsko, raziskovalno in klinično središče za razvoj sodobne družinske medicine v Sloveniji ter referenčna točka v širšem evropskem prostoru. Njena vizija temelji na odličnosti na pedagoškem in raziskovalnem področju ter povezovanju s kolegi iz prakse, ki se kot mentorji vključujejo v pedagoški proces in so nepogrešljivi pri vpeljavi novosti v klinično prakso.

Poročila

- 5 Obeležitev 30-letnice ustanovitve Katedre za družinsko medicino, Medicinske fakultete, Univerza v Ljubljani • **Nena Kopčavar Guček**
- 7 Poziv za nominacijo za Specialista družinske medicine leta 2025 • **Aleksander Stepanović**
- 7 Hvala, da vam je mar • **Ana Schrader**
- 8 WONCA Europe se vrača v Ljubljano • **Rajko Vajd, Zalika Klemenc Ketiš**
- 9 Kompleksnost in navdih na Bledu – mednarodni tečaj družinskih zdravnikov **Andrej Pangerc, Vesna Homar**
- 11 Kaj delamo v družinski medicini? • **Ana Perdih**
- 29 Farmacevt na katedri za družinsko medicino: svež pogled na področje • **Črt Krebs**
- 30 Srečanje kateder za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani in Zagrebu **Mateja Kokalj Kokot**
- 32 Obisk Tadžikistana: krepitev izobraževanja družinske medicine • **Zalika Klemenc Ketiš**
- 35 101. srečanje Evropske raziskovalne mreže za splošno in družinsko medicino **Andrej Pangerc**
- 37 27. Fajdigovi dnevi • **Aleksander Stepanović**
- 39 Družinska medicina med današnjimi izzivi in prihodnostjo • **Špela Stražišar**

Strokovne teme

- 42 Zdravljenje kronične ledvične bolezni pri sladkornih bolnikih v praksi – kako izzive premaguje zdravnik družinske medicine • **Timotej Lončarič**
- 45 Lokalni (topikalni) kortikosteroidi v družinski medicini • **Nebojša Đurišić**
- 49 Rizartroza • **Petra Kodrič**
- 52 Ali je živo srebro krivec za zgodnjo demenco? • **Helena Fabris**

Naše ambulante

- 54 Zdravstvo na ulici • **Danaj Hočevar**
- 57 Recept za dolgoživost, stebri dolgoživosti • **Helena Fabris**

Zanimivosti

- 60 Strokovna srečanja – koledar dogodkov 2026



Družinska medicina

Strokovna revija / A professional public journal
ISSN 1581-6605

Izdajatelj in založnik / Published by
Zavod za razvoj družinske medicine
v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino
in z Združenjem zdravnikov družinske medicine

Naslov / Address
Zavod za razvoj družinske medicine
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Tel.: 01/438 69 13, Faks: 01/438 69 10
e-pošta: info@zdrm-idfm.si

Glavni in odgovorni urednici /
Editors in chief and responsible editors
Tonka Poplas-Susič
Danica Rotar-Pavlič

Uredniški odbor / Members of the editorial board
Igor Švab, Marko Kolšek, Dean Klančič,
Nena Kopčavar-Guček,
Davorina Petek, Rajko Vajd

Tehnični urednik / Production editor
Rajko Vajd

Oblika / Design
Pavla Bonča

Lektorica / Reader for Slovenian
Vesna Tlaker

Prelom / D.T.P.
SYNCOMP d. o. o.

Tisk / Printed by
Collegium Graphicum d. o. o.

Izvodov / Copies
1400

Obeležitev 30-letnice ustanovitve Katedre za družinsko medicino, Medicinske fakultete, Univerza v Ljubljani

Nena Kopčavar Guček

Priprave na 30-letnico so tekle več mesecev, cilj je bil celodnevni dogodek v Centru Rog. Mladostno in dinamično prizorišče v neposredni bližini katedre, ki domuje na Poljanskem nasipu 58, je lahko sprejelo vse goste in udeležence svečanega dogodka. Vabila so bila poslana že mesece vnaprej.

Opoldne je bila organizirana novinarska konferenca, na kateri so pobudnik in eden od ustanovnih članov katedre prof. Igor Švab, aktualna predstojnica katedre

prof. Marija Petek Šter ter mlajši člani katedre asist. dr. Ana Perdih, doc. dr. Eva Cedilnik Gorup in doc. dr. Matic Mihevc predstavili svoje videnje katedre, načrte za naprej, pogoste izzive. Izkazalo se je, da se zanimanje za specializacijo iz družinske medicine povečuje, saj so se na zadnjem razpisu za specializacijo po več letih ponovno zapolnila vsa razpoložljiva mesta. Vse kaže, da so se prisotnost katedre v dodiplomskem pouku v praktično vseh letih študija, zgodnji stik z delom zdravnika družinske medicine v ambulanti v prvem letniku, prizadevno delo mentorjev in pozitivna promocija poklica zdravnika družinske medicine po dolgih letih prizadevanj le obrestovali.

V popoldanskem času smo v prostorih Centra Rog organizirali interaktivno razstavo z namenom kar najširše prestaviti dejavnost katedre.

Posterji so prikazovali članstvo in vlogo slovenskih družinskih zdravnikov v mednarodnih strokovnih organizacijah. Praktično je bilo možno preskusiti novo sestavino specializacije družinske medicine, obposteljni ultrazvok, t.i. OPUS. Udeleženci so bili lahko deležni kompletne prehranske ocene, vključno z oceno mišične moči, ki naj bi bila sestavni del ocene posameznika,



Udeleženci 30. obletnice Katedre.



Predstojnica katedre, prof. Marija Petek Šter.

še posebej starostnikov (BIA). Ocena srčno-žilne ogroženosti je bila vrednotena z aktualnim orodjem SCORE 2.

Večerni termin je bil rezerviran za svečano prireditev, na katero so bili vabljeni zaposleni na KDM in vsi ožji sodelavci, tudi tisti, ki se jim že izteklo delovno obdobje. Poleg njih smo povabili tudi vidne predstavnike naše stroke iz Slovenije (MF, Univerze v Ljubljani in v Mariboru), pa tudi iz tujine, predvsem predstavnike fakultet, s katerimi redno sodelujemo (Zagreb, Beograd, Sarajevo, Banja Luka, Podgorica, Skopje, Linz, Miyazaki-Japonska). Vabljeni gostje so imeli priložnost pozdravnih nagovorov. Program smo smiselno prepletli tudi s kulturnim programom, ki so ga obogatili nastopajoči folklorne skupine Tine Rožanc in Big band Medicinske fakultete v Ljubljani s pevci. Nastopajoči so navdušili z barvitostjo in energičnostjo



Prvi predstojnik in pobudnik ustanovitve katedre, prof. Igor Švab.

svojih nastopov. Svečani večer se je končal z neformalnim druženjem.

Zgodovinski presek dogodkov in zanimive spomine je ilustrirala projekcija 40 fotografij, ki smo jih za to priložnost zbrali iz arhivov katedre in njenih članov. Vse fotografije so na USB-ključku prejeli vsi udeleženci prireditve.

Organizacijo in izvedbo celotnega celodnevne dogodka smo prevzeli člani katedre. Hvala vsem za požrtvovalno delo, ki se je obrestovalo.

Ostal nam je prijeten občutek, da je slovenska družinska medicina v domačem okolju vidna, prepoznana in zarisana tudi na evropski in svetovni zemljevid. Več kot dovolj za motivacijo vseh nas, ki z veseljem in ponosom delamo na tem področju.



Poziv za nominacijo za Specialista družinske medicine leta 2025

Aleksander Stepanović

Spoštovane bralke in bralci časopisa Družinska medicina, vabimo vas, da sodelujete v postopku za nominacijo »Specialist družinske medicine leta 2025«.

Ta naziv je namenjen zdravnicam in zdravnikom, ki so skozi svoje strokovno delo, predanost pacientom, inovativnost in človeški pristop pustili neizbrisni pečat v naši stroki. Specialist družinske medicine leta 2025 bo izbran/a na podlagi prejetih nominacij, strokovnih dosežkov in prispevka k ugledu in razvoju družinske medicine.

Podatke o nominirancu ali nominiranki skupaj s kratkim opisom dosežkov pošljite najkasneje do 31. 1. 2026 na elektronski naslov: info@drmed.org.

Veselimo se vaših predlogov in sodelovanja pri izboru kolegice ali kolega, ki bo za svoje dosežke prejel/a naziv »Specialist družinske medicine leta 2025«.

Aleksander Stepanović
predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine

Hvala, da vam je mar

Ana Schrader

Če bi morala v enem stavku povzeti svoj prevladujoči vtis o izobraževalcih v družinski medicini, bi rekla: hvala, da vam je mar za to, kaj študentje potrebujemo. Ta trenutek obstoječi dokaz za to sem jaz, ki sem samo študentka, pa me poslušate govoriti z istega odra na isti proslavi kot za Medicinsko fakulteto izjemno pomembne zdravnike pred tem – ampak to je samo prvi košček mozaika.

Drugi je ta, da za študente premišljeno oblikujete zelo ciljno usmerjene aktivnosti. Vsaka ima namen, cilj in svoje mesto v izobraževalnem procesu, tako da čas, preživet na faksu, ni zaman.

Tretjič, s svojim pragmatičnim pristopom nam pomagajte ozavestiti, katere diferencialne diagnoze so pogoste in katere pomembne ter kako si sledijo prvi koraki v njihovi obravnavi – torej tisti koraki, s katerimi se bomo v službi kot mladi zdravniki tudi najprej srečali. To nam končno da kompas za občutek osnovne orientiranosti v poplavi medicinskih informacij.

Četrtoč, v zahtevanih znanjih in veščinah ste poenoteni, tako da je učni proces študenta odvisen od izbora pomembnih tem in ne od za izpit dodeljenega izpraševalca.

In petič, obravnavate nas kot skoraj zdravnike, ki bodo za svoje delo potrebovali več kot le goro strokovnih podatkov; s širino predstavljenih tematik orišete celostnost medicine, vključno z etičnimi vprašanji, komunikacijo ter birokratskimi in praktičnimi veščinami – kar je za povprečnega študenta, ki je pred tem 6 let delno do pretežno izključno gulil knjige o vrtoglavih podrobnostih subspecialističnih strok ter med kliničnimi vajami stal v kotu in se trudil ne biti v napoto, opolnomočenje, ki ga močno potrebuje.

Skratka: hvala, da pri svojem delu izhajate iz zavedanja, kdo študentje smo in kaj nas čaka, in s svojim premišljenim pristopom resnično delujete v dobro nas in naše prihodnosti, naših kolegov in nadzornih zdravnikov ter seveda pacientov.

WONCA Europe se vrača v Ljubljano

Rajko Vajd, Zalika Klemenc Ketiš

Združenje zdravnikov družinske medicine bo prihodnje leto organiziralo evropsko konferenco Evropskega združenja zdravnikov družinske medicine (WONCA Europe). V lanskem letu je naše združenje kandidiralo za organizacijo vsakoletne konference WONCA Europe in za organizatorja konference leta 2027 smo bili izbrani pred Turčijo in Nemčijo. Da smo bili ponovno izbrani za organizatorja, je velika čast, saj smo kandidaturo dobili že drugič. Prvič smo konferenco gostili leta 2003 v Cankarjevem domu in jo tudi zelo uspešno organizirali. WONCA Europe 2027 bomo organizirali v našem glavnem mestu, Ljubljani, ki edina premore kongresni center ustrezne velikosti in ima tudi velike kapacitete hotelskih namestitev, saj pričakujemo veliko udeležencev. Dogodek se bo odvijal na Gospodarskem razstavišču v Ljubljani od **8. do 13. junija 2027**. Glavna tema konference bodo **Trajnostne strategije za primarno zdravstveno varstvo**.

Konferenca WONCA Europe je največja konferenca družinske medicine v Evropi. Organizirana je vsako leto v različnih državah in pritegne do 2500 udeležencev z vsega sveta. Poteka tri dni, pred konferenco pa se odvijajo še letna konferenca mladih zdravnikov ter letno srečanje skupščine WONCA Europe in njihovega izvršnega odbora. V sklopu konference poteka tudi spremljevalni program, ki vključuje strokovne obiske (npr. ogled zdravstvenih domov), turistične ogleda za spremljevalce udeležencev in svečano večerjo.



Naslovnica vabila prihajajoče konference.

Za predsednico programskega odbora je bila izbrana prof. dr. Zalika Klemenc Ketiš, ki bo tudi koordinirala in vodila mednarodni strokovni programski odbor srečanja, za predsednika organizacijskega odbora pa prim. mag. Rajko Vajd, ki bo z ekipo skrbel za tehnični del izvedbe konference.

Odzivi na našo kandidaturo so dobri. Obisk konferenc je v zadnjih letih številčen – tako lanskoletni v Lizboni kot prihajajoči v Parizu, prestižnih evropskih mestih – in verjamemo, da bo tudi v Ljubljani tako. Veseli bomo tudi udeležbe naših zdravnikov, saj bo prihajajoči dogodek tudi strokovno pomemben mejnik in dodatek vsakoletnim srtokovnim dogodkom, ki jih organizira naše združenje.



Naslovnica predstavitve konference v Ljubljani 2027.

Kompleksnost in navdih na Bledu – mednarodni tečaj družinskih zdravnikov

Andrej Pangerc, Vesna Homar

Bled je tudi letos gostil enega najpomembnejših evropskih dogodkov na področju družinske medicine – **EURACT Bled Course**, ki že več kot tri desetletja privablja zdravnike družinske medicine, hkrati učitelje in mentorje mlajših generacij z vse Evrope in širše. Letos je bil tečaj organiziran že štiriintridesetič, rdeča nit štiridnevnega srečanja pa je bila »Kompleksnost in navdih v družinski medicini«. V živo in po spletu se je srečanja udeležilo več kot 60 zdravnikov iz Slovenije, Avstrije, Hrvaške, Albanije, Portugalske, Izraela, Norveške, Latvije, Srbije, Danske, Turčije, Estonije in Velike Britanije.

Kaj pomeni EURACT

EURACT je kratica za European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine – Evropsko akademijo učiteljev splošne/družinske medicine. Gre za najpomembnejše evropsko strokovno združenje, ki se ukvarja z izobraževanjem na področju družinske medicine in povezuje skoraj 40 držav.

Kako je prišel EURACT na Bled

Zgodba sega v devetdeseta leta, torej v same začetke družinske medicine pri nas, ko je majhna skupina slovenskih zdravnikov obiskala tečaj Teaching the Teachers v Londonu. Ideja o podobnem izobraževanju doma se je sprva udejanila v Bovcu, nato pa se je po dveh letih preselila na Bled. Tako je bil rojen mednarodni Bled Course. Ključno vlogo je imel dolgoletni direktor Zdravstvenega doma Bled, mag. Leopold Zonik, ki je odprl vrata blejskih ambulant in omogočil, da so tuji kolegi spoznavali delo naših zdravnikov tudi na hišnih obiskih pri pacientih – nekaj, česar drugod po Evropi skorajda ne poznajo. Sčasoma je tečaj pridobil tudi uradno pokroviteljstvo EURACT, kar mu je dalo dodatno težo in pomen v evropskem prostoru.

»Zelo sem ponosen, da smo z našim tečajem stopili v Evropo, že preden je Slovenija kot taka stopila na svojo evropsko pot,« navaja mag. Zonik. Prim. doc. dr. Mateja Bulc, njegova dolgoletna sodelavka in sošolka iz časa študija medicine, pa dodaja: »Zonik je bil takoj navdušen in izjemno dobro smo sodelovali. Presenečenje za tujce so bili predvsem obiski pacientov na domu, ki so postali posebna značilnost blejskega tečaja.«

V spomin Janku Kersniku

Tečaj od leta 2015 nosi ime Kersnik EURACT Bled v spomin na prof. dr. Janka Kersnika, zdravnika družinske medicine, predavatelja in raziskovalca, ki se je od nas poslovil mnogo prezgodaj, star komaj 56 let. Bil je eden najvidnejših slovenskih zdravnikov in učiteljev, ki je s svojim delom odločilno prispeval k razvoju družinske medicine doma in po svetu.

S tečajem je bil povezan že od njegovih začetkov, sprva kot predavatelj in sooblikovalec programa. Ko se je prof. dr. Igor Švab umaknil z mesta vodje tečaja, ga je prevzel prav Kersnik. Pod njegovim vodstvom je srečanje postajalo



Zahvala organizacijskega odbora mag. Leopoldu Zoniku za dolgoletno sodelovanje. Na sliki od leve proti desni: doc. mag. Yonah Yaphe, Portugalska, mag. Leopold Zonik, Slovenija, prim. doc. dr. Mateja Bulc, Slovenija.



Utrinek s plenarnega dela; predavanje doc. dr. Eve Cedilnik Gorup.

vsako leto močnejše, bogatejše po vsebini in bolj prepoznavno v evropskem prostoru. Prav zaradi njegovega zavzetega dela in mednarodnih povezav je tečaj utrdil položaj ene osrednjih evropskih učnih delavnic za učitelje družinske medicine.

Simboli trajnosti

Bled je tečaj posvojil tudi na simbolni ravni: leta 2000 je bila pred Zdravstvenim domom Bled posajena jubilejna trta kot znak dolgoživosti in povezovanja narodov. Ob 30-letnici EURACT pa so dodali še lipo. Mag. Zonik pa letos dodaja: »Lepo urejen park ob Zdravstvenem domu Bled kliče po tem, da ga v prihodnosti poimenujemo EURACT park Bled,« a ga je prim. doc. dr. Mateja Bulc v šali preglasila z vzklikom: »Naj bo to raje Zonikov park!«

Kompleksnost in navdih – letošnja rdeča nit

Družinska medicina je po svoji naravi kompleksna. Zdravnik se ne sooča le z eno boleznijo, temveč pogosto hkrati z več boleznimi, ki se med seboj prepletajo ter so povezane s psihološkimi in socialnimi okoliščinami. Zato mora zdravnik razumeti človeka v širšem družinskem, socialnem in kulturnem kontekstu. Udeleženci so razpravljali o tem, kako mlajšim kolegom ne le posredovati znanje, temveč jih tudi naučiti prepoznati kompleksnost, se nanjo odzvati in učinkovito pomagati pacientom. Prav v teh izzivih se skriva tudi navdih – v odnosih s pacienti, v sodelovanju s kolegi in v vzgoji novih generacij zdravnikov. Delavnice in predavanja so zato ponudila priložnost za razvijanje strategij in učnih orodij, s katerimi lahko znanje prenašajo naprej, hkrati pa ohranjajo motivacijo in človečnost v vsakdanjem delu.



Poročanje in vtisi o hišnih obiskih pri blejskih pacientih pred pogostitvijo v Zdravstvenem domu Bled.

Bled kot tradicionalna evropska učilnica

Posebna vrednost tečaja je mednarodna zasedba: program pripravljajo učitelji iz različnih držav, udeleženci pa oblikujejo konkretne pedagoške rešitve, ki jih lahko uporabijo pri poučevanju študentov in specializantov. Že nekaj let pa je tradicija, da se na srečanje povabi tudi nekaj študentov medicine, ki lahko z vidika svojih zgodnjih učnih izkušenj ponudijo dragoceno povratno informacijo in svež pogled na obravnavane teme, s čimer pomembno prispevajo k oblikovanju izobraževalnega procesa. Dogodek je tako priložnost za strokovno izmenjavo in hkrati za promocijo Bleda kot prostora, kjer se srečujejo ideje in ljudje.

EURACT Bled Course danes velja za enega najbolj cenjenih izobraževalnih dogodkov v evropski družinski medicini – tudi zaradi gostoljubja in podpore domačega okolja. Mag. Zonik k temu dodaja: »Prepričan sem, da bo novo vodstvo ZD Bled to tradicijo nadaljevalo, asist. dr. Pangerc pa bo v povezavi s Katedro za družinsko medicino garant temu.« S tem je simbolično predal štafeto novi generaciji vodstva, saj se je sam pravkar upokojil. Letošnja izvedba je to tudi potrdila, nova direktorica ZD Bled, Lidija Pretnar Pristov, pa se je že izkazala s podporo in organizacijsko zavzetostjo, za katero je že požela visoke pohvale organizacijskega odbora in udeležencev.

Kaj delamo v družinski medicini?

Ana Perdih

Vsak dan v svojih ambulantah skrbimo za svoje bolnike; stopamo z njimi v odnos, v katerem nam zaupajo, in skupaj z njimi gremo po njihovi poti zdravja in bolezní. Ste se že kdaj vprašali, zakaj nam tako zaupajo? Kako to, da lahko vse, kar so, položijo v naše roke, v našo presojo?

Naši bolniki vedo, da smo med študijem pridobili veliko znanja – in da se izobraževanje ni končalo takrat. Iz meseca v mesec, iz leta v leto pridobivamo nova znanja in nove veščine. Učimo se drug od drugega in od naših bolnikov. Redno hodimo na izobraževanja. Sledimo najnovejšim smernicam, da lahko svojim bolnikom zagotovimo najboljšo možno oskrbo. Včasih se ti zdi, da si z izobraževanjem nekoliko zaspal – pa je poleg tebe kolega, kolegica, ki ima sveže znanje s področja, kjer si sam trenutno malo zadaj. Ali dobiš vabilo na izobraževanje, kjer znanje osvežiš.

Kaj pa je v ozadju teh izobraževanj, v ozadju smernic in priporočil?

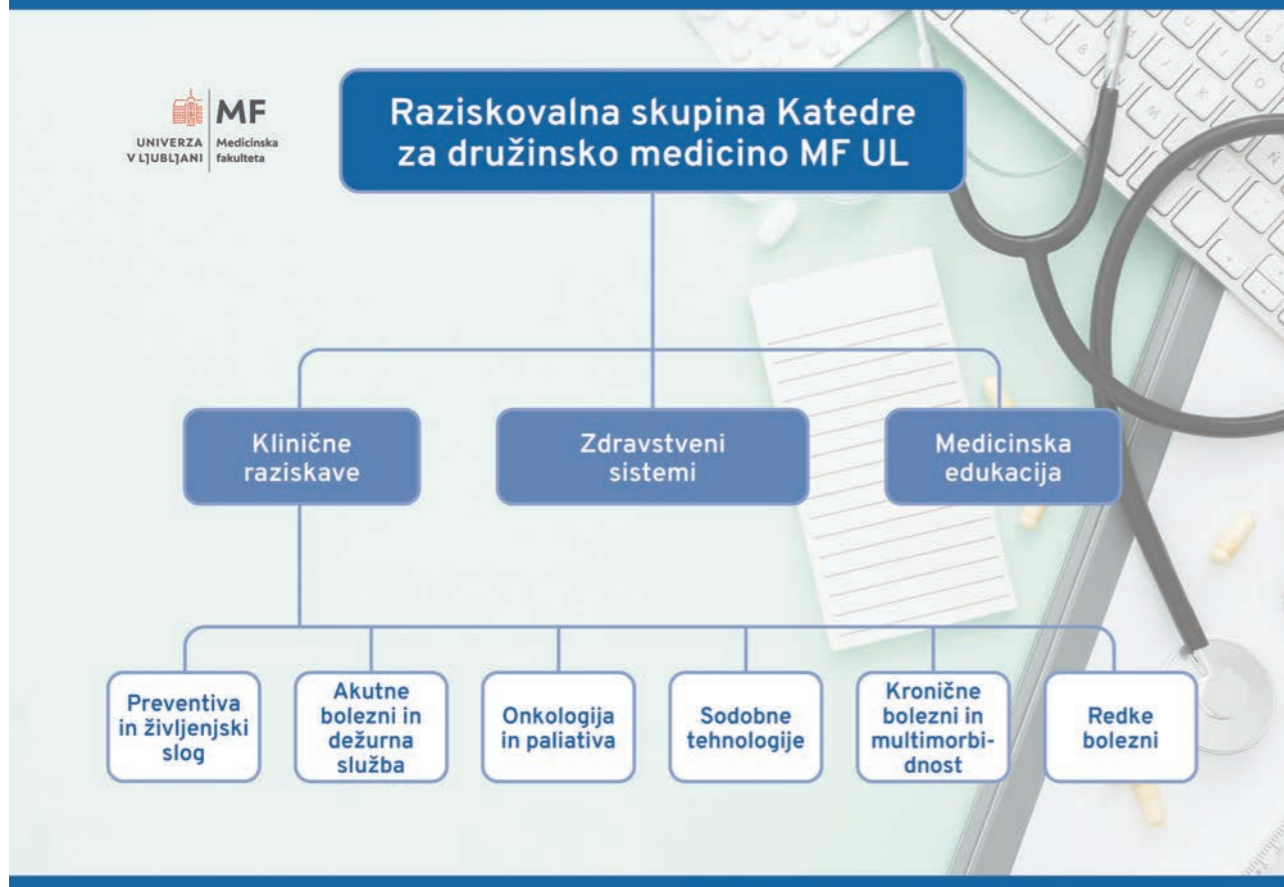
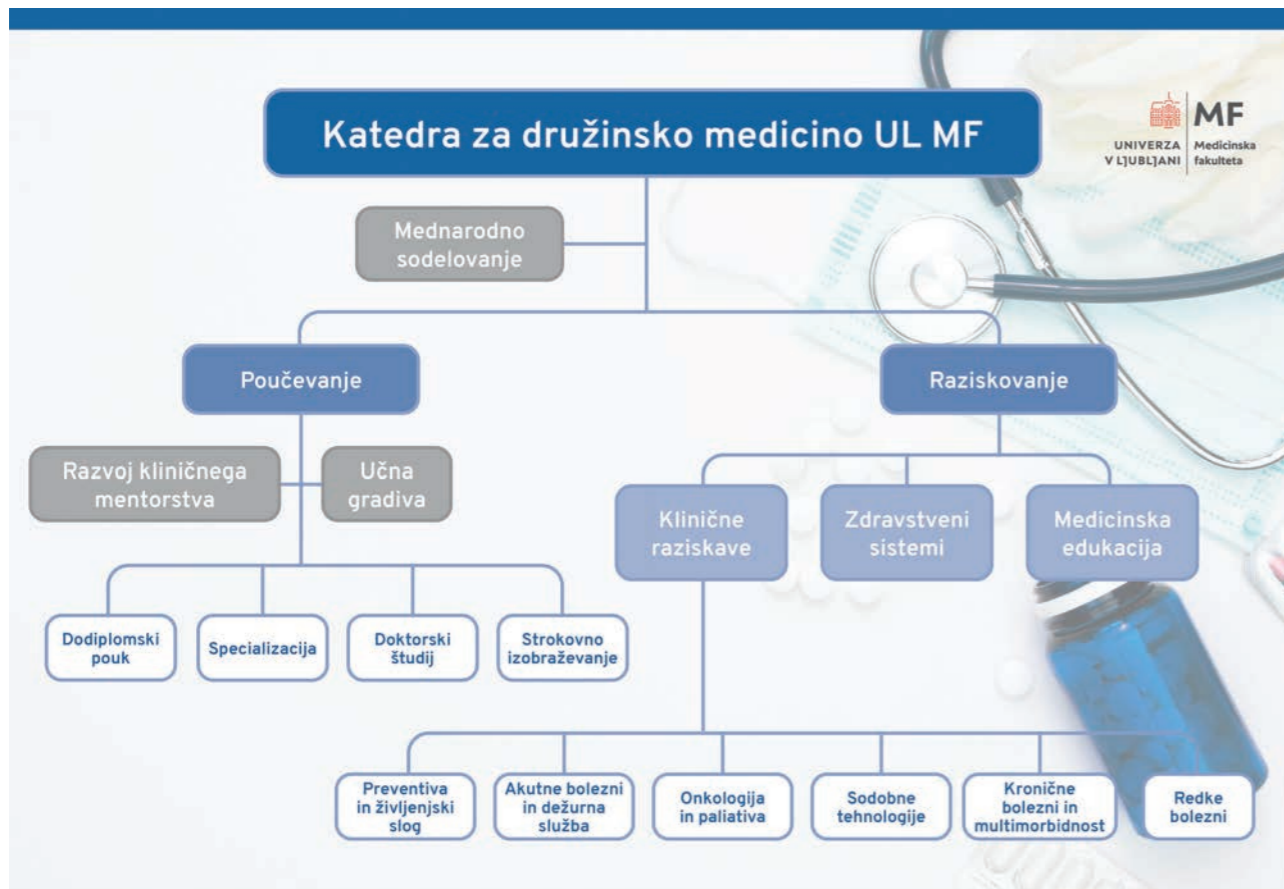
Izraz »na dokazih temelječa medicina« pomeni – točno to. Ves čas potekajo raziskave, v katerih iščejo prave načine zdravljenja, prave poti, prava zdravila. Tudi na področju družinske medicine je raziskovalna dejavnost zelo pestra. Če smo v preteklosti sledili priporočilom, napisanim za sekundarno raven, se zdaj vedno več raziskav dela z namenom, da bodo izsledki uporabni v naših ambulantah. **Raziskovalna skupina** Katedre za družinsko medicino MF UL je zelo aktivna in vključena v več projektov. Ob 30-letnici Katedre smo pripravili plakate, na katerih so predstavljeni projekti, v katere smo trenutno vključeni. Na naslednjih straneh so prikazani nekateri izmed njih.

V okviru praznovanja obletnice smo želeli poleg dela ljubljanske katedre prikazati tudi to, kako zelo je slovenska družinska medicina vpeta v mednarodno okolje. Že od začetka imamo družinski zdravniki svoje združenje, ki je del Slovenskega zdravniškega društva. **Združenje zdravnikov družinske medicine** (ZZDM) je vključeno v mednarodne organizacije. WONCA (Svetovno združenje zdravnikov družinske medicine) je krovna organizacija, v okviru katere delujejo evropska združenja učiteljev, raziskovalcev, podeželskih zdravnikov itd. Posamezne

organizacije (in vloga Slovenije) so predstavljene na plakatih na naslednjih straneh.

Družinski zdravniki imamo veliko možnosti za povezovanje – med seboj in v mednarodnem prostoru. Z izmenjavo izkušenj, s sodelovanjem v raziskovalnih projektih, pa tudi s pristnim osebnim stikom, postajamo vedno boljši zdravniki in skrbimo za to, da je kakovost družinske medicine v Sloveniji vedno večja.

Nobena izmed prikazanih dejavnosti ni omejena samo na zaposlene ali samo na ljubljansko katedro – prav vsakdo je povabljen, da se vključi na tistem področju, kjer se počuti bolj domačega, kjer čuti, da lahko prispeva svoj del k temu, da bomo skupaj še boljši. Vabljeni.



Združenje zdravnikov družinske medicine (ZZDM)

Organizacijska enota SZD (Slovensko zdravniško društvo)



Namen

Ohranjanje vloge in pomena zdravniškega poklica, vloge zdravnikov kot intelektualcev v slovenski in mednarodni družbi ter s tem zagotavljanje in izboljševanje kakovosti ter etike nujenja zdravniških storitev zaupanim bolnikom.

Organizacija izobraževanj:

- Učne delavnice za mentorje v družinski medicini
- Janko Kersnik EURACT mednarodni tečaj na Bledu
- Schrottovi dnevi
- Kokaljevi dnevi
- Srečanje timov
- Zdravčevi dnevi
- Fajdigovi dnevi
- Majhnov dan
- Mariborski kongres

Sklad Janka Kersnika

Vlogo za sofinanciranje doktorskega študija lahko podajo vsi specializanti in specialisti družinske medicine, ki so redno vpisani na doktorski študij; praviloma doktorski študij biomedicine. Od kandidatov za štipendijo poleg formalnih pogojev pričakujemo, da se bodo aktivno vključili v pedagoško in raziskovalno delo v okviru kateder in raziskovalnih skupin za družinsko medicino in študij zaključili v šestih letih od vpisa.

Pristopna izjava



Zavod za razvoj družinske medicine (ZRDM)

je pravna oseba, ustanovljen 2002, skrbi za logistiko družinske medicine.



Zavod za razvoj družinske medicine

Sestava:

- skupščina
- upravni in izvršilni odbor
- Strokovni svet za DM
- Sekcija za DSO
- Sekcija zdravnikov družinske medicine v podeželskih in odmaknjenih ambulantah

Mednarodno sodelovanje:

WONCA, UEMO, EURACT, EGPRN, EQuIP, EUROPREV, EURIPA, EYFDM, IPCRG

Revija Družinska medicina




Zdravnik leta

Združenje zdravnikov družinske medicine vsako leto podeljuje naziv Zdravnik leta, s katerim se najboljšim posameznikom želimo zahvaliti za njihov prispevek na področju družinske medicine.

Priznanje Zdravnik leta je najvišja stanovska nagrada za izjemne uspehe na področju družinske medicine, ki so širšega družbenega pomena in prispevajo k napredku stroke.

Cilji in naloge ZRDM:

1. zagotavljanje ustreznih pogojev za razvoj DM v skladu s stroko in potrebami Slovenije
2. zagotavljanje ustreznih pogojev za vzpodbujanje in dvig kakovosti dela v DM;
3. podpora študijskemu in raziskovalnemu delu;
4. vključevanje v preventivne in učno-vzgojne programe, projekte in raziskave.



EURACT
European Academy of Teachers
in General Practice/Family Medicine

EURACT - Evropska akademija učiteljev družinske medicine (European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine) je evropska mreža učiteljev, mentorjev in drugih strokovnjakov na področju izobraževanja v družinski medicini.

EURACT združuje predavatelje, mentorje, raziskovalce in klinične strokovnjake, ki skupaj razvijamo, izboljšujemo in krepimo izobraževanje v družinski medicini po vsej Evropi.

EURACT zastopa učitelje družinske medicine v evropskih razpravah o razvoju učnih načrtov, strokovnih standardov in kakovosti izobraževanja.

Z izmenjavo izkušenj, raziskav in pedagoških pristopov spodbujamo odličnost pri izobraževanju prihodnjih generacij družinskih zdravnikov.

Naše delovanje temelji na sodelovanju, strokovnem razvoju ter predanosti visokokakovostnemu in sodobnemu izobraževanju v družinski medicini.

Janko Kersnik EURACT tečaj velja za enega najuglednejših programov za učitelje družinske medicine, z več kot 35-letno tradicijo. Nastal je v Sloveniji, od leta 2000 pa poteka pod okriljem EURACT-a. Vsako leto septembra združi 60 mednarodnih učiteljev družinske medicine, ki se posvetijo aktualni temi na področju družinske medicine ter oblikujejo nove izobraževalne vsebine. V Sloveniji nato razširimo ta znanja med mentorje družinske medicine v štirih delavnicah.

EURACT izobraževalna konferenca

je pomembno mednarodno srečanje, ki poteka vsakih nekaj let v sodelovanju z lokalnimi akademskimi in strokovnimi partnerji. Udeležencem nudi prostor za predstavitev inovacij, raziskav in dobrih praks na področju poučevanja in usposabljanja na vseh ravneh izobraževanja v družinski medicini.

LEONARDO tečaji za učitelje in mentorje

Leonardo tečaji so usposabljanja za učitelje in mentorje družinske medicine, razviti v okviru evropskega projekta CEDinGP pod okriljem EURACT-a. Tečaji se izvajajo v treh stopnjah: Leonardo I za nove učitelje, Leonardo II za izkušene mentorje ter Leonardo III za strokovnjake, ki oblikujejo nove učne programe. Tečaji potekajo mednarodno ali v lokalnih okoljih ter zagotavljajo strukturiran razvoj pedagoških kompetenc v družinski medicini.

Tečaj ocenjevanja EURACT

Tečaj ocenjevanja EURACT je mednarodni izobraževalni program, namenjen učiteljem družinske medicine, ki se želijo izpopolniti v preverjanju znanja, spretnosti in odnosa študentov ter specializantov v kliničnem in akademskem okolju. Udeleženci se izurijo v praktičnih orodjih preverjanja znanja, značilnih za klinično okolje in specifično družinske medicine.

Snowball simpoziji

Snowball simpoziji so 2-urni spletni seminarji, posvečeni aktualnim temam v izobraževanju družinskih zdravnikov. Namenjeni so izmenjavi andragoških izkušenj, predstavitvi novih pristopov k poučevanju ter povezovanju učiteljev družinske medicine po Evropi v dinamičnem in interaktivnem okolju.



EGPRN
EUROPEAN GENERAL PRACTICE
RESEARCH NETWORK

EGPRN – Evropska mreža za raziskave v splošni in družinski medicini

POSŁANSTVO IN DEJAVNOSTI

- Raziskave: spodbujamo kakovostne in mednarodno primerljive študije v primarnem zdravstvu
- Sodelovanje: povežujemo evropske države in spodbujamo izmenjavo dobrih praks
- Prenos znanja: od znanstvenih dokazov v vsakodnevno klinično delo
- Srečanja in delavnice: prostor za razpravo, učenje in mreženje
- Mentorstvo: podpora mladim raziskovalcem in vključevanje v evropske projekte
- Skupne raziskave: razvoj skupnih rešitev za sodobne izzive v primarnem zdravstvu

USTANOVITEV IN NAMEN

- Ustanovljena leta 1974 – del WONCA Europe
- Povezuje raziskovalce, učitelje in zdravnike primarnega zdravstva v skoraj 40 državah
- Cilj: razvoj raziskovalnih kompetenc, izmenjava znanja in krepitev znanstvenih temeljev družinske medicine
- Dve letni srečanja že več kot pet desetletij brez prekinitev

VLOGA SLOVENIJE

- Dolgoletna članica – pomembna pri razvoju raziskovanja v družinski medicini
- Slovenski raziskovalci redno predstavljajo raziskave s področij:
 - oskrbe, osredotočene na pacienta
 - obravnave kroničnih bolezni
 - digitalizacije in kompleksnosti kliničnega odločanja
 - medicine, utemeljene na dokazih
 - izobraževanja v družinski medicini
 - klinične prakse v primarnem zdravstvu
- Sodelovanje v EGPRN je prineslo skupne projekte, publikacije in večjo prepoznavnost Slovenije

POGLED NAPREJ

- Slovenija ostaja dejaven partner v razvoju evropskega primarnega zdravstva
- Mreža raziskovalcev omogoča boljše razumevanje pacientovih potreb in učinkovitejšo oskrbo
- EGPRN ostaja prostor sodelovanja, inovativnosti in napredka v družinski medicini

UNIVERSITY OF LJUBLJANA MF Faculty of Medicine



EUROPREV - European Network on Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice - je evropska mreža, ki spodbuja preventivo in promocijo zdravja v družinski medicini na podlagi znanstvenih dokazov.



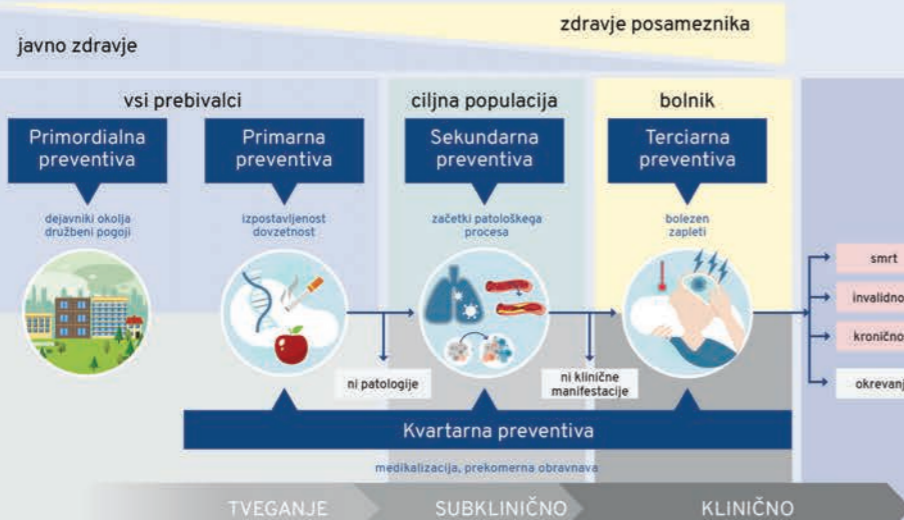
✓ PREGLEDUJEMO DOKAZE O PREVENTIVI IN PROMOCIJI ZDRAVJA

✓ RAZVIJAMO RAZISKOVALNE IN IZOBRAŽEVALNE PROJEKTE

✓ PRIPRAVLJAMO SMERNICE, KI TEMELJIJO NA ZNANOSTI

✓ POVEZUJEMO ZDRAVNIKE V EVROPSKO PREVENTIVNO MREŽO

✓ PRENAŠAMO PRIPOROČILA V VSAKODNEVNO PRAKSO



7 načinov za izboljšanje preventive

- Dostopnost in kakovost sta osnova**
Preventiva je brez pomena, če pacient ne more do družinskega zdravnika. Kontinuiteta oskrbe sama po sebi zmanjšuje umrljivost.
- Prevzem znanja o preventivi**
Družinski zdravniki naj postanejo *strokovnjaki za dokaze*, ne le izvajalci tujih priporočil.
- Izogibanje preventivi brez dokazov**
Preprečevanje brez trdnih dokazov lahko škodi zdravim ljudem in povzroča prekomerno diagnostiko.
- Vrednost strukturne preventive**
Sistem in okolje naj omogočata zdravje (npr. razumna uporaba antibiotikov, varne poti, protokoli).
- Prednost simptomatičnih in visoko tveganih bolnikov**
Preventiva mora biti usmerjena v tiste, ki imajo od nje največ koristi.
- Sorazmerna univerzalnost**
Socialno ranljive skupine potrebujejo več podpore, da do preventive sploh pridejo.
- “Začni z majhnimi koraki”**
Ni treba izvajati vse preventive – izberi tisto, ki ima največ dokazov in učinka.

„VISOKOKAKOVOSTNO IN DOSTOPNO PRIMARNO ZDRAVSTVO JE NAJMOČNEJŠA PREVENTIVA.“

Vir: Veerle Piessens, Laura Rodriguez Benito, Sendar Öztora, Carlos Martins & John Brandt Brodersen (2025) Seven ways to optimise prevention in general practice and family medicine - a EUROPREV position paper to spark debate on prevention, European Journal of General Practice, 31(1), 2531860, DOI: 10.1080/13614788.2025.2531860

EURIPA



EURIPA - Evropsko združenje za zdravnike na podežlju in v oddaljenih območjih. EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association) je evropska mreža družinskih zdravnikov in drugih strokovnjakov, ki delujejo v podeželskih in oddaljenih območjih.

Združujemo družinske zdravnike, raziskovalce in strokovnjake, da skupaj izboljšamo dostopnost, kakovost in trajnost zdravstvene oskrbe na podeželju.

EURIPA zastopa glas podeželskih zdravnikov v evropskih razpravah o javnem zdravju in zdravstveni politiki.

Z izmenjavo izkušenj, raziskav in dobrih praks krepimo moč podeželske medicine.

Naša skupnost temelji na sodelovanju, strokovnosti in predanosti lokalnim skupnostim.

LOKALNA AVTONOMIJA - odločanje blizu skupnosti

RURALNO ZNANJE - raziskave in izobraževanje za podeželje

DIGITALNA VKLJUČENOST - tehnologija v službi ljudi

EVROPSKA MREŽA - 1 vizija, 30+ držav, 1 cilj

ENAKOST • TRAJNOST • SOLIDARNOST • SKUPNOST

✓ **SKUPNOST** - povežemo podeželske zdravnike po vsej Evropi

✓ **SODELOVANJE** - delimo izkušnje in znanje

✓ **RAZISKAVE** - spodbujamo razvoj podeželske medicine

✓ **PRISTOP »ENO ZDRAVJE«** - zdravje ljudi, živali in okolja je neločljivo povezano

Rural Seeds

Mreža študentov in mladih zdravnikov, ki skupaj z izkušenimi strokovnjaki razvijajo in krepijo podeželsko medicino po svetu.



Rural Road to Health

Podcast - glas podeželja v etru - zgodbe, izzivi in rešitve za bolj zdrave skupnosti po vsem svetu.



Vodnik po izobraževanju podeželskih zdravnikov

Globalni priručnik z dokazi in izkušnjami za razvoj podeželskih izobraževalnih programov in krepitev lokalnih skupnosti.



WONCA Rural Health

Del svetovne organizacije WONCA, posvečen izboljšanju primarnega zdravstva in podpori zdravnikov na podeželju.



SKUPAJ ZA PRAVIČNO, TRAJNOSTNO IN POVEZANO PODEŽELSKO ZDRAVSTVO V EVROPI.



EQuiP – Evropsko združenje za kakovost in varnost v družinski medicini

(European Society for Quality and Safety in Family Practice)
KAKOVOST • VARNOST • ZNANJE • SKUPNOST

EQuiP povezuje družinske zdravnike, raziskovalce in učitelje, ki si prizadevajo za **kakovostno, varno in pravično primarno zdravstveno varstvo** po vsej Evropi.

Z izmenjavo izkušenj, raziskav in dobrih praks krepimo **strokovno odličnost, učenje iz napak in kulturo nenehnega izboljševanja**.

KLJUČNA PODROČJA

- **KAKOVOST V PRAKSI** – orodja in modeli za stalno izboljševanje
- **VARNOST PACIENTOV** – odprta kultura učenja, ne krivde
- **IZOBRAŽEVANJE IN RAZISKAVE** – povezovanje teorije in prakse
- **ETIKA IN ODGOVORNOST** – bolnik v središču sistema
- **EVROPSKA SKUPNOST** – povežemo več kot 30 držav

NAŠA VIZIJA

Skupaj za kakovostno, varno in trajnostno primarno zdravstvo v Evropi.

NAŠE POSLANSTVO

Podpirati zdravnike in zdravstvene time pri razvoju sistemov, ki temeljijo na kakovosti, zaupanju in sodelovanju.

GLAVNA SPOROČILA

- Kakovost je proces, ne cilj.
- Varnost pacientov je temelj zaupanja.
- Skupno učenje vodi do skupnega napredka.
- Digitalna orodja naj služijo izboljšanju, ne nadzoru.
- Transparentnost in sodelovanje gradita moč skupnosti.

NOVI KONCEPT: »Kultura kakovosti«

„Kakovost v družinski medicini ne pomeni popolnosti, ampak nenehno iskanje boljših rešitev za paciente in skupnost.“

EQuiP spodbuja celosten pristop, ki povezuje varnost, profesionalnost in etično odgovornost v vsakdanji praksi.

EQuiP – evropska mreža družinskih zdravnikov, učiteljev in raziskovalcev, ki verjamejo, da lahko z znanjem, sodelovanjem in odprto komunikacijo ustvarimo boljše zdravstvo za vse.



EYFDM

Evropsko gibanje mladih družinskih zdravnikov (EYFDM) je evropska organizacija, ki povezuje mlade družinske zdravnike po vsej Evropi.

Deluje kot regionalno gibanje v okviru WONCA Europe, ki je del WONCA World. Ustvarjeno in vodeno je izključno s strani mladih zdravnikov in za mlade zdravnike.

Kdo so mladi zdravniki?

- specializanti družinske medicine
- mladi specialisti (do 5 let po opravljenem specialističnem izpitu)

Član EYFDM postaneš **samodejno in brez članarine**, takoj ko začneš specializacijo.

NASTANEK

Idejna osnova je bila ustvarjena leta 2004 na konferenci WONCA Europe 2004 v Amsterdamu. Pri ustanovitvi so bili prisotni tudi slovenski predstavniki – Vojislav Ivetič in Maja Pelcl. Leto kasneje so na sestanku v Lizboni utrdili vizijo, cilje in naloge gibanja, ki je najprej delovalo pod imenom Vasco da Gama Movement (VdGM). Prvo srečanje mladih zdravnikov v okviru VdGM je bilo v Sloveniji leta 2004. Leta 2006 smo dobili svojega prvega predsednika Marka Dreščka. Leta 2015 se je gibanje preimenovalo v European Young Family Doctors Movement (EYFDM).

SVET EYFDM

V Sloveniji od samega začetka sodelujemo v dejavnostih EYFDM. Vsaka država, ki je del WONCA Europe, ima pravico imenovati enega nacionalnega predstavnika (ND), ki skupaj z drugimi nacionalnimi predstavniki in izvršnim odborom sestavljajo Svet EYFDM. Člani sveta se vsaj enkrat letno sestanejo na seji sveta.

PRIDRUŽI SE NAM!



Skeniraj QR kodo za več informacij o EYFDM SLOVENIJA.



Sledi nam na Instagram profilu in ostani na tekočem z aktualnimi dogodki, izmenjavami in priložnostmi!

EYFDM – European Young Family Doctors Movement
WONCA WORLD - World organisation of Family Doctors



IPCRG – International Primary Care Respiratory Group

OPIS

IPCRG je klinično vodena, neprofitna organizacija s sedežem na Škotskem, ustanovljena z namenom izboljšanja preprečevanja, zgodnjega odkrivanja in zdravljenja dihalnih obolenj v primarnem zdravstvenem varstvu po vsem svetu.

Vizija IPCRG je: »Dihati in se dobro počutiti skozi univerzalen dostop do prave oskrbe« (»Breathing and feeling well through universal access to right care«).

GLAVNI CILJI ORGANIZACIJE:

- Podpora državam članicam (organizacijam in posameznikom) v njihovem delu na področju zdravljenja dihal v primarnem zdravstvenem varstvu.
- Ozaveščanje in vplivanje na družbo in odločevalce o pomenu zdravljenja dihal in primarnega zdravstvenega varstva.
- Ustvarjanje vrednosti za financerje z izboljšanjem natančnosti diagnostike, zmanjšanjem variabilnosti v oskrbi in izboljšanjem rezultatov za bolnike.

GLAVNE DEJAVNOSTI

- Raziskave: Vključuje mrežo držav članic ter sodeluje pri zbiranju aktualnih podatkov iz primarnega zdravstvenega varstva in zmanjševanju razkorakov v oskrbi bolezni dihal.
- Izobraževanje: programi, kot je „E-Quality“, so usmerjeni v krepitev dostopnosti izobraževanj in kakovosti oskrbe v državah članicah.
- Klinična podpora in materiali: IPCRG ponuja strokovne smernice, „Right Care“ pobude (npr. Asthma Right Care, COPD Right Care), pripomočke za učitelje, izročke za primarno zdravstveno varstvo.

ČLANSTVO IN MREŽA

IPCRG ima več kot 40 držav članic z vsega sveta in Slovenija je ena izmed njih.

Obenem IPCRG deluje v sodelovanju z mednarodnimi organizacijami, kot sta World Organization of Family Doctors (WONCA) in Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) pri Svetovni Zdravstveni Organizaciji (WHO).

KORISTI ZA SLOVENIJO

- Sodelovanje pri globalni mreži omogoča dostop do izobraževalnih modulov, „Right Care“ materialov in primerov dobre prakse, kar lahko prispeva k izboljšanju oskrbe oseb z boleznimi dihal v primarni zdravstveni mreži v Sloveniji.
- Udeležba pri mednarodnih raziskavah in programih IPCRG omogoča Sloveniji, da prispeva podatke, izkušnje in sodeluje pri oblikovanju priporočil za primarno oskrbo dihalnih obolenj.
- Z aktivno vlogo v IPCRG lahko slovenske strokovnjakinje/strokovnjaki vplivajo na oblikovanje politik, izobraževalnih vsebin in promocijo oskrbe bolezni dihal v primarni oskrbi.



EU net CCC projekt - WP 4 – pilotiranje SLO CCC

IZHODIŠČA

Rak postaja vodilni javnozdravstveni problem, za posledicami raka bo v prihodnje umrl vsak peti Evropejec. Evropa se sooča z velikimi razlikami v dostopnosti do začetne obravnave in razlikami v preživetju bolnikov z rakom. Kot odziv na predstavljene izzive je nastal projekt s podporo Evropske Unije EUnetCCC, v katerem sodeluje 31 evropskih držav in 163 centrov, v katerih poteka obravnava bolnikov z rakom.

Namen projekta je izboljšati dostopnost do kakovostne zdravstvene obravnave za vse prebivalce Evrope, ki vključuje zgodnjo diagnostiko, znanstveno utemeljeno zdravljenje in izboljšanje kakovosti življenja za rakom obolelih in njihovih bližnjih z ustanovitvijo CCC centrov (Comprehensive Cancer Centers) v sodelujočih državah.

CILJI EUNET CCC PROJEKTA SO:

- zmanjšanje neenakosti v dostopnosti kakovostne zdravstvene oskrbe za osebe z rakom v Evropi.
- izboljšanje sodelovanja na področju raziskovanja, zdravstvene oskrbe in izobraževanja med centri.
- podpora profesionalnega razvoja.
- doseči korist za vsakega od udeleženih centrov.

Za Slovenijo je vodilna ustanova v projektu (eden izmed 31 centrov) Onkološki inštitut iz Ljubljane, ki pa sodeluje z naslednjimi ustanovami: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika Golnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru in Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, v sklopu katere sodeluje tudi Katedra za družinsko medicino.

Celoten projekt je razdeljen v 8 delovnih paketov, Medicinska fakulteta v Ljubljani najbolj aktivno sodeluje v delovnem paketu 4: WP 4 – pilotiranje SLO CCC, kjer gre za prenos izsledkov raziskav in dobrih praks v obravnavo pacientov.

Vsebino delovnega paketa 4 (WP 4) prikazuje slika 1.





Protecting Our Seniors

Excessive use of antibiotics drives antimicrobial resistance, especially in frail older adults. In long-term care facilities (LTCFs), poor infection prevention and control (IPC) and misdiagnosis lead to overprescribing antibiotics. Common infections like urinary tract infections (UTIs) can be reduced with better IPC and antimicrobial stewardship (AMS).

Our Project Goals:

- Prevent UTIs and reduce inappropriate antibiotic use.
- Implement multifaceted interventions for healthcare professionals in LTCFs.

Intervention Includes:

1. Training staff on IPC techniques.
2. Feedback on diagnostic and prescribing practices.
3. Strategies to improve infection management.
4. Informational materials for residents and families.

Success Measures:

- Fewer mismanaged UTIs.
- Increased hygiene activities.
- Reduced UTIs and mortality rates.

Together,
we can combat
antimicrobial
resistance
and protect
our seniors!



Critically important broad-spectrum antibiotics are commonly given to residents with these infections,

perpetuating the problem of antimicrobial resistance (AMR),

which is accompanied with higher morbidity, mortality, and health costs.



Dragonfly študija - Mednarodna raziskava naravnega poteka sindroma CTNNB1

NAMEN

Dragonfly je prva mednarodna, longitudinalna raziskava otrok in odraslih s CTNNB1 nevrorazvojnim sindromom, ki poteka v Sloveniji, Španiji, ZDA, Kanadi in Avstraliji. Cilj je razumeti naravni potek bolezni, razlike med bolniki ter pripraviti temelje za klinična preskušanja genskih terapij.

CILJI

- Opisati razvojne, vedenjske in kognitivne značilnosti CTNNB1 sindroma.
- Določiti biomarkerje in kazalnike, primerne za klinična preskušanja.
- Oceniti vpliv bolezni na kakovost življenja otrok in družin.
- Ustvariti biobank za prihodnje raziskave in razvoj zdravljenja.
- Okrepiti sodelovanje med raziskovalci in družinami po svetu.

METODE

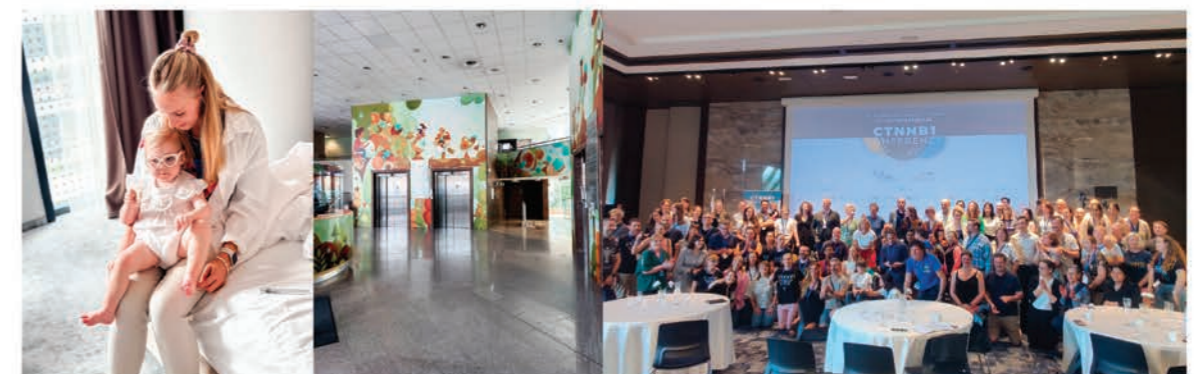
- Klinični, nevrološki in psihološki pregledi
- Ocenjevanje motorike, govora, kognicije, vedenja in spanja
- EEG, MRI, OCT in gibalna analiza z napravo Syde®
- Vzorčenje krvi za genetske in biokemijske biomarkerje
- Kvalitativni intervjuji za starše/skrbnike o izkušnji bolezni in pogledih na potencialna nova zdravljenja

PRIČAKOVANI REZULTATI

- Prva celostna baza podatkov o CTNNB1 sindromu.
- Določitev standardiziranih meril za prihodnje klinične raziskave.
- Izboljšano razumevanje nevroloških in razvojnih poti bolezni.
- Povečana pripravljenost družin in bolnikov za klinična preskušanja.
- Ustanovitev biobanke za globalne raziskovalne pobude.

univerzitetni
klinični center ljubljana
University Medical Center Ljubljana

UNIVERZA
V LJUBLJANI
Medicinska
fakulteta



*Celostna oskrba, celovito življenje.
Zdravljenje raka se ne konča z zadnjo terapijo.
Začne se novo poglavje.*

NAMEN RAZISKAVE

Projekt JANE2 krepi evropsko mrežo za razvoj, digitalizacijo in integracijo paliativne oskrbe ter oskrbe preživelih bolnikov z rakom. Cilj je izboljšati kakovost življenja bolnikov z onkološkimi boleznimi in omogočiti pravičen dostop do celostne, koordinirane oskrbe.

CILJI

- Razviti digitalizirane poti paliativne oskrbe in uvesti standardizirane kazalnike.
- Okrepiti izobraževanje in kompetence zdravstvenih delavcev na področju paliativne in onkološke oskrbe.
- Uvesti skupni evropski model oskrbe preživelih po raku, ki vključuje dolgoročno spremljanje in podporo.
- Spodbujati sodelovanje, prenos znanja in trajnost v okviru evropskih mrež.

METODE

- Sistematični pregled literature o kazalnikih paliativne oskrbe.
- Razvoj anket in digitalnih orodij za kartiranje obstoječih praks.
- Kvalitativni intervjuji z zdravstvenimi delavci in odločevalci.
- Povezovanje z evropskimi partnerji v mreži JANE2.

PRIČAKOVANI REZULTATI

- Evropski model digitalizirane paliativne oskrbe.
- Standardizirani kazalniki kakovosti in integracije paliativne oskrbe v onkologijo.
- Priporočila za izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev.
- Krepitev mreže JANE2 in dolgoročna trajnost programa oskrbe preživelih bolnikov.

JANE 2 povezuje strokovnjake, bolnike in skupnosti v skupnem cilju, to je boljše življenje po raku.

Obposteljna Ultrasonografija v družinski medicini OPUS-dm



Kaj je obposteljni ultrazvok?

- Je del kliničnega pregleda.
- Ponudi odgovor na jasno zastavljeno klinično vprašanje.
- Uporaben je za določen nabor indikacij.
- Izvede ga zdravnik, ki zdravi pacienta.
- Izvede ga tam, kjer je pacient,
- Ne nadomesti sistematičnega ultrazvočnega pregleda.

V Sloveniji uporablja OPUS 15-20% družinskih zdravnikov

OPUS je v Sloveniji doživel razmah po letu 2020, ko je podjetje Krka družinskim zdravnikom doniralo 82 žepnih aparatov s tablico. Za prejemnike aparatov in druge uporabnike OPUSa je Združenje zdravnikov družinske medicine izvedlo program izobraževanja za uporabnike OPUSa v družinski medicini – začetni, nadaljevalni in obnovitveni tečaj.



Modul OPUS za specializante družinske medicine

- Od leta 2025
- Indikacije: retenca urina, anevrizma aorte, plevralni izliv, ascites, žolčni kamni, hidronefroza, globoka venska tromboza, izliv v kolenu
- Indikacije usklajene z evropskim kurikulumom za učenje obposteljnega ultrazvoka
- Izziv: ultrazvočni aparati za specializante



Raziskovanje in mednarodno sodelovanje

Na Katedri za družinsko medicino UL MF raziskujemo nove indikacije za uporabo OPUS v družinski medicini, npr.:

- OPUS pri vodenju srčnega popuščanja,
- OPUS pri presejanju anevrizme abdominalne aorte,
- OPUS pri obravnavi hiperlipidemije,
- OPUS pri ugotavljanju sarkopenije,
- OPUS pri okužbah dihal.

Zaenkrat smo edina država v Evropi, ki je pouk OPUSa uvedla na vseh stopnjah izobraževanja družinskih zdravnikov: v dodiplomskem pouku, med specializacijo in za specialiste družinske medicine. Smo soustvarjalci evropskih smernic in priporočil.

Z obposteljnimi ultrazvokom »delamo boljšo medicino«, kar je dobro za bolnika in motivirajoče za zdravnika.



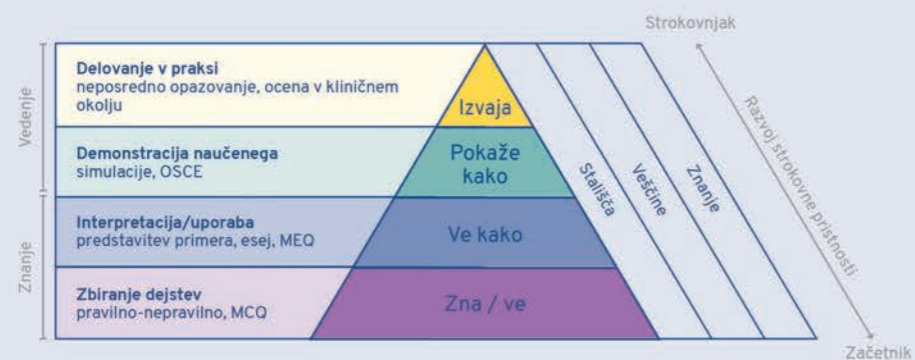
Digitalne inovacije kot spodbuda za razvoj kliničnih veščin: projekt DOMINOS 2

CILJI PROJEKTA:

- Ustvariti digitalno okolje za trening in izvedbo OSCE postaj
- Knjižnica online OSCE postaj (načrti, scenariji, ocenjevalne tabele, 3D interaktivni modeli)
- Knjižnica učnih iger za trening veščin
- Podpora uporabnikom (priročniki za uporabo OSCE postaj za učitelje in študente, poraba platforme, izdelava OSCE, izdelava evaluacije, priprava OSCE izpita)
- Izdelava internetnih tečajev na MOOC platformi (Massive Open Online Course)

Kaj so OSCE postaje?

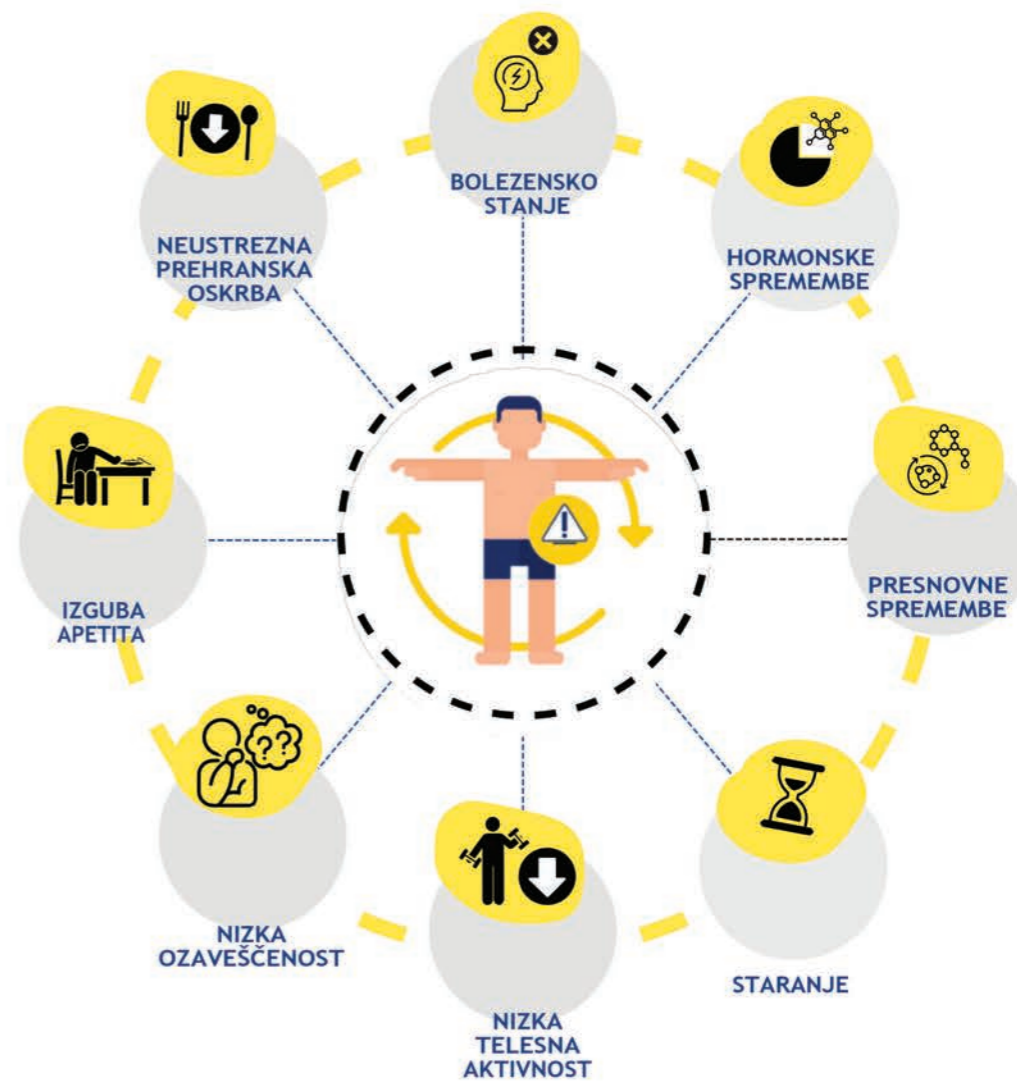
- O** Objective - objektivni
- S** Structured - strukturiran
- C** Clinical - klinični
- E** Examination - pregled



KLINIČNA PREHRANA (angl. *clinical nutrition*) je medicinska stroka, ki se ukvarja s preprečevanjem, diagnosticiranjem in obravnavo prehranskih ter presnovnih stanj, ki so povezana z akutnimi in kroničnimi boleznimi ali s pomanjkanjem ali prebitkom energije in/ali posameznih hranil. Ukvarja se s prehranjenostjo in presnovnimi značilnostmi ter zahtevami tako zdravega kot bolnega posameznika. Ukrep klinične prehrane je vsak strokovno osnovan prehranski ukrep, ki je prilagojen posameznikovim potrebam in ciljem - na osnovi zdravstvene obravnave.

NE SAMO DEBELOST, TUDI PODHRANJENOST JE PROBLEM DANAŠNJEGA ČASA. ŽAL PREPOGOSTO SPREGLEDANO STANJE !

PODHRANJENOST OB BOLEZNI JE VEČFAKTORSKA



PODHRANJENOSTI 25. MALNUTRITION AWARENESS WEEK

IZVEJ VEC INFORMACIJ



Concor®

Concor® COR

Istega izvora Različna vrednost¹ Drugačen zaviralec receptorjev beta¹

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA:

Concor COR 1,25 mg/ 2,5 mg/5 mg/ 7,5 mg/ 10 mg filmsko obložene tablete

Sestava: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 1,25 mg/ 2,5 mg/ 5 mg/ 7,5 mg/ 10 mg bisoprololijevga fumarata in pomožne snovi. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje stabilnega kroničnega srčnega popuščanja z zmanjšano sistolično funkcijo ventriklov. **Odmerjanje in način uporabe:** Bolniki naj bi bili stabilni (brez akutnega srčnega popuščanja), ko uvedemo terapijo z bisoprololijevim fumaratom. Predlagani začetni odmerek je 1,25 mg bisoprololijevga fumarata enkrat na dan. Če bolnik to dobro prenaša, odmerek povečajte na 2,5 mg, 3,75 mg, 5 mg, 7,5 mg in 10 mg enkrat na dan, v intervalu dveh ali več tednov. Največji priporočeni odmerek je 10 mg enkrat na dan. Tablete bisoprololijevga fumarata naj bolniki jemljejo zjutraj, lahko skupaj s hrano. Pogoltnite jih s tekočino, ne smejo pa jih žvečiti. **Pediatrična populacija:** Ni izkušenj z uporabo bisoprololijevga fumarata v pediatriji, zato njegove uporabe ni mogoče priporočati pri otrocih. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. Bisoprolol je kontraindiciran pri bolnikih, ki imajo: akutno srčno popuščanje ali v času epizod dekompenzacije srčnega popuščanja, ko je potrebno zdravljenje z i.v. inotropnimi zdravili, kardiogeni šok, AV blok druge ali tretje stopnje (brez srčnega spodbujevalnika), bolezen sinusnega vozla, sinoatrialni blok, simptomatsko bradikardijo, simptomatsko hipotenzijo, hudo bronhialno astmo, hude oblike periferne arterijske okluzivne bolezni ali hude oblike Raynaudovega sindroma, nezdravljen feokromocitom, metabolno acidozo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Bisoprolol morate uporabljati previdno pri sladkorni bolezni z velikimi nihanjem vrednosti glukoze v krvi, strogem postu, sočasnim desenzibilizacijskem zdravljenju, AV bloku prve stopnje, Prinzmetalovi angini, poročali so o primerih koronarnega vazospazma. Kljub visoki beta 1 selektivnosti, ni možno povsem izključiti napade angine pectoris, kadar se bisoprolol daje bolnikom s Prinzmetalovo angino; periferni arterijski okluzivni bolezni. Anesteziolog mora upoštevati blokado beta adrenergičnih receptorjev. Pri bolnikih z obstruktivnimi boleznimi pljuč je treba zdravljenje z bisoprololom začeti z najmanjšim možnim odmerkom in jih skrbno spremljati, če se pri njih pojavijo novi simptomi (npr. dispneja, nezmožnost telovadbe, kašelj). Pri bronhialni astmi ali drugih kroničnih obstruktivnih pljučnih boleznih, ki lahko povzročijo simptome, je priporočljivo bolniku hkrati predpisati tudi bronhodilatatorje. Bolnikom s psoriazo ali psoriazo v anamnezi smete dajati antagonist beta adrenergičnih receptorjev (npr. bisoprolol), šele po skrbnem pretehtanju koristi in tveganj uporabe tega zdravila. Pri bolnikih s feokromocitomom se lahko bisoprolol uporablja šele po predhodni blokadi receptorjev alfa. Zdravljenje z bisoprololom lahko prikrije simptome tirotskikoze. **Interakcije:** Kombinacije, ki niso priporočljive: Kalcijevi antagonisti-verapamilskega tipa in v manjši meri tudi diltiazepamskega tipa, antiaritmiki 1. skupine, antihipertenzivi, ki delujejo na osrednje živčevje. **Kombinacije, ki jih je treba uporabljati previdno:** Kalcijevi antagonisti dihidropiridinskega tipa, antiaritmiki razreda III, topikalni antagonisti beta adrenergičnih receptorjev (npr. kapljice za oko za zdravljenje glavkoma), parasimpatomimetiki, inzulin in peroralni antidiabetiki, anestetiki, digitalisovi glikozidi, nesteroidni antirevmatiki (NSAR), beta-simpatomimetiki, simpatomimetiki. Sočasna uporaba z antihipertenzivi in tudi z drugimi zdravili, ki lahko znižajo krvni tlak lahko poveča tveganje za hipotenzijo. **Neželeni učinki:** Omotica, glavobol, bradikardija, poslabšanje obstoječega srčnega popuščanja, občutek hladnosti ali odrevenelosti udov, hipotenzija, gastrointestinalne težave, astenija, utrujenost. **Pakiranje:** Concor COR 1,25 mg: škatla z 20 filmsko obloženimi tabletami, Concor COR 2,5 mg/ 5 mg/ 7,5 mg/ 10 mg: škatla s 30 filmsko obloženimi tabletami. **Način in režim izdaje zdravila:** Rp-Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom:** Merck d.o.o., Letališka cesta 29c, Ljubljana. **Datum zadnje revizije besedila:** november 2020

Concor 5 mg/ 10 mg filmsko obložene tablete

Sestava: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 5 mg / 10 mg bisoprololijevga fumarata in pomožne snovi. **Terapevtske indikacije:** Zdravljenje hipertenzije in koronarne srčne bolezni (angine pectoris). **Odmerjanje in način uporabe:** Odrasli: Za zdravljenje obeh indikacij je odmerek 5 mg bisoprololijevga fumarata enkrat na dan. Če je potrebno, odmerek lahko zvečamo na 10 mg bisoprololijevga fumarata enkrat na dan. Maksimalni priporočen odmerek bisoprololijevga fumarata je 20 mg na dan. V vseh primerih je potrebno odmerek prilagoditi individualno, zlasti glede na srčno frekvenco in uspeh zdravljenja. **Pediatrična populacija:** Ker ni izkušenj pri zdravljenju otrok z bisoprololijevim fumaratom, njegova uporaba pri otrocih ni priporočljiva. Zdravilo Concor jemljemo zjutraj, z ali brez hrane. Tablete pogoltnemo s tekočino, ne smejo jih žvečiti. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov. Bisoprolol je kontraindiciran pri bolnikih z akutnim srčnim popuščanjem ali v času epizod dekompenzacije srčnega popuščanja, ko je potrebno zdravljenje z i.v. inotropnimi zdravili, kardiogenim šokom, atrioventrikularnim blokom druge ali tretje stopnje (brez srčnega spodbujevalnika), boleznijo sinusnega vozla, sinoatrialnim blokom, simptomatsko bradikardijo, simptomatsko hipotenzijo, hudo bronhialno astmo, hudo obliko periferne arterijske okluzivne bolezni ali hudo obliko Raynaudovega sindroma, nezdravljenim feokromocitomom, metabolno acidozo. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Zlasti pri bolnikih z ishemično srčno boleznijo zdravljenja z bisoprololom ne smemo prekiniti naenkrat, razen če to ni nujno potrebno, saj lahko to povzroči prehodno poslabšanje srčne bolezni. Bisoprolol moramo uporabljati previdno pri bolnikih, ki imajo povišan krvni tlak ali angino pectoris ter sočasno popuščanje srca, pri sladkorni bolezni z velikimi nihanjem vrednosti glukoze v krvi, strogem postu, sočasnim desenzibilizacijskem zdravljenju, atrioventrikularnem bloku prve stopnje, Prinzmetalovi angini: poročali so o primerih koronarnega vazospazma. Kljub visoki beta 1 selektivnosti, ni možno povsem izključiti napade angine pectoris, kadar se bisoprolol daje bolnikom s Prinzmetalovo angino; periferni arterijski okluzivni bolezni. Bolnikom s psoriazo ali psoriazo v anamnezi lahko dajemo antagonist beta adrenergičnih receptorjev (npr. bisoprolol) šele po skrbnem pretehtanju koristi in tveganj uporabe tega zdravila. Zdravljenje z bisoprololom lahko prikrije simptome tirotskikoze. Bolniki s feokromocitomom lahko jemljejo bisoprolol šele po predhodni uporabi antagonistov alfa adrenergičnih receptorjev. Pri bolnikih v splošni anesteziji zavirajo beta adrenergičnih receptorjev zmanjšujejo incidenco aritmij in ishemijske miokarda med uvajanjem anestezije ter ob intubaciji, pa tudi v pooperativnem obdobju. Trenutno priporočajo, da v pooperativnem obdobju vzdržujete blokado beta adrenergičnih receptorjev. Anesteziolog mora upoštevati blokado beta adrenergičnih receptorjev zaradi nevarnosti medsebojnega delovanja z drugimi zdravili. Če menite, da je treba pred kirurškim posegom ukiniti terapijo z antagonisti beta adrenergičnih receptorjev, morate to storiti postopoma in postopek ukinitja zdravila zaključiti približno 48 ur pred anestezijo. Pri bolnikih z obstruktivnimi boleznimi pljuč je treba zdravljenje z bisoprololom začeti z najmanjšim možnim odmerkom in jih skrbno spremljati, če se pri njih pojavijo novi simptomi (npr. dispneja, nezmožnost telovadbe, kašelj). Pri bronhialni astmi ali drugih kroničnih obstruktivnih boleznih pljuč, z izraženo simptomatiko, je potrebno sočasno dajati bronhodilatatorje. **Interakcije:** Kombinacije, ki niso priporočljive: Kalcijevi antagonisti verapamilskega tipa, antiaritmiki razreda III, topikalni antagonisti beta adrenergičnih receptorjev (npr. kapljice za oči za zdravljenje glavkoma), lahko prispevajo k sistemskim učinkom bisoprolola, inzulin in peroralni antidiabetiki, anestetiki, digitalisovi glikozidi, nesteroidna protivnetna zdravila (NSAID), beta-simpatomimetiki, simpatomimetiki, ki delujejo na adrenergične receptorje beta in alfa. Sočasna uporaba z antihipertenzivi, kot tudi z drugimi zdravili, ki potencialno znižujejo krvni tlak, lahko poveča tveganje za hipotenzijo. **Neželeni učinki:** Vrtoglavica, glavobol, gastrointestinalne težave, utrujenost, občutek hladnosti ali odrevenelosti udov. **Pakiranje:** Škatla s 30 tabletami. **Način in režim izdaje zdravila:** Rp-Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Imetnik dovoljenja za promet:** Merck d.o.o., Letališka cesta 29c, Ljubljana. **Datum zadnje revizije besedila:** november 2020

Samo za strokovno javnost.

Pred predpisovanjem zdravila natančno preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila. O domnevnem neželenem učinku lahko poročate neposredno nacionalnemu centru za farmakovigilanco, na način, kot je objavljeno na spletni strani www.jazmp.si ali na drug.safety.easterneurope@merckgroup.com.

Podrobnejše informacije so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom: Merck d.o.o., Letališka cesta 29c, Ljubljana, tel.: 01 5603 810; faks: 01 5603 830; e-pošta: info@merck.si

1. Smith and Teitler. Cardiovasc Drugs Ther. 1999 Apr;13(2):123-6. SI-CONCO-00037; 10/2022

Farmacevt na katedri za družinsko medicino: svež pogled na področje

Črt Krebs

Sem Črt Krebs in sem zaposlen kot mladi raziskovalec na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Sem najmlajši in hkrati najnovejši član katedre. Po osnovni izobrazbi sem magister farmacije, kar pomeni, da prihajam na katedro z drugačnim strokovnim ozadjem. Prav moje drugačno ozadje mi omogoča reševanje problemov z drugega zornega kota, kar deluje komplementarno in vodi do novih, svežih idej, predvsem pa inovativnih rešitev.

Zaposlitev na katedri se je izkazala za idealno izbiro, saj združuje raziskovalno in pedagoško delo, hkrati pa mi omogoča, da ostajam v stiku z najnovejšimi kliničnimi in znanstvenimi dognanji na področju. S svojim strokovnim znanjem dopolnjujem kolege tako na področju kliničnih problematik kot v raziskovalnem delu. Moje trenutno raziskovalno delo se osredotoča na raziskovanje vzorcev multimorbidnosti. Rezultati raziskave obetajo boljše razumevanje

29. Schrottovi dnevi Ljubljana, Cankarjev dom - Linhartova dvorana

20. in 21. marec 2026

Mateja Kokalj Kokot

Schrottovi dnevi tudi letos prinašajo aktualne vsebine, s katerimi se zdravniki družinske medicine srečujemo v vsakodnevni praksi. V ospredju bodo zgodnje odkrivanje

multimorbidnih vzorcev in posledično multi-morbidnih pacientov, ki zahtevajo kompleksno in celostno obravnavo.

V prostem času se predvsem ukvarjam s športom. Ker prihajam z osrčja Pohorja, sem že od nekdaj rad v naravi in rad obiskujem gore. Poleg tega pogosto kolesarim, tečem in redno obiskujem fitnes. Veliko veselje mi predstavlja kuhanje. Tako se rad lotevam klasičnih jedi kakor tudi novodobne kuhinje.



raka, aktivno vodenje kroničnih bolezni, nevrološka stanja v ambulanti družinskega zdravnika ter varna in racionalna farmakoterapija. Poseben poudarek bo namenjen razširjeni vlogi družinskega zdravnika kot ključnega povezovalca v zdravstvenem sistemu.

Dogodek ponuja pregled sodobnih strokovnih usmeritev, praktičnih kliničnih dilem in sodelovanja med ravnimi zdravstvene oskrbe. Namenjen je zdravnikom, ki želijo svoje delo v ambulanti podpreti z aktualnim znanjem in izkušnjami iz prakse.

Vabljeni na največje strokovno srečanje Združenja zdravnikov družinske medicine.

Veslimo se srečanja v Cankarjevem domu. Vabljeni.

MERCK

Srečanje kateder za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani in Zagrebu

Mateja Kokalj Kokot

V torek, 16. decembra 2025, je na Školi narodnog zdravlja »Andrija Štampar« Univerze v Zagrebu potekalo ponovno skupno srečanje Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Katedre za obiteljsku medicinu Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu. Srečanje se je zgodilo po večletnem premoru zaradi epidemije covida in potresa v Zagrebu. Gostitelji so nas sprejeli v nedavno prenovljeni stavbi na Rockefellerjevi ulici, ki danes nudi sodobno in funkcionalno okolje za pedagoško ter strokovno delo.

Ljubljansko delegacijo je sestavljalo nekaj več kot dvajset udeležencev, približno polovica je bila študentov. Program je bil zasnovan kot izmenjava pedagoških, raziskovalnih in študentskih vsebin.

V imenu ljubljanske katedre je doc. dr. Vesna Homar predstavila izkušnje z uvajanjem ultrazvočne diagnostike ob bolniku (POCUS), doc. dr. Milena Blaž Kovač vlogo klinične prehrane v družinski medicini, Klara Gačnik pa raziskavo o odnosu študentov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani do ruralne medicine.

Zagrebski kolegi so predstavili aktualne raziskovalne in študentske vsebine. Prof. dr. sc. Zlata Ožvačić Adžić je predstavila rezultate večdržavne evropske raziskave PRICOV-19 o kulturi varnosti in vlogi učnih ambulant



Predstavitve dela ljubljanske Katedre za družinsko medicino.



družinske medicine v času pandemije covida, sledili pa sta dve študentski predstavitvi – o izkušnji študija medicine med pandemijo in po potresu ter o študentski odpravi v Himalajo.

Srečanje je znova potrdilo dobro in kontinuirano sodelovanje med obema katedrama, tudi v pedagoškem procesu, saj zagrebski učitelji pri predmetu Primarno zdravstveno varstvo redno vodijo plenarne seminarje za študente 6. letnika v Ljubljani.

Po strokovnem delu je sledilo skupno kosilo v pokritem notranjem atriju fakultete in sprehod po adventno okrašenem središču Zagreba. Srečanje je poudarilo pomen osebnih stikov in mednarodnega sodelovanja ter predstavljalo dobro izhodišče za nadaljnje skupne dejavnosti na področju akademske in raziskovalne družinske medicine.



Udeleženci srečanja kateder.



Srečno in uspešno novo leto 2026
Vam želi uredništvo časopisa Družinska medicina.

Obisk Tadžikistana: krepitev izobraževanja družinske medicine

Zalika Klemenc Ketiš

V začetku novembra 2025 sem na povabilo Svetovne zdravstvene organizacije izvedla strokovni pregled sistema izobraževanja iz družinske medicine v Tadžikistanu. Primarni cilj obiska je bil oceniti kakovost in ustreznost obstoječih izobraževalnih programov ter oblikovati strokovne predloge za posodobitev specializacije, skladno s sodobnimi evropskimi in globalnimi standardi.

Metodologija in potek dela

V okviru intenzivnega tedenskega obiska sem opravila:

- pregled nacionalnih učnih načrtov in strateških dokumentov,
- terenske obiske izobraževalnih centrov in univerzitetnih ustanov,
- strukturirane intervjuje z učitelji, mentorji, specializanti, diplomiranimi medicinskimi sestrami, vodstvi zdravstvenih domov ter predstavniki ministrstva.

Analiza je omogočila celosten vpogled v organizacijo specializacije, kadrovske kapacitete, razpoložljivo infrastrukturo ter raven integracije sodobnih pedagoških pristopov.

Ključne ugotovitve

Tadžikistan v zadnjih letih sistematično krepí primarno zdravstveno varstvo in v ospredje postavlja družinsko medicino. Kljub napredku pa izobraževalni sistem ostaja obremenjen z izzivi, med katerimi najbolj izstopajo:

- pomanjkanje usposobljenih učiteljev in mentorjev,
- prekratko trajanje specializacije,
- nezadostna vključenost kompetenc s področja vodenja, kakovosti in varnosti,
- omejene možnosti za praktično učenje v ambulantnem okolju,
- izzivi, povezani z razpršeno in ruralno geografijo ter omejenimi viri na primarni ravni.

Opazna pa je izjemno visoka motiviranost zdravstvenih delavcev in vodstva za razvoj sodobnega, kompetenčno naravnega sistema usposabljanja.

Priporočila za reformo izobraževalnega sistema

Na podlagi izvedene analize so bila oblikovana naslednja strokovna priporočila:

1. Podaljšanje specializacije na najmanj tri leta, s posebno težo na ambulantnem delu, kroženju v bolnišnicah in sistematičnem mentorstvu.
2. Ponovna uvedba programa *train-the-trainers* kot ključnega mehanizma za vzpostavitev stabilne mreže kakovostnih učiteljev in mentorjev.
3. Vzpostavitev nacionalnega sistema zagotavljanja kakovosti, ki vključuje portfelje, oceno na osnovi delovnega mesta (ang. WBA), strukturirano mentorsko spremljanje in redno akreditacijo programov.
4. Implementacija jasnega kompetenčnega okvira, ki poleg kliničnih znanj vključuje tudi organizacijske, vodstvene, komunikacijske in varnostne kompetence.
5. Razvoj sistema stalnega strokovnega izpopolnjevanja (CME), zasnovanega na kreditnih točkah in usklajenega z evropsko prakso.

Sklepne ugotovitve

Tadžikistan se kljub omejenim virom jasno usmerja v krepitev primarnega zdravstva. Izvedena analiza in oblikovana priporočila bodo predstavljala podlago za načrtovano reformo izobraževanja v obdobju 2026–2030. Posebej pomembno je, da lokalni deležniki izkazujejo visoko stopnjo pripravljenosti za spremembe, kar predstavlja izjemno priložnost za razvoj sodobnega, kompetenčno zasnovanega sistema družinske medicine.

Obisk je bil zelo dobro sprejet, sodelovanje pa izjemno konstruktivno. Veseli me, da so lahko tudi izkušnje iz našega okolja prispevale k oblikovanju vizije razvoja družinske medicine v državi, ki se sooča s številnimi demografskimi in sistemskimi izzivi.



Obisk zdravstvenega doma v mestu Khujand.

Katedra za družinsko medicino
Združenje zdravnikov družinske medicine
Zavod za razvoj družinske medicine

organizirajo

29. SCHROTTOVE DNI

Novosti v zdravljenju

20. – 21. marec 2026
Cankarjev dom – Linhartova dvorana

VLOGA DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

hibridna oskrba • OPUS • sodelovanje ravni • koordinacija bolnika

ZGODNJE ODKRIVANJE RAKA

presejalni programi • HPV-povezani raki • imunoterapija • spremljanje po zdravljenju

AKTIVNO VODENJE KRONIČNIH BOLEZNI

dislipidemije • ateroskleroza • sladkorna bolezen • debelost • osteoporoza

NEVROLOŠKE BOLEZNI

Alzheimerjeva bolezen • ALS • redke nevrodegenerativne bolezni • migrena

VARNA FARMAKOTERAPIJA

NOAKi • uroinfekti • farmakoterapijski pregledi • podpora odločanju



tehnični soorganizator Cankarjev dom



Močni smo.
To je v naši krvi.

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA
Xabogard 50 mg/ml disperzija za injiciranje/infundiranje

SESTAVA: En ml disperzije vsebuje 50 mg železa (v obliki kompleksa železa (III) s karboksimaltozo). Ena 10/20-mililitrska viala vsebuje 500 mg/1.000 mg železa (v obliki kompleksa železa (III) s karboksimaltozo). **Pomožna snov z znanim učinkom:** En ml disperzije vsebuje do 5,9 mg (0,26 mmol) natrija, glejte poglavje 4.4 SmPC. Za celoten seznam pomožnih snovi, glejte poglavje 6.1 SmPC. **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravilo Xabogard je indicirano za zdravljenje bolnikov s pomanjkanjem železa, kadar peroralni pripravki železa niso učinkoviti, peroralnih pripravkov železa ni mogoče uporabiti ali obstaja klinična potreba po hitrem vnosu železa. Diagnoza pomanjkanja železa mora temeljiti na izvidih laboratorijskih testov. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Med in po vsakem injiciranju zdravila Xabogard bolnike pazljivo spremljajte glede pojave znakov in simptomov preobčutljivostnih reakcij. Zdravilo Xabogard se lahko uporablja le, če je takoj na voljo osebe, ki je usposobljeno za prepoznavanje anafilaktičnih reakcij in zna ustrezno ukrepati v okolju, kjer je zagotovljena vsa oprema za oživiljanje. Po vsaki aplikaciji zdravila Xabogard je treba bolnika opazovati vsaj 30 minut, zaradi morebitnega pojava neželenih učinkov. Zdravilo Xabogard se odmerja postopoma: **1. korak: določanje potrebe po železu:** Individualno potrebo po dopolnitvi zaloga železa z uporabo zdravila Xabogard določimo na podlagi bolnikove telesne mase in koncentracije hemoglobina (Hb). Za dopolnitev celokupne potrebe po železu bosta potrebna 2 odmerka.

Hb		Bolnikova telesna masa		
g/l	mmol/l	pod 35 kg	35 kg do < 70 kg	70 kg in več
< 100	< 6,2	30 mg/kg telesne mase	1.500 mg	2.000 mg
100 do < 140	6,2 do < 8,7	15 mg/kg telesne mase	1.000 mg	1.500 mg
≥ 140	≥ 8,7	15 mg/kg telesne mase	500 mg	500 mg

2. korak: izračun in aplikacija največjega individualnega odmerka (odmerkov) železa: Na podlagi celokupne potrebe po železu, se ustrezen odmerek (odmerki) zdravila Xabogard uporabljajo z upoštevanjem sledečega. **Odrasli in mladostniki, starejši od 14 let:** Enkratni odmerek zdravila Xabogard ne sme preseči 15 mg železa/kg telesne mase (za intravensko injiciranje) ali 20 mg železa/kg telesne mase (za intravensko infundiranje) ali 1.000 mg železa (20 ml zdravila Xabogard). Največji priporočeni kumulativni odmerki zdravila Xabogard je 1.000 mg železa (20 ml zdravila Xabogard) na teden. Če je celokupna potreba po železu večja, mora pred aplikacijo dodatnega odmerka miniti vsaj 7 dni od prvega odmerka. **Otroci in mladostniki, stari od 1 do 13 let:** Enkratni odmerki zdravila Xabogard ne sme preseči: 15 mg železa/kg telesne mase ali 750 mg železa (15 ml zdravila Xabogard). Največji priporočeni kumulativni odmerki zdravila Xabogard je 750 mg železa (15 ml zdravila Xabogard) na teden. Če je celokupna potreba po železu večja, mora pred aplikacijo dodatnega odmerka miniti vsaj 7 dni od prvega odmerka. **3. korak: ocena po zapolnitvi zaloga železa:** Ponovno očno mora opraviti zdravnik na podlagi stanja posameznega bolnika. Koncentracija hemoglobina (Hb) se lahko ponovno oceni šele po 4 tednih od zadnje aplikacije zdravila Xabogard, da se zagotovi dovolj časa za eritropoezo in izrabo železa. Če ima bolnik še vedno potrebo po dopolnitvi zaloga železa, je treba te potrebe znova izračunati (glejte 1. korak). **Posebna populacija - otroci, mlajši od 1 leta:** Pri otrocih, mlajših od 1 leta, uporaba zdravila Xabogard ni priporočljiva. **Bolniki s kronično ledvično boleznijo, ki se zdravijo s hemodializo:** Pri odraslih bolnikih in mladostnikih, starejših od 14 let, s kronično ledvično boleznijo, ki se zdravijo s hemodializo, enkratnega največjega dnevnega odmerka 200 mg železa ni dovoljeno preseči. Pri otrocih, starih od 1 do 13 let, s kronično ledvično boleznijo, ki se zdravijo s hemodializo, uporaba zdravila Xabogard ni priporočljiva. **Način uporabe:** Zdravilo Xabogard se sme aplicirati samo po intravenski poti: z injekcijo ali z infuzijo ali med hemodializo, ko apliciramo nerazredčeno zdravilo neposredno v venski krak dializatorja. Zdravila Xabogard ni dovoljeno aplicirati subkutano ali intramuskularno. **Intravenska injekcija:** Zdravilo Xabogard se lahko aplicira v obliki nerazredčene disperzije z intravensko injekcijo. Pri odraslih in mladostnikih, starejših od 14 let, je največji enkratni odmerek 15 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 1.000 mg železa. Pri otrocih, starih od 1 do 13 let, je največji enkratni odmerek 15 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 750 mg železa. Čas aplikacije je prikazan v preglednici 2:

Potrebni volumen zdravila Xabogard	Enakovredni odmerek železa	Čas aplikacije / najkrajši čas aplikacije zdravila
2 do 4 ml	100 do 200 mg	Najkrajši čas ni določen.
> 4 do 10 ml	> 200 do 500 mg	100 mg železa/min
> 10 do 20 ml	> 500 do 1.000 mg	15 minut

Intravenska infuzija: Zdravilo Xabogard se lahko aplicira v obliki intravenske infuzije; v tem primeru mora biti razredčeno. Pri odraslih in mladostnikih, starejših od 14 let, je največji enkratni odmerek 20 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 1.000 mg železa. Pri otrocih, starih od 1 do 13 let, je največji enkratni odmerek 15 mg železa/kg telesne mase, vendar ne sme preseči 750 mg železa. Čas aplikacije je prikazan v preglednici 2:

preseči 750 mg železa. Za infuzijo se sme zdravilo Xabogard razredčiti le s sterilno 0,9 % (m/v) raztopino natrijevega klorida, kot je prikazano v preglednici 3. **Opozorilo:** razredčitve zdravila Xabogard do koncentracij, manjših od 2 mg železa/ml, zaradi spremembe stabilnosti niso dovoljene (kar ne vključuje volumna disperzije kompleksa železa (III) s karboksimaltozo).

Potrebni volumen zdravila Xabogard	Enakovredni odmerek železa	Največji volumen sterilne 0,9 % (m/v) raztopine natrijevega klorida	Najkrajši čas aplikacije zdravila
2 do 4 ml	100 do 200 mg	50 ml	Najkrajši čas ni določen.
> 4 do 10 ml	> 200 do 500 mg	100 ml	6 minut
> 10 do 20 ml	> 500 do 1.000 mg	250 ml	15 minut

KONTRAINDIKACIJE: Preobčutljivost na učinkovino, zdravilo Xabogard ali katero koli pomožno snov, znana huda preobčutljivost na druga parenteralna zdravila, ki vsebujejo železo, anemije, ki jih ne pripisujemo pomanjkanju železa, npr. druge mikrocitne anemije in znaki preobremenitve z železom ali motene izrabe železa. **POSEBNA OPOZORILA IN PREVIDNOSTNI UKREPI:** Parenteralno dana zdravila, ki vsebujejo železo, lahko povzročijo preobčutljivostne reakcije, vključno s hudimi anafilaktičnimi reakcijami, ki so lahko smrtno ali napredujejo do Kounisovega sindroma (akutnega alergijskega koronarnega arteriospazma, ki lahko privede do miokardnega infarkta). Če se med injiciranjem pojavijo preobčutljivostne reakcije ali znaki intolerance, je potrebno z zdravljenjem takoj prenehati. Na voljo mora biti oprema za kardiopulmonalno oživiljanje in ravnanje z akutnimi anafilaktičnimi reakcijami, vključno z injekcijo raztopine adrenalina v razmerju 1:1.000. Po potrebi je treba izvesti dodatno zdravljenje z antihistaminiki in/ali kortikosteroidi. O simptomatski hipofosfatemiji, ki vodi do osteomalacije in zlomov, ki zahtevajo klinično intervencijo, vključno z operativnim posegom, so poročali po začetku trženja zdravila. Bolnikom je treba svetovati, naj poiščejo zdravniško pomoč, če opazijo vse večje utrujenost z mialgijami ali z bolečinami v kosteh. Pri bolnikih, ki prejemajo večkratne velike odmerke, ali pri dolgotrajnem zdravljenju in pri bolnikih z obstoječimi dejavniki tveganja za hipofosfatemijo, je potrebno spremljati koncentracijo fosfatov v serumu. Pri bolnikih z motenim delovanjem jeter smemo parenteralno železo dati le po skrbni oceni razmerja med tveganjem in koristjo. Parenteralni uporabi železa se je potrebno pri bolnikih z motenim delovanjem jeter, pri katerem je sprožili dejavniki preobremenitev z železom, izogibati, posebej pri *Porphyria Cutanea Tarda* (PCT). Priporoča se skrbno spremljanje statusa železa, da se izognemo preobremenitvi z železom. Parenteralno železo se mora v primeru akutnih ali kroničnih okužb, astme, ekcemov ali atopičnih alergij uporabljati previdno. Pri bolnikih s prisotno bakteriemijo je zdravljenje z zdravilom Xabogard priporočljivo prekiniti. Pri aplikaciji zdravila Xabogard je potrebna previdnost, da se izognemo paravenskemu izlivu zdravila, ki lahko povzroči draženje kože in potencialno dolgotrajno rjavo obarvanje kože na mestu aplikacije. V primeru paravenskega izliva moramo apliciranje zdravila Xabogard nemudoma prekiniti. **MEDSEBOJNO DELOVANJE Z DRUGIMI ZDRAVILI IN DRUGE OBLIKE INTERAKCIJ:** Absorpcija peroralno zaužitega železa se ob sočasnem apliciranju parenteralnih železovih pripravkov zmanjša, zato se peroralno zdravljenje z železom, če je to še potrebno, ne sme pričeti prej, kot vsaj 5 dni po zadnji aplikaciji zdravila Xabogard. **NEŽELENI UČINKI:** Najpogosteje poročajo o slabosti, reakcijah na mestu injiciranja/infundiranja, hipofosfatemiji, glavobolu, zardevanju, omotici in hipertenziji. Reakcije na mestu injiciranja/infundiranja vključujejo več neželenih učinkov, ki so posamezno občasni ali redki. Najresnejši neželeni učinek so anafilaktične reakcije (redke); poročali so o smrtnih izidih. Drugi manj pogosti neželeni učinki so navedeni v SmPC. **Pediatrična populacija:** Varnostni profil za otroke in mladostnike, stare od 1 do 17 let, je primerljiv s profilom pri odraslih. V 7 kliničnih študijah je kompleks železa (III) s karboksimaltozo prejelo 110 pediatričnih bolnikov. O resnih neželenih učinkih niso poročali. Manj resni neželeni učinki, o katerih so poročali, so bili hipofosfatemija, urtikarija, reakcije na mestu injiciranja/infundiranja, bolečine v trebuhu, zardevanje, glavobol, pireksija, povečana aktivnost jetrnih encimov in izpuščaj. **NAČIN IN REŽIM IZDAJE ZDRAVILA:** ZZ - Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept, zdravilo pa se uporablja samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. **OPREMA:** Škatla s 5 vialami z 10 ml disperzije in škatla z 1 vialo z 20 ml disperzije. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET Z ZDRAVILOM:** Sandoz farmacevtska družba d.d., Verovškova ulica 57, 1000 Ljubljana, Slovenija. **DATUM ZADNJE REVIZIJE BESEDILA:** 14.6.2024.

Pred predpisovanjem ali izdajanjem zdravila, prosimo, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila (SmPC), ki je na voljo na www.lek.si/vademekum.

SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST | Informacija pripravljena: november 2024 | SI2411073772
www.lek.si | Lek farmacevtska družba d.d., Verovškova 57, 1526 Ljubljana, Slovenija

SANDOZ | lek

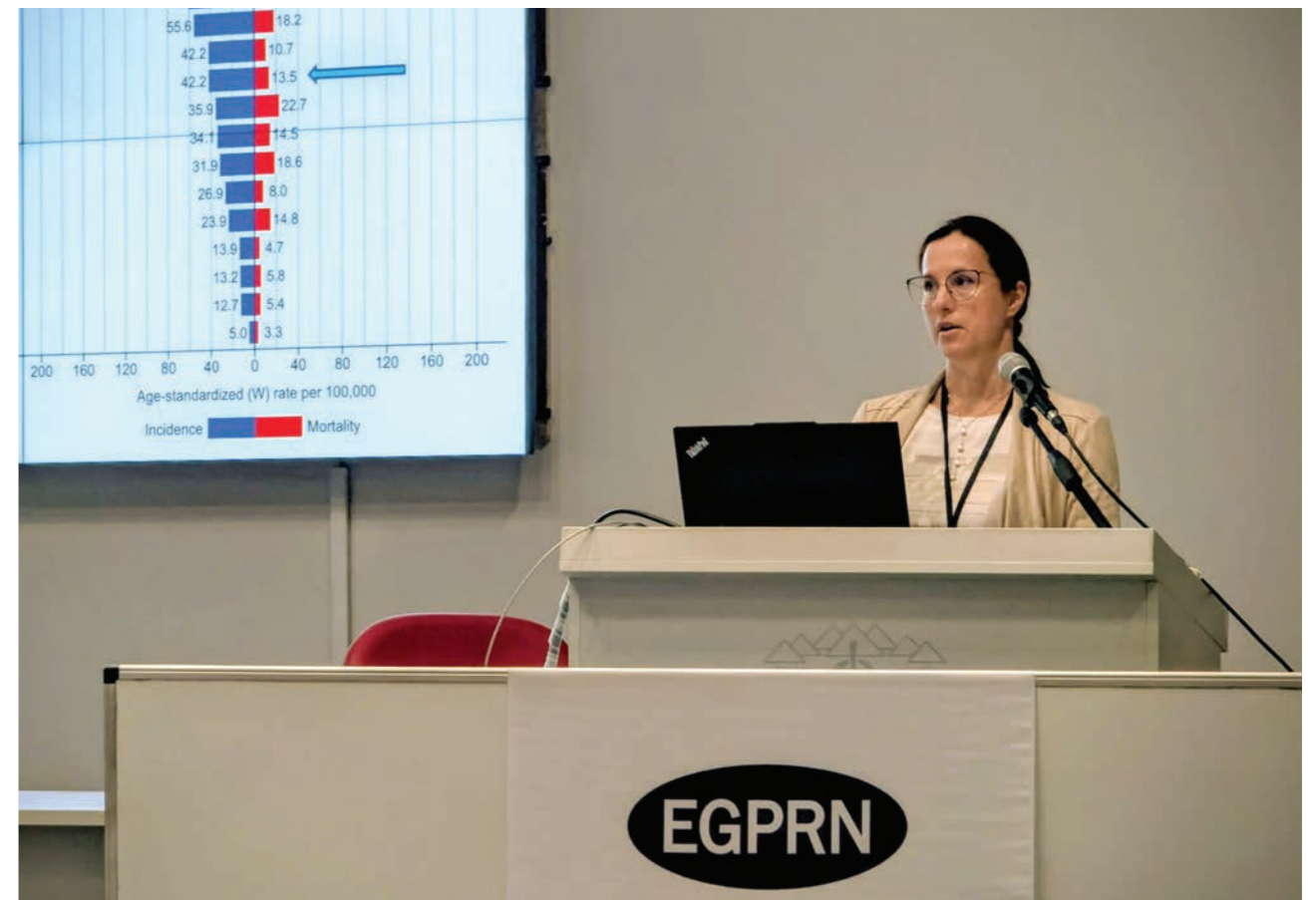
101. srečanje Evropske raziskovalne mreže za splošno in družinsko medicino

Andrej Pangerc

Med 16. in 19. oktobrom 2025 je v bolgarskem Plovdivu potekalo že 101. srečanje Evropske raziskovalne mreže za splošno in družinsko medicino (EGPRN – European General Practice Research Network). Dogodek je združil predstavnike iz triinšdesetih držav, med njimi številne raziskovalce, učitelje in zdravnike, ki delujejo v primarni zdravstveni oskrbi. Tokratno srečanje je bilo posvečeno vprašanju, kako opolnomočiti naslednjo generacijo

družinskih zdravnikov v času hitrih sprememb v zdravstvu in družbi, ter je ponudilo vpogled v izzive in priložnosti, s katerimi se sooča sodobna družinska medicina.

Uvodni plenarni govor je imel prof. dr. Paul Van Royen z Univerze v Antwerpnu, družinski zdravnik, dolgoletni raziskovalec, učitelj in nekdanji dekan tamkajšnje medicinske fakultete. Njegovo predavanje z naslovom Primarno zdravstveno varstvo na je odprlo široko razpravo o prihodnosti naše stroke. Van Royen je poudaril, da primarno zdravstvo ne more delovati v izolaciji, saj je neločljivo povezano s širšim družbenim kontekstom. Demografske spremembe, podnebna kriza, pandemije, ekonomske negotovosti in migracije vplivajo na strukturo prebivalstva in povečujejo kompleksnost zdravstvenih potreb. Te spremembe prinašajo nove obremenitve, ki lahko vodijo v fragmentacijo zdravstvenega sistema, neučinkovitosti in prekomerno izčrpavanje sredstev, tako človeških kot ekonomskih. Hkrati pa odpirajo tudi prostor za inovacije – predvsem za razvoj in implementacijo novih tehnologij, digitalnih rešitev in modelov sodelovanja med različnimi zdravstvenimi in sorodnimi poklici.



Dr. Mateja Kokalj Kokot na 101. EGPRN srečanju.

Po njegovih besedah bo primarna raven v prihodnje prevzemala vse več nalog, ki so bile nekoč izključno v domeni bolnišničnih specialistov. Družinski zdravniki bodo morali obvladovati širši spekter kliničnih stanj in postopkov, hkrati pa bodo preprostejše naloge vse pogosteje prenašali na druge člane zdravstvenih timov. Takšna preobrazba bo zahtevala temeljite spremembe v organizaciji dela ter večjo prilagodljivost in odzivnost celotnega sistema, pri čemer bosta raziskovanje in izobraževanje igrala osrednjo vlogo. »Raziskovanje in poučevanje morata ostati neločljivo povezana,« je še poudaril Van Royen, »saj brez povezave med dokazovanjem in prenosom znanja ni mogoče zagotavljati kakovostne in trajnostne oskrbe.«

Znanstveni program konference je obsegal številna predavanja, delavnice ter predstavitve že izvedenih in načrtovanih raziskav, osredotočenih na sodobne izzive družinske medicine. Velik poudarek je bil tudi na razvoju raziskovalnih veščin med mladimi zdravniki ter na podpori mednarodnemu sodelovanju in izmenjavi metodoloških pristopov. V razpravah so se ponovno pokazali skupni izzivi, s katerimi se srečujejo številne evropske države – pomanjkanje kadra, povečevanje administrativnih obremenitev in potreba po boljši integraciji zdravstvenih storitev.

Slovenijo sta na raziskovalnem področju zastopali družinski zdravnici dr. Mateja Kokalj Kokot in prof. dr. Davorina Petek. Dr. Kokalj Kokot je predstavila svojo doktorsko dizertacijo z naslovom Analiza zgodnje obravnave bolnikov z rakom prostate v družinski medicini v Sloveniji. V svojem delu je preučevala, kako hitro družinski zdravniki prepoznajo in napotijo bolnike s sumom na raka prostate ter kako dostop do diagnostičnih storitev vpliva na izide zdravljenja.

V raziskavo je bilo vključenih 1431 bolnikov, pri katerih je bil rak prostate diagnosticiran leta 2014. Ključno merilo je bil t. i. interval primarnega nivoja – čas od prvega obiska pri zdravniku do napotitve k urologu.

Mediana trajanja primarnega intervala je znašala štiri dni, kar je primerljivo z mednarodnimi podatki. Statistično značilnih razlik med slovenskimi regijami ni bilo. Pacienti, ki so imeli opravljen pregled PSA, so imeli krajši primarni interval. Dolžina primarnega intervala ni vplivala na petletno preživetje, vendar so imeli bolniki z dostopom do laboratorijskih preiskav v okviru primarne ravni statistično značilno boljše izide. Avtorica je poudarila, da zgodnje odkrivanje raka prostate ni odvisno le od klinične presoje zdravnika, temveč tudi od organizacije dela in dostopnosti diagnostike. Neposreden dostop do laboratorijskih preiskav je bil edini preučevani sistemski dejavnik, ki je bil povezan

z manjšim tveganjem za smrt. Raziskava je razkrila tudi, kako oteženo je raziskovanje v slovenskem primarnem zdravstvu zaradi nepopolne in zapoznele digitalizacije. Predstavitve je spodbudila razprava o vplivu organizacije primarne ravni in bila prepoznana kot pomemben slovenski prispevek k evropskim raziskavam na področju zgodnjega odkrivanja raka prostate.

Raziskava bo s pomočjo vprašalnika preučila razlike v trajanju, strukturi in evalvaciji programov specializacije iz družinske medicine, da bi pomagala pri oblikovanju enotnega evropskega kurikulumu in vzpostavitve skupnega sistema ocenjevanja kompetenc.

Srečanje v Plovdivu je znova potrdilo, da raziskovanje v družinski medicini ostaja temelj za izboljšanje prakse in oblikovanje učinkovitih zdravstvenih politik. EGPRN s svojimi srečanji, raziskovalnimi skupinami in mednarodnimi projekti povezuje rezultate iz različnih držav ter prispeva k skupnemu evropskemu znanju. Takšno sodelovanje krepi znanstveno odličnost in občutek pripadnosti skupnosti, ki si prizadeva za kakovostno, dostopno in pravično primarno zdravstveno oskrbo. Plovdivsko srečanje je hkrati spomnilo, da je družinska medicina hrbtenica zdravstvenih sistemov in dinamično področje, ki se mora nenehno razvijati, raziskovati in prilagajati spremembam. EGPRN tako ostaja prostor, kjer se znanost srečuje s prakso in kjer nastajajo smernice za prihodnost družinske medicine – v Sloveniji in Evropi.

27. Fajdigovi dnevi

Aleksander Stepanović

Fajdigovi dnevi, ki so potekali 17. in 18. oktobra 2025, so tudi letos ponudili širok pregled aktualnih tem s področja družinske medicine, interne medicine, psihiatrije, ginekologije, onkologije, endokrinologije in drugih strok, hkrati pa poudarili pomen multidisciplinarne obravnave, sodelovanja med strokami in sodobnih, k bolniku usmerjenih pristopov.

Prvi tematski sklop, posvečen razumevanju in zdravljenju dispneje, je pod vodstvom Mihaele Strgar Hladnik ponudil pregled ključnih izzivov pri diagnostiki in obravnavi dispneje v družinski medicini. Boštjan Rituper je izpostavil pomembne elemente diferencialne diagnoze, Danica Rotar Pavlič je predstavila praktične pristope k preprečevanju poslabšanj astme, Sabina Škrkat pa sodoben pogled na obravnavo težke astme. Sledilo je satelitsko predavanje Petra Kopača v organizaciji Berlin Chemie, posvečeno pomembnosti zgodnjega in ciljno usmerjenega zdravljenja astme.

Po prvem odmoru se je srečanje nadaljevalo s sklopom o debelosti, ki ga je vodila Nataša Kern. V ospredju so bili kirurški in drugi adjuvantni pristopi k zdravljenju debelosti, ki jih je predstavila Tadeja Pintar, ter dvosmerna povezava med obstruktivno spalno apnejo in debelostjo, o kateri je predavala Kristina Ziherl. Aleksander Stepanović je udeležence izzval z vprašanjem, ali obstaja zdravo hujšanje. Sledili pa sta dve poglobljeni satelitski predstavitvi zdravljenj debelosti z zdraviloma Wegovy in Mounjaro, ki sta ju predstavila Suzana Kert in Andrej Janež. Po razpravi sta v okviru Krkinih satelitskih predavanj Andrej Erhartič in Valentin Sojar izpostavila pomen 24-urnega nadzora krvnega tlaka ter sodobne pristope k obravnavi skritih hemoroidov. Dopoldne se je zaključilo z okusnim samopostrežnim kosilom.

Za počitek po kosilu ni bilo časa, saj je kmalu sledil popoldanski del petkovega strokovnega programa, ki je bil namenjen izzivom celostne dolgotrajne oskrbe. Danica Rotar Pavlič je osvetlila vpliv dolgotrajne oskrbe na prakso družinske medicine, Carmen Rajer pa vprašanje, ali lahko sistem dolgotrajne oskrbe postane realnost. O izzivih patronažne službe pri tem je predavala Staša Rojten. Sledili so prispevki Marka Sajeta o zdravljenju odporne depresije, Andreja Fabjana o zdravlilu Aquipta za preventivo migrene ter Alojza Ihana v inovativnem cepivu za preprečevanje



Burna razprava s predavatelji je potekala po vsakem sklopu.

pnevmokoknih okužb. Po kratkem odmoru se je program preusmeril k presnovnim temam, kjer je Mojca Lunder predstavila obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 ter ponovno vlogo metformina, Luka Lipar pa je v okviru satelitskega predavanja Novartisa izpostavil možnosti dolgotrajnega znižanja LDL-holesterola. Večer se je zaključil z okroglo mizo o bolniškem staležu pod vodstvom Veronike Vežjak in s skupno večerjo, kjer je bilo več časa za sporočeno kramljanje.

Sobotni program je otvoril sklop o tinitusu, sinuzitisu in oralnem zdravju, ki ga je vodila Maja Logar Polajnar. Domen Vozel je predstavil pristope k obravnavi rinitisa in sinusnih boleznih od primarne do terciarne ravni, Manja Hribar je poudarila izzive pri obravnavi tinitusa, Eva Skalerič pa povezave med ustnim in sistemskim zdravjem. Po razpravi je sledil satelitski simpozij v organizaciji podjetja Swixx, v okviru katerega sta Loredana Mrak in Urška Janežič predstavili sodoben multidisciplinaren pristop k diagnostiki, zdravljenju in celostni oskrbi bolnikov z rakom pljuč, tudi s poudarkom na paliativni obravnavi. Program se je nadaljeval s predavanjem Tomaža Kocjana o rahitisih, nato pa z obravnavo krvne slike pri različnih hematoloških stanjih, ki jo je predstavil Matevž Škerget. Matjaž Sever je dodal celosten pregled pristopov k pomanjkanju železa.

Zaključni sobotni sklop z naslovom Mala medenica, velik problem, ki ga je vodila Vida Velej, je odprl pogled v kompleksnost pelvičnih težav. Borut Kobal in Peter Popović sta prikazala pelvični kongestivni sindrom s stališča ginekologije in radiologije, Veronika Vežjak pa je izpostavila pogoste napačne interpretacije pelvičnega sindroma. Jošt Janša je zaključil sklop s praktičnimi smernicami o napotitvah bolnikov s patološkimi izvidi urina k urologu.

Tudi letošnji 27. Fajdigovi dnevi so se izkazali kot dnevni preplet strokovne odličnosti in iskrenega druženja. Poleg bogatega strokovnega programa, je srečanje ponudilo tudi tisto, kar včasih še bolj potrebujemo – priložnost za pogovor v živo, izmenjavo zanimivih primerov iz prakse, razmislek ob skodelici kave in kak sproščen nasmeh, ko je bilo strokovnih izzivov za trenutek dovolj.

Udeleženci so tako odšli domov ne le bogatejši za nova znanja, temveč tudi z občutkom, da je skupnost zdravnikov družinske medicine še vedno močna, povezana in zmožna drug drugega navdihovati. Če je kdo na Fajdigove dni prišel s kakšnim vprašanjem, je skoraj zagotovo odšel z odgovorom – ali pa vsaj z dobrim sogovornikom, s katerim ga bo našel. Srečanje se je tako zaključilo v prijetnem vzdušju, ob prigrizku in sproščenem klepetu ter občutku, da se znanje najbolje razvija tam, kjer se srečata stroka in pristna človeška toplina.

Družinska medicina med današnjimi izzivi in prihodnostjo

**Predkonferenca YDM,
16.–17. september 2025, Lizbona**

Špela Stražišar

Med 16. in 17. septembrom 2025 smo se trije specializanti družinske medicine udeležili predkonference YDM v Lizboni, ki je potekala pred 25. konferenco WONCA WORLD. Letošnja predkonferenca je potekala pod sloganom *Future-proofing Family Medicine* in je bila posvečena prihodnosti družinske medicine v hitro spreminjajočem se svetu. Glavne teme so bile trajnostni zdravstveni sistemi, dobro počutje, vključno z ravnovesjem med poklicnim in zasebnim življenjem, planetarno zdravje ter vloge vplivnih strokovnih organizacij in vodstva WONCA ter YDM pri razvoju in širjenju znanja. Dogodek se je odvijal v kongresnem centru v Lizboni. Otvoritveni slovesnosti je sledilo dvodnevno dogajanje, ki je obsegalo zanimiva strokovna predavanja, interaktivne delavnice in seje sveta EYFDM. Vrhunec družabnega dela je predstavljal večer s pred-

konferenčno zabavo v botaničnem vrtu Vandelli, eni izmed zelenih oaz Lizbone, kjer je vzdušje dodatno obogatila kulisa reke Tagus.

Na konferenci sem v predavanju z naslovom *Building Healthy Eating Habits – for Ourselves and Our Patients* predstavila ključna načela zdravega prehranjevanja ter njihov pomen tako za zdravnike kot za paciente. Kljub temu, da je o zdravi prehrani danes širši javnosti dostopnih več informacij kot kadarkoli prej, pojavnost debelosti, metabolnega sindroma in sladkorne bolezni še naprej narašča. To kaže, da znanje samo po sebi ne zadošča – ključno je njegovo razumevanje in praktična uporaba v vsakdanjem življenju. Po predstavitvi teoretičnih izhodišč sem udeležencem predstavila konkretne, enostavne in izvedljive strategije za zmanjševanje nihanja glukoze v krvi – vrstni red uživanja živil, kombiniranje ogljikovih hidratov z beljakovinami in maščobami, gibanje po obroku ter pomen slanega zajtrka. Poseben poudarek sem namenila razbijanju pogostih mitov o ogljikovih hidratih, beljakovinah in maščobah ter prenosu teh znanj



EYFDM Slovenija na Instagramu.

DRUŠTVO ZA PREPREČEVANJE MOŽGANSKIH IN ŽILNIH BOLEZNI

ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE SZD

ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE SLOVENIJE

PROJEKT PODPIRA
abbvie

MIGRENAFON

BOLNIK Z MIGRENO ?

REZERVIRAJTE TERMIN ZA BREZPLAČNI E-POSVET Z NEVROLOGOM

01 4337086

WWW.GLAVOBOL.COM

PROJEKT VODI: PRIM. PROF. DR. BOJANA ŽVAN, DR. MED., VIŠJA SVETNICA, FESO, SPECIALIST NEVROLOGIJE



Seja sveta EYFDM, v katerem Slovenijo zastopa Špela Stražišar.

v klinično prakso. Izpostavila sem, da so prehranska priporočila uspešna le, če jih bolniki prepoznajo kot verodostojna, razumljiva in izvedljiva. Pri tem ima zdravnik družinske medicine zelo pomembno vlogo, saj s svojim zgledom in ravnanjem potrjuje uporabnost priporočil ter krepi zaupanje bolnikov v spremembo življenjskega sloga.

Predkonferenca se je zaključila z vabilom na prihajajočo dogodke, ki obljublajo bogat strokovni program in priložnost za mednarodno povezovanje. Med njimi izstopata 10. forum EYFDM v Talinu ter predkonferenca EYFDM, ki bo potekala v Parizu pred 30. konferenco WONCA Europe. Leta 2027 bo Slovenija ponovno prevzela častno vlogo gostiteljice predkonferenca EYFDM in konference WONCA Europe v Ljubljani. Ob tej priložnosti vabimo mlade zdravnike družinske medicine in specializante, da se aktivno vključijo v sooblikovanje in organizacijo predkonferenca v Ljubljani ter s tem prispevajo k njenemu strokovnemu in vsebinskemu razvoju. Delovanje gibanja EYFDM Slovenija lahko spremljate na uradni spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine (ZZDM) in na družbenih omrežjih, kjer predstavljamo svojo vizijo in aktivnosti.



Specializanti družinske medicine, ki smo se udeležili predkonferenca YDM v Lizboni (Maja Šebjanič, Danaj Hočevar, Špela Stražišar).



Skupinska slika udeležencev predkonferenca YDM v Lizboni.

SANDOZ |  lek


Coupet[®]
ROSUVASTATIN



Coupet[®] 5 mg
filmsko obložene tablete

Coupet[®] 20 mg
filmsko obložene tablete

Coupet[®] 10 mg
filmsko obložene tablete

Coupet[®] 40 mg
filmsko obložene tablete



Lek farmacevtska družba d.d., Verovškova ulica 57, 1526 Ljubljana, Slovenija, www.lek.si

SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST · Informacija pripravljena: januar 2026 · SI2601059565
Pred predpisovanjem ali izdajanjem zdravila, prosimo, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila, ki je na voljo pri strokovnih sodelavcih in na <https://www.lek.si/vsa-zdravila/>.
Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept - Rp.

Zdravljenje kronične ledvične bolezni pri sladkornih bolnikih v praksi – kako izzive premaguje zdravnik družinske medicine

Timotej Lončarič

Kakšna je po vašem mnenju vloga družinskega zdravnika v zdravljenju pacientov s kronično ledvično boleznijo (predvsem pri osebah s SB2)?

Bolniki s kronično ledvično boleznijo in SB2 potrebujejo hitro prepoznavo, hiter pričetek zdravljenja in dober dolgotrajni nadzor. Natanko to omogoča samo družinski zdravnik. Zdravilo Kerendia lahko sam uvede bolnikom s SB2 z albuminurijo (UACR \geq 3 mg/mmol ali \geq 30 mg/g) in oGF $>$ 30 ml/min.

Katera zdravila vidite kot stebre zdravljenja KLB pri osebah s SB2?

Terapija se opira na 3 stebre. Prvi steber so zaviralci renin-angiotenzin sistema (ACE zaviralce/ARB) v maksimalnih odmerkih, ki jih pacient še dobro prenaša. Drugi steber so SGLT-2 zaviralci. Tretji steber je finerenon (Kerendia) nesteroidni zaviralec mineralokortikoidnih receptorjev, ki učinkovito zmanjšuje vnetje in fibrozo v ledvicah, tako upočasni napredovanje KLB in zmanjša albuminurijo. Vsi trije stebri terapije imajo v smernicah priporočila stopnje A. V družinski medicini izvajamo holistični pristop, zato zdravimo še pridružene bolezni, izvajamo redno preventivo s cepljenji, svetujemo vzdrževanje dietnih in higienskih priporočil. Diabetike redno vodimo v referenčnih ambulantah.

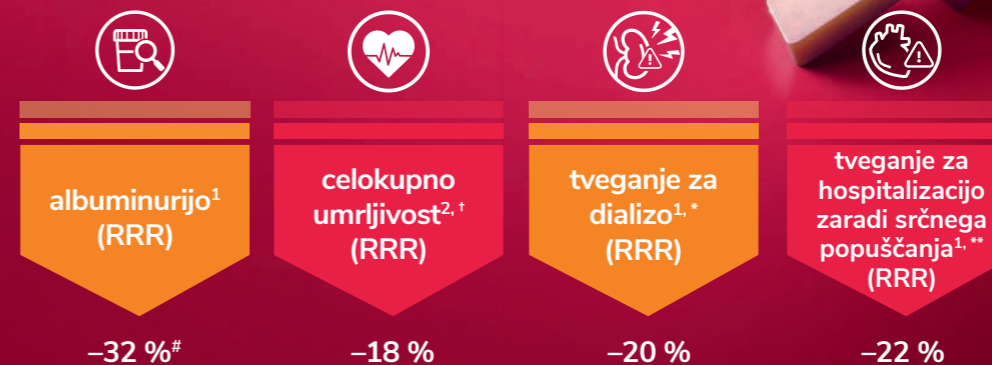
Kakšne so vaše izkušnje z uvajanjem zdravila Kerendia?

Najprej obvezno ocenim oGF in kalij v serumu in upoštevam trend gibanja glede na predhodne laboratorijske rezultate. Bolnike z oGF $<$ 30 ml/min pa napotim k nefrologu, da presodi primernost za uvedbo Kerendie. Ob oGF 60 ml/min ali več uvedem odmerek 20 mg, ob oGF $<$ 60 ml/min pa odmerek 10 mg. Zdravila Kerendia ne uvajam pri bolnikih z oGF $<$ 25 ml/min ali kalij v serumu $>$ 5,0 mmol/l ali pri hudi jetrni okvari. Zdravilo takoj ukinem kadarkoli je oGF $<$ 15 ml/min. Štiri tedne po uvedbi kontroliram serumske kalij in oGF. Priporočljiva je kontrola čez dva tedna, če je kalij ob uvedbi $>$ 4,8–5,0. Pri prvi kontroli ob vrednosti kalija v serumu $>$ 5,5 mmol/l, zdravljenje začasno prekinem, ponovno pričnem, ko je kalij v serumu \leq 5,0 mmol/l, z odmerkom 10 mg. Začetni odmerek ohranim ob serumskem kaliju $>$ 4,8–5,5 mmol/l. Ob kontrolnem kaliju v serumu \leq 4,8 ohranim začetni odmerek 20 mg ali iz 10 mg povečam na 20 mg (kontrola čez 4 tedne). Nadaljnjo spremljanje serumskega kalija in oGF izvajam dalje na 3–6 mesecev redno in po potrebi. Sočasno jemanje finerenona z ostalimi steroidnimi zaviralci mineralokortikoidnih receptorjev (spironolakton, eplerenon) ni dovoljeno.

Ste se pri uvajanju zdravila Kerendia soočali s kakšnimi pomisleki? Je danes kako drugače?

Bodimo iskreni, uvajanje in spremljanje tega zdravila ni enostavno. Sprva sem zdravilo Kerendia uvajal s tresočo roko. Bal sem se hiperkaliemije in verjamem, da so enako čutili tudi drugi kolegi. Vendar pa je hiperkaliemij v praksi občutno manj. Proizvajalec Bayer je pripravil tudi pregleden protokol uvajanja in spremljanja (knjižica Vodič za predpisovalce), ki zdravnika sistematično in varno vodi skozi celoten proces. Omenjeni protokol s pridom uporabljam. Poslužujem se tudi brezplačne aplikacije za pametne telefone Register zdravil Mediatelly, ki ima vgrajeno orodje za uvedbo in spremljanje zdravila Kerendia, glede na koncentracijo serumskega kalija in oGF svetuje uporabo ustreznih odmerkov in način spremljanja. Za uporabo se je potrebno prijaviti z uporabniškim računom kot zdravnik. Deluje preko spletnega brskalnika. Dosegljiv je kot aplikacija za Android in iOS naprave. S pomočjo omenjenih orodij sem pri uvajanju in spremljanju zdravljenja z zdravilom Kerendia suveren in tresoča roka se je umirila...

Zdravilo Kerendia je pomembno zmanjšalo:



Albuminurija poveča tveganje za srčno-žilne zaplete⁴

Predpisovanje zdravila Kerendia:^{3,5}

1. Za zdravljenje diabetične ledvične bolezni z albuminurijo pri oGF \geq 30 ml/min/1,73 m²; ob albuminuriji nad 3 mg/mmol kljub zdravljenju z zaviralcem RAS in zaviralcem SGLT2.
2. Pri bolnikih z oGF pod 30 ml/min/1,73 m² zdravilo indicira le specialist internističnih strok; ob albuminuriji nad 3 mg/mmol kljub zdravljenju z zaviralcem RAS in zaviralcem SGLT2.

Lahko uvede tudi specialist družinske medicine

*HR = 0,80 (95 % IZ: 0,64–0,99); p = 0,040
**HR = 0,78 (95 % IZ: 0,66–0,92); p = 0,030
†on-treatment analiza HR = 0,82 (95 % IZ 0,70–0,96); p = 0,014; celokupna umrljivost v intention-to-treat primarni analizi: HR = 0,89 (95 % IZ 0,79 ->1,00); p = 0,051.
‡Primerjano s placebom po 4 mesecih¹
RRR, relativno zmanjšanje tveganja.
Vir: 1. Agarwal R, et al. Eur Heart J 2022;43:474-483. 2. Filippatos G et al. EHJ-CVP 2023; doi: 10.1093/ehjcvp/pvad001. 3. ZZZS, junij 2024. 4. Rossing P, et al. Am J Med. 2022;135(5):576-580. doi:10.1016/j.amjmed.2021.11.019. 5. Povzetek glavnih značilnosti zdravila Kerendia, februar 2023.
Kerendia 10 mg / 20 mg filmsko obložene tablete
Prosimo, da pred predpisovanjem preberete celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila!

▼ Za to zdravilo se izvaja dodatno spremljanje varnosti. Prosimo, da o domnevnih neželenih učinkih, ki jih opazite pri zdravljenju z zdravilom Kerendia poročate Nacionalnemu centru za farmakovigilanco prek spletnega obrazca ali na drug način naveden na spletni strani JAZMP (<http://www.jazmp.si/humana-zdravila/farmakovigilanca/porocanje-o-nezelenih-ucinkih-zdravil/>). Poročate lahko tudi podjetju Bayer d.o.o. preko e-pošte pv.see@bayer.com.

KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA: Ena filmsko obložena tableta vsebuje 10 mg / 20 mg finerenona. Pomožne snovi: mikrokristalna celuloza, premreženi natrijev karmeloza, hipromeloza 2910, laktoza monohidrat, magnezijev stearat, natrijev lavrilsulfat, smukec, titanov dioksid, rdeči železov oksid (E 172) (samo Kerendia 10 mg), rumeni železov oksid (E 172) (samo Kerendia 20 mg). **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravilo Kerendia je indicirano za zdravljenje kronične ledvične bolezni (z albuminurijo), povezane s sladkorno boleznijo tipa 2, pri odraslih. Za rezultate študije glede pojavnosti ledvičnih in srčno-žilnih dogodkov, glejte poglavje 5.1 v Povzetku glavnih značilnosti zdravila. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Peroralna uporaba. Priporočeni ciljni odmerek je 20 mg finerenona enkrat na dan. Največji priporočeni odmerek je 20 mg finerenona enkrat na dan. Da se ugotovi, ali se zdravljenje s finerenonom lahko uvede, in za določitev začetnega odmerka je treba izmeriti vrednost kalija v serumu in oceniti glomerulno filtracijo (oGF, ocena glomerulne filtracije). Za informacije o priporočenem začetnem odmerku finerenona ter nadaljevanju zdravljenja s finerenonom in prilagajanju odmerka glejte Povzetek glavnih značilnosti zdravila. **KONTRAINDIKACIJE:** Preobčutljivost na učinkovino ali katero koli pomožno snov; sočasno zdravljenje z močnimi zaviralci CYP3A4; Addisonova bolezen. **POSEBNA OPOZORILA IN PREDVIDNOSTNI UKREPI:** Pri bolnikih, zdravljenih s finerenonom, so opazili hiperkaliemijo. Dejavniki tveganja vključujejo nizko oGF, večjo vrednost kalija v serumu in predhodne hiperkaliemije. Pri teh bolnikih je treba razmisliti o pogostejšem spremljanju vrednosti kalija v serumu. Pri bolnikih z vrednostjo kalija v serumu $>$ 5,0 mmol/l ali z oGF $<$ 25 ml/min/1,73 m² ali s hudo okvaro jeter se zdravljenja s finerenonom ne sme uvesti. Če je vrednost kalija v serumu $>$ 5,5 mmol/l, je treba zdravljenje s finerenonom začasno prekiniti. Ko je vrednost kalija v serumu \leq 5,0 mmol/l, je mogoče zdravljenje s finerenonom ponovno začeti z odmerkom 10 mg enkrat na dan. Vrednost kalija v serumu in oGF je treba pri vseh bolnikih ponovno izmeriti 4 tedne po uvedbi zdravljenja, ponovnem začetku zdravljenja ali povečanju odmerka finerenona. Finerenona se ne sme uporabljati skupaj z diuretiki, ki varčujejo s kalijem in drugimi antagonisti mineralokortikoidnih receptorjev ter z močnimi ali zmernimi induktorji CYP3A4. Med zdravljenjem s finerenonom se ne sme uživati grenivk ali soka grenivk. Finerenon je treba uporabljati previdno in spremljati vrednost kalija v serumu pri sočasnem jemanju s pripravki, ki vsebujejo kalij, s trimetoprimom ali kombinacijo trimetoprimoma in sulfametoksazola, z zmernimi ali s šibkimi zaviralci CYP3A4 in pri bolnikih z zmerno okvaro jeter. Zaradi omejenih kliničnih podatkov, je treba zdravljenje s finerenonom prekiniti pri bolnikih, pri katerih je bolezen napredovala v končno ledvično odpoved (oGF $<$ 15 ml/min/1,73 m²). Finerenona se med nosečnostjo ne sme uporabljati, razen ob skrbni oceni koristi za mater in tveganja za plod. Ženskam je treba svetovati, naj med zdravljenjem s finerenonom ne doji. Zdravilo Kerendia vsebuje laktozo. **NEŽELENI UČINKI:** zelo pogosti: hiperkaliemija; pogosti: hiponatriemija, hiperurikemija, hipotenzija, pruritus, zmanjšana hitrost glomerulne filtracije; občasni: zmanjšana vrednost hemoglobina. **Način in režim predpisovanja ter izdaje zdravila:** Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept. **Imetnik dovoljenja za promet:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Nemčija. **Za nadaljnje informacije o zdravilu Kerendia se lahko obrnete na:** Bayer d.o.o., Bravničarjeva 13, 1000 Ljubljana / mi.slovenia@bayer.com. **Datum zadnje revizije besedila:** 6. 2. 2023 **Verzija dokumenta:** EU/2 MA-M_FIN-SI-0044-2 27. 01. 2025

Opomba: ARB = sartani



Samo za strokovno javnost.
PP-KER-SI-0586-1 09.2025



Kakšne koristi po vašem mnenju prinaša zdravljenje z zdravilom Kerendia vašim bolnikom?

Odgovor podajo rezultati analize FIDELITY. Albuminurija je pomemben zgodnji napovedni pokazatelj izhodov srčne in ledvične bolezni. Zdravljenje s finerenonom zniža albuminurijo in zmanjša tveganje za ledvične sestavljene dogodke (Čas do odpovedi ledvic, trajnega zmanjšanja oGF \geq 57 % glede na izhodišče ali smrt zaradi ledvičnih vzrokov) in srčno-žilno sestavljene dogodke (Čas do SŽ smrti, neusodnega miokardnega infarkta, neusodne možganske kapi ali hospitalizacije zaradi srčnega popuščanja). Zdravilo Kerendia znatno zmanjša hospitalizacijo zaradi srčnega popuščanja in tveganje za dializo. Moje izkušnje kažejo, da zdravilo Kerendia RES dobro zniža albuminurijo in odloži napredovanje KLB. Bolniki s srčnim popuščanjem zdravilo dobro prenašajo. V primeru pojava hiperkaliemije se poslužujem natrij cirkonijevega ciklosilikata. Te priložnosti so bile redke.

Nedavno je bil v reviji NEJM (New England Journal of Medicine) objavljen članek o rezultatih študije CONFIDENCE, kjer so bolnikom s KLB z albuminurijo in SB2 sočasno uvedli zdravilo Kerendia in zaviralec SGLT2. Kje vidite prednosti sočasnega uvajanja za svoje bolnike?

Omenjena študija nam je pokazala, da takojšnja sočasna uvedba kombinirane terapije (empagliflozin + finerenon) zelo učinkovito zniža albuminurijo. Učinek kombinacije je izrazitejši kot pri monoterapiji s finerenonom ali empagliflozinom in vztraja ob dolgotrajnem rednem jemanju terapije. Vsi vključeni bolniki so imeli že predhodno vpeljana terapijo ACE/ARB v največjem prenosljivem odmerku. S sočasno terapijo SGLT2 zaviralca in finerenona **hitro izkoristimo aditivni** učinek obeh zdravil. Pridobimo na času, kar je ključno pri kroničnih progresivnih boleznih kot je SB2 s KLB, srčno popuščanje in ishemična obolenja.

Imate kakšne pomisleke glede sočasnega uvajanja, katere?

Glede sočasnega uvajanja nimam pomislov, zdi se mi zelo smiselno. Čar sočasne terapije se razvije ob dolgotrajnem jemanju, ko upad albuminurije dobi svojo moč. Pomembna je dobra dolgotrajna aderenza sočasnega jemanja kombinacije SGLT2 zaviralcev in finerenona. Bolniku je potrebno pogosto poudarjati pomen rednega sočasnega jemanja. Tukaj je moč družinskih zdravnikov, referenčnih sester in celotnega tima.

Kako naj se izvaja spremljanje bolnikov, ki se jim sočasno uvede zdravilo Kerendia in zaviralec SGLT2?

Stalnica družinskih ambulantah so bolniki s SGLT2 zaviralci v monoterapiji zaradi KLB, srčnega popuščanja ali SB2. Nekaj je takih, ki sočasno jemljejo še finerenon, zdravili sta bili uvedeni eno za drugim previdno in počasi. Skoraj vsi navedeni prejemajo tudi ACE/ARB in antihipertenzive iz drugih skupin. Na novo se bo pojavila skupina bolnikov, ki bodo takoj pričeli s sočasno kombinacijo SGLT2 zaviralcev in finerenona. Spremljanje slednjih naj bo intenzivno prve 4 tedne po uvedbi, saj zdravilo Kerendia lahko povzroči hiperkaliemijo. Sočasen dodatek empagliflozina tega tveganja ne poveča, hiperkaliemij je v tem primeru bilo celo manj. Morebiten pojav hipotenzije rešujemo s prilagoditvijo antihipertenzivov v terapiji. Redno spremljamo hidracijo. V predoperativni pripravi pacientom podamo ustrezna navodila glede prekinitve SGLT-2 zaviralcev, 3 dni pred nenujnim planiranim posegom. Za ultrakratke posege, ko so bolniki tešči zgolj pred posegom in še isti dan normalno jedo, se zaviralec SGLT2 ukine le na dan posega (smernice na endodiab.si). Zdravilo Kerendia kadarkoli prekinemo ob pojavu akutne okužbe z visoko vročino, pri hipovolemiji zaradi hudega bruhanja, driske ali nezmožnosti vnosa tekočine in pri akutni ledvični odpovedi. Ključno je, da ob razrešitvi akutnega zapleta sočasno

terapijo ponovno uvedemo, ko se bolnik stabilizira. Zdravilo Kerendia ponovno uvedemo v odmerku 10 mg, ko je serumski kalij \leq 5,0 mmol/l.

Imate še kakšen praktičen nasvet za svoje kolege specialiste družinske medicine glede uvajanja zdravila Kerendia?

SGLT2 zaviralci in finerenon so zdravila, ki po dolgem času prinašajo novo upanje vturobno okolje diabetesa, KLB in srčno-žilnih bolezni. Bolniki s sladkorno boleznijo in posledičnimi zapleti obsegajo velik del našega vsakodnevnega dela. Gre za bolnike s kronično napredujočo boleznijo. Namen tega prispevka je opomniti na pomen hitrega prepoznavanja sladkornih bolnikov s KLB in albuminurijo. Ambulante družinske medicine imajo tukaj ključni pomen, saj imajo dober pregled nad bolniki in nudijo redno spremljanje. Študija CONFIDENCE je pokazala jasen dobitni učinek sočasnega uvajanja in dolgoročnega rednega jemanja kombinacije SGLT2 zaviralcev in finerenona. Bolniki s SB2 in KLB z albuminurijo (UACR \geq 3 mg/mmol ali \geq 30 mg/g) in oGF $>$ 30 ml/min so primerni za uvajanje navedene kombinacije v primarni ambulanti. Bolnike z oGF $<$ 30 ml/min za uvajanje zdravila Kerendia napotimo k nefrologu. Uvajanje zdravila Kerendie postane bistveno lažje ob uporabi aplikacije Register zdravil Mediately, v poglavju orodja ponuja algoritem ki zdravnika smiselno vodi skozi postopek. Če ima bolnik v terapiji že spironolakton ali eplerenon razmislimo o smiselnosti izbire. Izogibati se moramo hkratnemu jemanju spironolaktona ali eplerenona in finerenona.

Objavo članka je podprlo podjetje Bayer d.o.o. Samo za strokovno javnost. Št. odobritve: PP-KER-SI-0618-1 12.2025

Lokalni (topikalni) kortikosteroidi v družinski medicini

Nebojša Đurišić

Lokalni (topikalni) kortikosteroidi (LKS) predstavljajo eno od temeljnih in najpogostejše predpisanih skupin zdravil v dermatologiji ter so hkrati ključni del terapevtskega »arzenala«¹ dermatovenerologov in zdravnikov specialistov in specializantov družinske medicine (1). Njihova uvedba v klinično prakso je pomenila prelomnico v obravnavi vnetnih kožnih bolezni.

Prvi lokalni kortikosteroid, hidrokortizon acetat, sta leta 1952 predstavila Sulzberger in Witten, kar je odprlo pot razvoju številnih molekul različnih jakosti, učinkovitosti in varnostnih profilov. V naslednjih desetletjih je razvoj potekal v smeri povečevanja protivnetnega učinka, zmanjševanja sistemske absorpcije ter zniževanja atrofogenosti, kar je privedlo do sodobnih nehalogeniranih kortikosteroidov z ugodnim razmerjem med učinkovitostjo in varnostjo (2, 3, 12). Lokalni kortikosteroidi so danes dostopni v številnih farmacevtskih oblikah (kreme, mazila, losjoni, geli, pene, emulzije, raztopine, šamponi), kar omogoča prilagajanje terapije specifičnim potrebam posameznega bolnika (3, 4, 6).

Izbira ustrezne farmacevtske oblike ni zgolj farmacevtska, temveč tudi klinična odločitev, saj pomembno vpliva na penetracijo, neželene učinke, sprejemljivost zdravljenja in s tem bolnikovo adherenco (6, 7)

Na primer kreme so bolj primerne za vlažna vnetja; mazila za kronične, lichenificirane lezije; pene in losjoni za poraščene predele;

šamponi za lasišče in zelo poraščene predele kože; geli in emulzije pa za področja, kjer želimo manj mastno teksturo in dobro mazljivost. Pravilna izbira oblike je zelo pomembna, ker pogosto odloča o uspešnosti zdravljenja (5, 6, 7). Sodobni LKS imajo osrednjo vlogo v obravnavi številnih dermatoloških stanj, med katerimi prevladujejo atopijski dermatitis, kontaktni dermatitis, psoriza, določeni alergijski dermatitisi, posamezne ekcematozne dermatoze ipd. Njihovo delovanje temelji na močni protivnetni, imunosupresivni, antiproliferativni in vazokonstriktorni aktivnosti. Prav zaradi širokega spektra delovanja LKS ostajajo zdravila prve izbire pri večini vnetnih dermatoz, tako v specialistični dermatološki praksi kot v ambulantah družinske medicine (6, 7, 8). V družinski medicini LKS imajo posebno vrednost, zaradi svoje učinkovitosti, hitrega kliničnega odziva, enostavne uporabe ter visoke dostopnosti. Ker so dermatoze pogost razlog za obisk ambulate družinskega zdravnika, je poznavanje pravilne izbire potentnosti, farmacevtske oblike ter trajanja zdravljenja od bistvenega pomena. Nepravilna uporaba – bodisi izbira slabše potentnosti LKS, prekratko zdravljenje ali pretirana uporaba potentnih kortikosteroidov na občutljivih predelih – lahko vodi v poslabšanje bolezni, zmanjšano adherenco ali pojav neželenih učinkov, kot so atrofija kože, telangiektazije, ipd. (7, 8, 10, 14, 16).

Po drugi strani pa prevelik strah pred kortikosteroidi (t.i. »kortikofobija«), ki je pogosta med bolniki in včasih tudi med zdravstvenimi delavci, vodi v nezadostno/neppravilno terapijo in slabšo odzivnost na terapijo (9, 10).

V ambulantah se pogosto srečujemo z dvema skrajnostma: na eni strani s »kortikofobijo«² pri bolnikih (žal včasih tudi pri zdravnikih), ter na drugi strani s predolgo oz. nekritično uporabo močnih kortikosteroidov (10).

Sodobna obravnava bolnikov z vnetnimi dermatozami je usmerjena v individualizacijo zdravljenja (personalizirano zdravljenje), racionalno izbiro kortikosteroida, optimizacijo farmacevtske oblike ter ustrezno izobraževanje bolnika glede pravilne uporabe.

Zato dobro poznavanje klasifikacije, mehanizma delovanja in neželenih učinkov ter zavedanje prednosti sodobnih kortikosteroidov (v obliki predzdravil), lahko izbiro terapije naredi varnejšo in učinkovitejšo.

LKS ostajajo nenadomestljiv del dermatološkega zdravljenja in so ob ustrezni izbiri med najučinkovitejšimi terapevtskimi možnostmi, kar je posebej pomembno v ambulantni družinski medicini.

Kako delujejo lokalni kortikosteroidi?

Lokalni kortikosteroidi se najprej absorbirajo skozi epidermis, predvsem skozi stratum corneum, ki predstavlja glavno pregrado za perkutano absorpcijo.

Na absorpcijo vplivajo (21):

- moč (*potentnost*) kortikosteroida;
- debelina kože (*največja absorpcija je na tanki koži: veke > genitalije > obraz > trup > okončine > dlani in podplati*);
- prisotnost vnetja;
- okluzija (primer: s PVC folijo), ki lahko močno poveča absorpcijo;
- armacevtska oblika (mazila > kreme, geli, losjoni)

Absorpcija lahko znaša približno do 40 % nanesene količine, odvisno od zgoraj navedenih dejavnikov (21).

Kot že povedano, po nanosu na kožo, kortikosteroid za lokalno uporabo difundira skozi *stratum corneum* v epidermis in dermis, kjer se veže na citoplazemski glukokortikoidni receptor (GR). Nastali kompleks vstopi v jedro in vpliva na transkripcijo številnih genov (11).

Lokalni kortikosteroidni pripravki delujejo predvsem preko modulacije genske ekspresije v kožnih celicah in s tem zavirajo vnetne ter imunološke procese (11). Kompleks kortikosteroid-glukokortikoidni receptor vstopi v jedro in se veže na glukokortikoidne odzivne elemente (GREs – angl. Glucocorticoid Responsive Elements) na DNA. S tem spremeni transkripcijo številnih genov, kar vodi do (11):

- *zmanjšanja sinteze vnetnih citokinov (IL-1, IL-2, IL-6, TNF-α)*
- *zmanjšanja izražanja ciklooksigenaze-2*
- *zmanjšanja aktivnosti fosfolipaze A₂ (posredno preko povečanja lipokortina/ aneksina-1)*

- *zmanjšanja proliferacije keratinocitov in fibroblastov*
- *zmanjšanja migracije in aktivacije levkocitov.*

To je glavni t.i. genomski mehanizem protivnetnega in imunosupresivnega učinka lokalnih kortikosteroidov. Hkrati gre za t.i. počasnejši mehanizem (11).

Obstaja še ne-genomski mehanizem, ki je hitrejši. Ti hitrejši učinki nastopijo v nekaj minutah in vključujejo naslednje (21):

- stabilizacijo membrane mastocitov,
- vazokonstrikcijo ter,
- učinke na ionske kanale in membranske signalne poti.

Klasifikacija lokalnih kortikosteroidov

Kortikosteroidi za lokalno uporabo so razvrščeni v določene kategorije, glede na svojo potentnost (t.i. »moč« delovanja). V Evropi najpogosteje uporabljamo t.i. 4-stopenjski sistem jakosti oz. potentnosti lokalnih kortikosteroidov in sicer: blage (I. razred), zmerno močne (II. razred), močne (III. razred) in zelo močne LKS (IV. razred) (22).

Pomembno je spomniti, da jakost ni odvisna le od odstotka učinkovine na embalaži, temveč od intrinzične aktivnosti molekule, formulacije in vehikla. Tako je npr. 0,1% hidrokortizon butirat bistveno močnejši od 1% hidrokortizona (23).

Pomemben je tudi t.i. razpolovni čas za apsorbirano količino apliciranega kortikosteroida (primer: za metilprednizolon aceponat je cca. 16 ur; za klobetazol propionat cca. 4 ure; etc.) (24).

Lokalni kortikosteroidi v obliki predzdravil

Nekateri novejši lokalni kortikosteroidi imajo lastnosti t.i. predzdravila (*prodrug*).

Predzdravilo (ang. *prodrug*) je farmakološko neaktivna ali manj aktivna spojina, ki se po vnosu v telo pretvori v farmakološko aktivno obliko (25).

Pretvorba poteka s pomočjo encimov ali kemičnih procesov v telesu (25).

Predzdravila imajo (25):

- boljšo absorpcijo,
- ponavadi so manj toksična,
- lahko se aktivirajo samo v določenih tkivih (npr. tkivo, ki je vneto) ter
- imajo daljšo stabilnost.

V Sloveniji je registrirano samo eno predzdravilo (iz skupine LKS) in sicer metilprednizolon aceponat (MPA). Iz metilprednizolon aceponata (predzdravila), s pomočjo esteraze v koži nastane aktivna oblika zdravila – 6-alfa-metilprednizolon-17-propionat (13).

Drugo predzdravilo iz skupine LKS, ki se dokaj pogosto uporablja je hidrokortizon butirat, iz katerega v koži nastane hidrokortizon, ampak ga v Sloveniji nimamo že nekaj let.

Najpogostejši stranski učinki pri uporabi lokalnih kortikosteroidov

Najpogostejši lokalni stranski učinki vključujejo: atrofijo kože, teleangiektazije, strije, purpuro, akneiformne eflorescence ter perioralni dermatitis pri uporabi lokalnih kortikosteroidov v perioralnem področju (10, 16).

Lahko se pojavi tudi tudi hipopigmentacija, lokalna hipertrihoza ipd. Dolgotrajna uporaba močnih kortikosteroidov na občutljivih predelih (*obraz, intertriginozna območja, genitalije*) bistveno poveča tveganje za zaplete (14).

Sistemski stranski učinki, pri pravilni uporabi lokalnikh kortikosteroidnih pripravkov so zelo redki. Najpogosteje do sistemskih stranskih učinkov pride pri nepravilni uporabi potentnih LKS (17). Tveganje za neželene učinke je odvisno od moči kortikosteroida, trajanja in pogostosti uporabe, mesta aplikacije ter od stanja kožne barierne funkcije. Uporaba kortikosteroidnih predzdravil (npr. metilprednizolon aceponata ali hidrokortizon butirata) je povezana z nižjo atrofogenostjo in ugodnejšim varnostnim profilom (13, 15, 16).

Koliko časa zdravimo paciente z lokalnimi kortikosteroidi?

Optimalno trajanje terapije s topičnimi kortikosteroidi je odvisno od več faktorjev. Lokalne pripravke zelo visoke potentnosti (*zelo potentne, zelo močne*) praviloma uporabljamo krajši čas, običajno nekaj dni do največ 4 tedne, saj imajo izrazito atrofogeni potencial in večje tveganje za lokalne zaplete (18). Kortikosteroidi srednje do visoke potentnosti (*zmerno močne in močne*) so, ob ustreznih indikaciji lahko v uporabi tudi več tednov.

Na predelih z izrazito tanko kožo (*periorbitalno območje, genitalije, intertriginozna področja*) naj bo terapija omejena na 1 do največ 2 tedna, saj je perkutana absorpcija na teh mestih večja, tveganje za nastanek teleangiektazij, atrofije in drugih nežele-

nih učinkov pa izrazitejše (16). Poznamo tudi izjeme, ko je potrjena varna uporaba zelo potentnih topikalnih kortikosteroidnih pripravkov tudi do 8 tednov (primer: zdravljenje fimoze pri otrocih) (20).

Pripravki se najpogosteje aplicirajo enkrat do dvakrat dnevno, saj pogostejše nanašanje ne poveča terapevtskega učinka, lahko pa zmanjša adherenco (18).

Pravilno izbrana in dobro nadzorovana uporaba lokalnih kortikosteroidnih pripravkov je varna ter učinkovita terapija pri zdravljenju številnih dermatoz. Stranski učinki so redki in so povezani z dolgotrajno nepravilno uporabo LKS. Zato je edukacija bolnika o pravilni uporabi LKS zelo pomembna.



SKRAŠEN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

1. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo z 2. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 3. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 4. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 5. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 6. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 7. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 8. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 9. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 10. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 11. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 12. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 13. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 14. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 15. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 16. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 17. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 18. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 19. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 20. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 21. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 22. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 23. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 24. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 25. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 26. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 27. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 28. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 29. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 30. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 31. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 32. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 33. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 34. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 35. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 36. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 37. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 38. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 39. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 40. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 41. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 42. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 43. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 44. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 45. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 46. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 47. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 48. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 49. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 50. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 51. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 52. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 53. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 54. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 55. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 56. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 57. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 58. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 59. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 60. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 61. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 62. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 63. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 64. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 65. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 66. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 67. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 68. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 69. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 70. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 71. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 72. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 73. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 74. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 75. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 76. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 77. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 78. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 79. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 80. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 81. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 82. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 83. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 84. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 85. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 86. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 87. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 88. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 89. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 90. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 91. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 92. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 93. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 94. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 95. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 96. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 97. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 98. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 99. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 100. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 101. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 102. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 103. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 104. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 105. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 106. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 107. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 108. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 109. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 110. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 111. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 112. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 113. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 114. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 115. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 116. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 117. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 118. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 119. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 120. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 121. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 122. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 123. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 124. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 125. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 126. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 127. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 128. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 129. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 130. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 131. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 132. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 133. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 134. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 135. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 136. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 137. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 138. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 139. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 140. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 141. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 142. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 143. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 144. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 145. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 146. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 147. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 148. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 149. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 150. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 151. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 152. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 153. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 154. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 155. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 156. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 157. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 158. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 159. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 160. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 161. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 162. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 163. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 164. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 165. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 166. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 167. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 168. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 169. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 170. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 171. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 172. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 173. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 174. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 175. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 176. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 177. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 178. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 179. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 180. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 181. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 182. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 183. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 184. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 185. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 186. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 187. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 188. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 189. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 190. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 191. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 192. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 193. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 194. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 195. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 196. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 197. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 198. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 199. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 200. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 201. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 202. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 203. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 204. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 205. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 206. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 207. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 208. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 209. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 210. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 211. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 212. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 213. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 214. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 215. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 216. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 217. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 218. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 219. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 220. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 221. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 222. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 223. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 224. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 225. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 226. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 227. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 228. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 229. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 230. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 231. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 232. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 233. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 234. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 235. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 236. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 237. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 238. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 239. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 240. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 241. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 242. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 243. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 244. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 245. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 246. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 247. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 248. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 249. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 250. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 251. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 252. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 253. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 254. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 255. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 256. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 257. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 258. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 259. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 260. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 261. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 262. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 263. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 264. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 265. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 266. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 267. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 268. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 269. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 270. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 271. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 272. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 273. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 274. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 275. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 276. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 277. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 278. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 279. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 280. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 281. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 282. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 283. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 284. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 285. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 286. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 287. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 288. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 289. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 290. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 291. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 292. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 293. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 294. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 295. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 296. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 297. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 298. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 299. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 300. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 301. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 302. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 303. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 304. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 305. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 306. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 307. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 308. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 309. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 310. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 311. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 312. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 313. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 314. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 315. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 316. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 317. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 318. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 319. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 320. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 321. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 322. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 323. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 324. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 325. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 326. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 327. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 328. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 329. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 330. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 331. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 332. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 333. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 334. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 335. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 336. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 337. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 338. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 339. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 340. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 341. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 342. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 343. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 344. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 345. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 346. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 347. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 348. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 349. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 350. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 351. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 352. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 353. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 354. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 355. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 356. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 357. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 358. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 359. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 360. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 361. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 362. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 363. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 364. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 365. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 366. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 367. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 368. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 369. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 370. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 371. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 372. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 373. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 374. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 375. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 376. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 377. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 378. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 379. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 380. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 381. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 382. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 383. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 384. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 385. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 386. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 387. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 388. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 389. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 390. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 391. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 392. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 393. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 394. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 395. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 396. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 397. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 398. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 399. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 400. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 401. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g mazilo 402. IZ. ZDRAVILA Advantan® 1 mg/g kremo 403. IZ. ZDRAVILA Adv

Viri in reference:

- Valencia IC, Kerdel FA. Topical corticosteroids. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. **Fitzpatrick's dermatology in general medicine**. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=392§ionid=41138952>, accessed December 2025.
- Sulzberger MB, Witten VH, Smith CC. Hydrocortisone (compound F) acetate ointment in dermatological therapy. **J Am Med Assoc**. 1953;151(6):468–72.
- Sulzberger MB, Witten VH. Hydrocortisone ointment in dermatological therapy. **Med Clin North Am**. 1954;38:321–36.
- Chosidow O, Lebrun-Vignes B, Bourgault-Villada I. Local corticosteroid therapy in dermatology. **Presse Med**. 1999;28(37):2050–6.
- Morren MA, Bruwiere I, Lemmens M, Goossens A, Garmyn M. Lack of compliance with topical corticosteroid therapy: causes and possible solutions. **J Pharm Belg**. 2013;(1):20–7.
- Ference JD, Last AR. Choosing topical corticosteroids. **Am Fam Physician**. 2009;79(2):135–40.
- Stacey SK, McEleney M. Topical corticosteroids: choice and application. **Am Fam Physician**. 2021;103(6):337–43.
- Das A, Panda S. Use of topical corticosteroids in dermatology: an evidence-based approach. **Indian J Dermatol**. 2017;62(3):237–50.
- Contento M, Cline A, Russo M. Steroid phobia: a review of prevalence, risk factors, and interventions. **Am J Clin Dermatol**. 2021;22(6):837–51.
- Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, Cork MJ. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. **J Am Acad Dermatol**. 2006;54(1):1–15.
- Ahluwalia A. Topical glucocorticoids and the skin-mechanisms of action: an update. **Mediators Inflamm**. 1998;7(3):183–93.
- Sulzberger MB, Witten VH. The effect of topically applied compound F in selected dermatoses. **J Invest Dermatol**. 1952;19(2):101–2.
- Zentel H, Töpert M. Preclinical evaluation of a new topical corticosteroid methylprednisolone aceponate. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 1994;3(Suppl 1):S32–8.
- Coondoo A, Phiske M, Verma S, Lahiri K. Side-effects of topical steroids: a long overdue revisit. **Indian Dermatol Online J**. 2014;5(4):416–25.
- Kolbe L, Kligman AM, Schreiner V, Stoudemayer T. Corticosteroid-induced atrophy and barrier impairment measured by non-invasive methods in human skin. **Skin Res Technol**. 2001;7(2):73–7.
- Niculet E, Bobeica C, Tatu AL. Glucocorticoid-induced skin atrophy: the old and the new. **Clin Cosmet Investig Dermatol**. 2020;13:1041–50.
- De Vleeschhauer F, Casteels K, Hoffman I, Proesmans M, Rochtus A. Systemic adverse events associated with locally administered corticosteroids. **Children (Basel)**. 2024;11(8):951.
- Lax SJ, Harvey J, Axon E, et al. Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema. **Cochrane Database Syst Rev**. 2022;3(3):CD013356.
- Panettieri RA Jr, Schaafsma D, Amrani Y, Koziol-White C, Ostrom R, Tliba O. Non-genomic effects of glucocorticoids: an updated view. **Trends Pharmacol Sci**. 2019;40(1):38–49.
- Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, et al. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. **Cochrane Database Syst Rev**. 2024;1(1):CD008973.
- Carlos G, Uribe P, Fernández-Peñas P. Rational use of topical corticosteroids. **Aust Prescr**. 2013;36:5–6. doi:10.18773/austprescr.2013.063.
- European Dermatology Forum. **Guidelines on anti-inflammatory treatment**. EDF; 2022. Available from: <https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl485ybhe009usjnyfz3u0zk-7-antiinflammatory-treatment-jun-2022.pdf>, accessed December 2025.
- Hans Christian Korting, Kirstin Maslen, Gabi Gross, Christoph Willers. Comparison of activity of different topical corticosteroid creams and ointments using a vasoconstriction assay: superiority of hydrocortisone butyrate over hydrocortisone. **J Dtsch Dermatol Ges**. 2005;3(5):348–53.
- Balfour JA. Methylprednisolone aceponate. **Clin Immunother**. 1995;3:241–53.
- Hacker MP, Messer WS, Bachmann KA. **Pharmacology: principles and practice**. London: Academic Press; 2009.
- Barnes L, Kaya G, Rollason V. Topical corticosteroid-induced skin atrophy: a comprehensive review. **Drug Saf**. 2015;38:493–509.
- M., Balfour, J.A. Methylprednisolone Aceponate. *Clin. Immunother*. **3**, 241–253 (1995). <https://doi.org/10.1007/BF03259059>
- Barnes, L., Kaya, G. & Rollason, V. Topical Corticosteroid-Induced Skin Atrophy: A Comprehensive Review. *Drug Saf* **38**, 493–509 (2015). <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0287-7>

MEDI-2025-0003. Datum priprave gradiva: december 2025.

Rizartroza je oblika osteoartritisa, ki prizadene karpometakarpalni (CMC) sklep na bazi palca. Ta sklep omogoča širok spekter gibov palca, kar je ključnega pomena za vsakodnevne aktivnosti, kot so prijemanje, pisanje in vrtenje. Zaradi svoje pomembne funkcije je ta sklep še posebej dovzeten za obrabo in degeneracijo, kar vodi do rizartroze.

Rizartroza prizadene 20 % populacije nad 50. letom starosti, večinoma ženske v starostnem obdobju med 50 in 60 let, najpogosteje na obeh rokah.

Anatomija in patofiziologija

CMC-sklep se nahaja med trapezoidno kostjo in prvo metakarpalno kostjo palca. Je sedlast sklep, ki omogoča abdukcijo, addukcijo, fleksijo, ekstenzijo in opozicijo palca. Ta sklep zagotavlja stabilnost in olajša pincetni prijem ter oprijem palca. Gibi palca predstavljajo približno 40–50 % funkcije roke, zaradi česar je CMC-sklep izredno pomemben.

Stabilnost trapeziometakarpalnega sklepa je posledica ravnovesja med pasivnimi ligamentnimi strukturami in aktivnimi mišično-kitnimi strukturami. Ohlapnost, zlasti sprednjega poševnega ligamenta, povzroča nestabilnost sklepa med translacijskimi gibi. Ravno insuficienca tega ligamenta naj bi povzročila nastanek napetosti med gibi prve kolumne palca, kar vodi do degeneracije hrustanca. Rizartroza se razvije zaradi obrabe hrustanca v CMC-sklepu. Hrustanec, ki normalno blaži trenje med kostmi, se postopoma razgrajuje, kar povzroča bolečino, togost in vnetje. Osteoartritis povzroči sinovijsko vnetje, napredujoče uničenje hrustanca, spremembe v strukturi kosti pod hrustancem in nastanek

osteofitov, kar vodi v bolečino, sklepno nestabilnost in zmanjšan obseg gibanja. Palec je ključen za oprijem in moč celotne roke. Zato kronična bolečina in degradacija hrustanca povzroča znatno okvaro celotne funkcije roke. Trajno nelagodje, izguba funkcije in nenehna potreba po analgetikih bistveno zmanjšajo kakovost življenja bolnikov.

Vzroki in dejavniki tveganja

Rizartroza je predvsem posledica kombinacije dejavnikov, ki prispevajo k obrabi sklepa skozi čas. Nekateri glavni dejavniki tveganja za razvoj rizartroze so starost, spol (pogosteje nastane pri ženskah), družinska anamneza, poklicna dejavnost, anatomija sklepov in biomehanika, prejšnje poškodbe, vnetne bolezni ter debelost.

Klinična slika

Klinična slika rizartroze se običajno razvija postopoma. Navadno je prvi simptom bolečina palca, ki se poslabša ob uporabi roke med prijemanjem, stiskanjem ali zvijanjem. Prizadeti sklep lahko oteče in je zaradi vnetja toplejši ter občutljiv na dotik. Zlasti po neaktivnosti ali zjutraj se lahko pojavi togost sklepa. Značilna je oslABLJENA moč prijema, kar otežuje opravljanje vsakodnevnih nalog. Pojavi se krepitacija ali občutek škrtanja med premikanjem palca. V napreduvalih primerih se lahko sklep deformira, kar povzroči izbočenje na bazi palca in omejeno gibljivost (t.i. deformacija labodjega vratu).

Diagnoza

Diagnozo rizartroze običajno postavimo na podlagi kliničnega pregleda ter anam-

neze. Potrdimo jo lahko z rentgenskim slikanjem. Pri kliničnem pregledu si lahko pomagamo s t. i. *grind* testom (testom brušenja palca) ter testom vzvoda (*lever* test). Pri testu brušenja palca primemo prvo metakarpalno kost in jo vrtimo okrog CMC-sklepa. Test je pozitiven, če se pojavijo krepitacije in bolečina. Test vzvoda je pozitiven, ko se pojavi bolečina med premikanjem prve metakarpale, ki jo fiksiramo z dvema prstoma, ulnarno ter radialno. Rentgensko slikanje palca pogosto uporabljamo za potrditev diagnoze. Pokaže nam zožitev sklepne špranje, subhondralno sklerozo in osteofite. Na podlagi rentgenske slike rizartrozo po klasifikaciji Eaton-Litter razdelimo v štiri stopnje. V redkih primerih lahko uporabimo magnetno resonanco in ultrazvok za oceno prizadetosti mehkih tkiv.

Diferencialna diagnoza

Rizartrozo je treba razlikovati od De Quervainovega tenosinovitisa, revmatoidnega artritisa in sindroma karpalnega kanala, pri katerih je lahko klinična slika podobna.

Zdravljenje

Zdravljenje večinoma vključuje konzervativni pristop z injekcijami kortikosteroidov in nesteroidnimi protivnetnimi zdravili, fizioterapijo ter kirurški pristop, kot je rekonstrukcija vezi, interpozicija kit, resekcijska artroplastika, zamenjava sklepa s protezo in artrodeza. Lokalna injekcija steroidov in nesteroidna protivnetna zdravila zagotovijo začasno lajšanje bolečin in zavirajo nadaljnje vnetje, kar upočasni naravo bolezni.

Konzervativno zdravljenje vključuje izogibanje aktivnostim, ki poslabšajo simptome, uporabo opornice ponoči ali med aktivnostmi za lajšanje bolečine in preprečitev nadaljnje poškodbe sklepa. Zdravila, kot so nesteroidni antirevmatiki, lajšajo bolečino, lahko se jih nanese tudi topikalno neposredno na predel sklepa. Fizioterapija, ki vključuje različne vaje za krepitev mišic okrog palca, izboljša stabilnost in ohranja obseg gibanja. Kortikosteroidne injekcije neposredno v sklep omogočajo začasno zmanjšanje bolečine.

Po neuspešnem 6-mesečnem konzervativnem zdravljenju, ko bolečina vztraja in je prisotna funkcionalna okvara, je indicirano operativno zdravljenje, ki zajema trapeziotomijo, rekonstrukcijov ligamentov in interpozicijo kit (LRTI), artrodezo ter artroplastiko.

Novejše metode zdravljenja

Medtem ko protivnetna zdravila in kirurški posegi zagotavljajo simptomatsko lajšanje in lahko odložijo uničenje sklepa, nobeno ne more spodbuditi popravila hrustanca. Tako je bil razvoj regenerativnih terapij in tkivnih tehnik v središču raziskav popravljanja hrustanca.

Lipofiling

Uporabo matičnih celic, pridobljenih iz maščobnega tkiva (ADSC), so raziskali pri različnih tipih osteoartritisa. Gre za mezenhimske matične celice, ki jih je mogoče najti v maščobnem tkivu in se lahko diferencirajo v različna tkiva, vključno s hondroblasti in hondrociti. V različni literaturi so opisali tako hondroprotektivi in protivnetni učinek ADSC.

Ekstrakcija in izolacija matičnih celic iz lipoaspiratov sta zapletena procesa in pred izvedbo raziskav v reguliranih okoljih je potreben obsežen etični pregled. Neposredna presaditev maščobe po odvzemu tkiva brez dodatne ekstrakcije maščobnih celic pa je lahko varna, enostavna in

učinkovita metoda. V lipoaspiratih so opazili veliko število ADSC s hondroprotektivnim učinkom, kar je sprožilo teorijo, da ima samo presaditev maščobe lahko regenerativne učinke na osteoartritis. V študijah, kjer so ocenjevali učinkovitost slednje terapije, je bila opisana diskrepanca med različnimi stopnjami rizarotroze (2023; Hasiba-Peppas s sodelavci). Pacienti z rizarotrozo stopnje II ali III so imeli po posegu več koristi in pozitivnih učinkov kot tisti z napredovalimi oblikami rizarotroze. Pri večini se je bolečina znatno zmanjšala, prav tako se jim je povrnila moč pincetnega prijema in oprijema palca. Pomanjkljivost te metode je, da rezultati lipofilinga morda niso trajni. Sčasoma lahko telo absorbira nekaj vbrizgane maščobe, kar lahko zmanjša začetne koristi. Nekateri bolniki lahko potrebujejo nadaljnje ponovitve postopka za ohranitev zelenega učinka.

Lipofiling na splošno velja za varen postopek, vendar prinaša tudi možna tveganja, kot so okužba, resorpcija maščobe in asimetrija, če je maščoba neenakomerno porazdeljena. Medtem ko zanimanje za lipofiling pri zdravljenju rizarotroze narašča, se klinični dokazi še razvijajo. Nekateri študije kažejo pozitivne rezultate, kot sta lajšanje bolečin in izboljšana funkcija, vendar so potrebne obsežnejše raziskave za ugotovitev dolgoročne učinkovitosti in potencialne koristi v primerjavi s tradicionalnimi zdravljenji.

Plazma, bogata s trombociti (PRP)
Plazma, bogata s trombociti (PRP), naj bi vplivala na vnetne citokine, encime in transkripcijske faktorje, ki igrajo ključno vlogo pri obnovi hrustanca in zmanjšanju vnetja. Nadaljne študije so pokazale pozitivne učinke PRP tako v predkliničnih kot kliničnih okoljih. Študije kažejo, da lahko PRP nudi dolgotrajnejše lajšanje bolečin v primerjavi z injekcijami kortikosteroidov ter manj stranskimi učinki.

Pri terapiji s trombocitno plazmo gre za postopek odvzema venske krvi in nato centrifugiranja ter nato vbrizgavanja končnega pripravka neposredno v sklep. V študijah so opisovali znatno izboljšanje moči pincetnega prijema ter oprijema palca ter zmanjšanje bolečin. V različnih študijah so ocenjevali moč in bolečino na podlagi splošno uveljavljenih lestvic. Metoda se je izkazala kot zelo uspešna, poročali so tudi večjem zadovoljstvu pacientov v skupini, zdravljeni z PRP, kot tisti z injekcijami kortizola.

Hialuronska kislina

Hialuronska kislina je v sklepni tekočini naravno prisotna snov, ki deluje kot lubrikant in blaži sklep. Injekcije hialuronske kisline so začeli uporabljati pri osteoartritisu kolena, sedaj pa jih raziskujejo za rizarotrozo. Cilj je zmanjšati bolečino in izboljšati delovanje sklepov z izboljšanjem viskoelastičnih lastnosti sklepne tekočine. To zdravljenje je običajno rezervirano za bolnike, ki se ne odzivajo na nesteroidne antirevmatike in kortikosteroide.

Laserska terapija

Laserska terapija vključuje uporabo nizko-intenzivne laserske svetlobe za prizadeti sklep za zmanjšanje bolečin in vnetja ter pospeševanje celjenja tkiva. Ta terapija je manj raziskana kot PRP in lipofiling. Kljub temu obstaja nekaj študij, ki poročajo o povečani diferenciaciji hondrocitov ali protivnetnih učinkih na eksperimentalnih modelih. Slednje so vzbudile zanimanje za lasersko terapijo kot drugo možnost zdravljenja, vendar so potrebne nadaljnje raziskave. V študiji, ki so jo izvedli leta 2005, niso dokazali zmanjšanja bolečine po treh laserskih terapijah v primerjavi s placebom. Prav tako ni bilo dokazanega izboljšanja v obsegu gibanja in jutranji okorelosti. Znatno pa je bilo opazno izboljšanje v opoziciji palca po laserski terapiji v primerjavi s placebom.

Zaključek

Rizarotroza je boleče stanje, ki lahko pomembno vpliva na kakovost življenja. Z zgodnjo diagnozo in ustreznim zdravljenjem je mogoče obvladati simptome in ohraniti funkcionalnost sklepa. Sodobne metode zdravljenja, vključno z biološkimi terapijami in minimalno invazivnimi kirurškimi posegi, ponujajo nove možnosti za bolnike, ki se soočajo s to obliko osteoartritisa. Pravočasno ukrepanje in prilagojeno zdravljenje sta ključna za doseganje najboljših možnih rezultatov. Razne študije predstavljajo pozitivne

učinke fizioterapije, izraziteje v začetnih stopnjah rizarotroze. Kirurško zdravljenje rizarotroze ponuja različne možnosti, katerih cilj je odprava bolečine in obnova funkcionalnosti palca. Izbira metode je odvisna od stopnje bolezni, bolnikovega načina življenja, pričakovanih glede funkcionalnosti in splošnega zdravja. Kljub uspešnosti kirurških metod je pomembno upoštevati tudi morebitna tveganja in čas okrevanja, da se dosežejo optimalni rezultati. Novejše metode, kot so terapija z mezenhimijskimi matičnimi celicami, injekcije

PRP in nizkoenergijska laserska terapija (LLLT) se osredotočajo na regenerativno medicino in personalizirano oskrbo, kar bolnikom prinaša upanje za izboljšane rezultate. Vendar pa so nadaljnje raziskave in dolgoročne študije ključne za popolno potrditev učinkovitosti, varnosti in najboljših praks za te nove metode zdravljenja.

Literatura

1. Mario Alessandri Bonetti: Autologous Fat Transplantation for the Treatment of Trapeziometacarpal Joint Osteoarthritis; 2023
2. Pinto I: Impact of Hyaluronic Acid Treatment on Rhizarthrosis: A Systematic Review; 2022
3. M.R. Sanchez-Crespo; Experience in Major Complications With Total Trapeziometacarpal Prosthesis; 2024
4. Sophie Hasiba-Pappas: Regenerative Therapies for Basal Thumb Arthritis – A Systematic Review, 2023
5. Clinica plans: Rhizarthrosis: Rhizarthrosis – Clínica Planas Barcelona (clinicaplanas.com)
6. Ricardo Lucca Cabarite Saheb: Surgical Treatment for Rhizarthrosis: A Systematic Review og the Last 10 years, 2022
7. Saverio Colonna: Rhizarthrosis Part I: Literature Review
8. Brain, G.I. Giddins: Surgical and Nonsurgical Treatment for Basal Joint Arthritis of the Thumb. Journal of Hand Surgery Global Online, 182-289
9. Lucie Brosseau: Randomized controlled trial on low level laser therapy (LLLT) in the treatment of osteoarthritis (OA) of the hand, 2005

Ali je živo srebro krivec za zgodnjo demenco?

Helena Fabris

52

Dne 25. junija 2025 smo imeli v prostorih koprške enote NIJZ sestanek o problematiki živega srebra. Na sestanku smo sodelovali kemika prof. dr. Milena Horvat in prof. dr. Jadran Faganeli, Milan Krek, spec. javnega zdravja, toksikologinja Tanja Varel-Turk, spec. interne medicine, farmakologinja prof. dr. Mojca Kržan, in jaz, Helena Fabris, spec. splošne medicine. Eden od ciljev mojega sodelovanja na tem sestanku je bil predlagati, da se pripravijo smernice za boljše seznanjanje zdravnikov družinske medicine s problematiko živega srebra in drugih strupenih kovin. To bi nam omogočilo pravočasno prepoznati ter ustrezno usmeriti bolnike k toksikologu oz. ob nevroloških simptomih k nevrologu. Poleg tega pa opažamo, da vse več bolnikov iz radovednosti ali iskanja ustreznih rešitev ob simptomih samostojno opravi in financira laboratorijske teste. Prof. dr. Milena Horvat je na sestanku predstavila svoje obsežno delo na področju strupenih snovi, predvsem živega srebra, tako na mednarodni kot domači ravni. Sodelovala je pri pripravi evropskih poročil, ki so bila osnova za dokumentacijo UNEP za Minamatsko konvencijo o živem srebru, in je soavtorica dveh ključnih poglavij, ki obravnavata izpostavljenost splošne populacije. Bila je tudi vodja delovne skupine za humani biomonitoring v okviru Minamatske konvencije. Poudarila je, da je bilo v domačih in mednarodnih revijah objavljenih že več kot 300 strokovnih člankov o živem srebru iz Slovenije. Predstavila je tudi povezavo z epidemiologi, nevropediatri ter bolnišnicami z vsega sveta. V Sloveniji so izvedli dve fazi humanega biomonitoringa. Prva

faza je vključevala spremljanje nosečnic inmoških v plodni dobi, druga faza pa spremljanje otrok in mladostnikov iz različnih regij, kar je omogočilo pridobitev reprezentativne slike o izpostavljenosti mladih živemu srebru in drugim okoljskim toksinom. Na sestanku smo obravnavali izpostavljenost in toksične učinke živega srebra pri splošni populaciji, pri čemer smo ločili med poklicno in prehransko izpostavljenostjo. Osredotočili smo se predvsem na dolgotrajno prehransko izpostavljenost, ki nastane pri prekomernem uživanju rib, kar vodi v nizke, kumulativne odmerke, ki se sčasoma nalagajo v telesu. Elementarno živo srebro (Hg^0) se lahko v okolju oksidira v dvovalentno obliko (Hg^{2+}). Ta anorganska oblika živega srebra se v prisotnosti določenih anaerobnih bakterij, ki se nahajajo v sedimentih in vodnih ekosistemih, metilira v metilno živo srebro (CH_3Hg^+). Ta organska oblika je posebej nevarna, saj se lahko kopiči v živih organizmih in se s prehranjevalno verigo prenaša v višje organizme, vključno z ljudmi. **Metilirano živo srebro lahko tudi demetilira**, pri čemer ima **selen** pomembno zaščitno vlogo. Le **majhen delež metiliranega živega srebra**, ki ostane v okolju, **vstopi v prehransko verigo**, kjer se prenaša od **manjših rib na večje ribe**, v katerih se akumulira. Bolj kot je riba velika, dlje kot živi in več kot poje drugih organizmov, več živega srebra se v njej akumulira. Planktivorne ali herbivorne ribe vsebujejo na splošno bistveno manj živega srebra. Na vsebnost živega srebra vpliva tudi način priprave ribe. Pečene ribe običajno

vsebujejo manj razpoložljivega živega srebra kot kuhane ali surove. Največ živega srebra ohrani surova riba, na primer v sušiju, kjer se zaradi pomanjkanja toplotne obdelave metilno živo srebro ne razgradi in ostane v svoji strupeni obliki. Ko zaužijemo ribo, ki vsebuje živo srebro, metilirano živo srebro iz prebavil prehaja v krvni obtok, kjer se večinoma veže na eritrocite, le majhen delež ostane v plazmi. Plazma zaradi izjemno nizkih koncentracij ni najboljši pokazatelj kronične izpostavljenosti metiliranemu živemu srebru. V določenih primerih, kot je poklicna izpostavljenost hlapom elementarnega živega srebra, pa se lahko v plazmi zaznajo izjemno nizke koncentracije, ki zahtevajo posebne analitske pristope za zanesljivo detekcijo. Metilno živo srebro ima posebno sposobnost prehajanja skozi krvno-možgansko pregrado, kar omogoča njegov vstop v osrednje živčevje, kjer povzroča spremembe, ki so lahko dolgotrajne ali nepopravljive. **Jetra imajo zaščitni mehanizem**, ki se aktivira ob večjih količinah metiliranega živega srebra. V takih primerih jetra začnejo intenzivno demetilirati metilno živo srebro, kar vodi do njegove pretvorbe v manj toksične oblike. Te se nato izločajo z urinom, zato je **analiza urina** pomembna za razumevanje izločanja živega srebra pri dolgotrajni izpostavljenosti. Izločanje metiliranega živega srebra iz telesa ni enako pri vseh ljudeh. Nekateri posamezniki imajo genetske značilnosti, zaradi katerih njihova jetra slabše demetilirajo metilno živo srebro oziroma ga ne

zmorejo učinkovito pretvoriti v manj toksične oblike. To pomeni, da pri teh ljudeh metilirano živo srebro ostaja v telesu bistveno dlje, kar lahko vodi v večjo akumulacijo in s tem povečano tveganje za kronične učinke, tudi pri izpostavljenostih, ki bi bile sicer pri povprečni populaciji varne. Iz pacientovih las, ki morajo biti dolgi vsaj 5 cm, se lahko opravi segmentna analiza. Če lasje niso dovolj dolgi, se lahko uporabijo tudi pubične dlake. Iz pacientovih doseganih vrednosti se lahko izračuna, kakšnim dozam je bil izpostavljen, saj vemo, kakšna je **razpolovna doba izločanja. Ta je 60 do 70 dni**. Pri pacientih z nevrološkimi težavami, kot so glavoboli, motnje koncentracije, nespečnost in atrofija možganske skorje, je treba opredeliti, ali gre za posledice akumulacije živega srebra. Svetovati je treba popolno prenehanje uživanja rib in ciklično preverjati vzorce. Če nevroloških znakov ne povežemo z nižanjem vsebnosti živega srebra v urinu, lahko rečemo, da pacientove nevrološke težave niso povezane s povišanimi vrednostmi živega srebra v serumu. Kelacije se ne izvaja, ker ne deluje. Metilno živo srebro (CH_3Hg^+) se močno veže na sulfhidrilne (-SH) skupine v beljakovinah, zlasti v možganih in živčnem tkivu. Zaradi lipofilnosti zlahka prehaja skozi krvno-možgansko pregrado in se tam trajno veže, kar pomeni, da ga ni več mogoče izločiti s pomočjo kelatorjev iz krvnega obtoka.

Priporočila NIJZ glede uživanja rib: priporoča se uživanje rib do dvakrat tedensko, skupaj približno 200 g ribjega mesa na teden, pri čemer se svetuje uživanje različnih vrst rib, zlasti manjših mastnih morskih rib, kot so sardele in skuše. Te ribe so bogat vir omega-3 maščobnih kislin, vitamina D in mineralov, kot so jod, selen in kalcij. Ribe predstavljajo zdravo alternativo rdečemu mesu in mesnim izdelkom, saj

omogočajo zmanjšanje vnosa manj zdravih živalskih beljakovin. Na spletni strani NIJZ (<https://nijz.si/zivljenjski-slog/prehrana/ribe-v-prehrani>, posodobljeno 6. 12. 2022) sta objavljeni tudi infografika in zloženska Ribe v prehrani – koristi in tveganja, ki obravnavata tako koristi kot morebitna tveganja zaradi okoljskih onesnaževalcev. NIJZ ugotavlja, da pri splošni populaciji koristi uživanja rib prevladajo nad tveganji, predvsem zaradi ugodnega vpliva omega-3 maščobnih kislin na zdravje. V eni od epidemioloških študij, v kateri so poleg biomarkerjev izpostavljenosti ocenjevali tudi kognitivne sposobnosti otrok, so ugotovili, da so bili otroci mater, ki so zaužile večje količine rib (in s tem imele višje koncentracije živega srebra), statistično značilno **boljši v kognitivnih testih** kot otroci, katerih matere rib skoraj niso uživale. Ta rezultat je bil za raziskovalce presenetljiv. Pri tem ima pomembno vlogo tudi socialno-ekonomski status – ljudje, ki uživajo večje ribe, so običajno prebivalci z višjim dohodkom, bolj ozaveščeni glede zdrave prehrane in posledično so tudi njihovi otroci v povprečju bolj zdravi. V okviru iste študije so raziskovalci ugotavljali tudi prisotnost organofosforinih pesticidov v vzorcih otrok ter koncentracije svinca. V primerih, ko so bile te vrednosti povišane, so zaznali manjšo kognitivno sposobnost otrok. Vendar pa so ugotovili, da pri samostojnem vplivu živega srebra (brez sočasne prisotnosti pesticidov ali svinca) ni bilo zaznani zmanjšanja kognitivnih funkcij. Če pri pacientu, ki si je samoplačniško dal preveriti prisotnost strupenih snovi, ugotovimo povišane vrednosti v serumu, je pomembno, da se osredotočimo tudi na tarčne organe. To vključuje preverjanje nevroloških simptomov, izvedbo magnetne resonance glave ter osnovnih laboratorijskih preiskav. Po prejetih izvidih naj se osebni zdravnik poveže s toksikologom, s katerim se dogovorita za nadaljnje

ukrepe. Ob tem je treba pacienta pomiriti in ga poučiti o pomenu izvidov ter nadaljnjih korakih, da bo razumel situacijo in se počutil varno.



Kot specializant družinske medicine sem se 16. septembra 2025 udeležil konference v Lizboni, ki jo je gostilo Gibanje mladih zdravnikov (ang. Young Doctors' Movement) v sklopu Svetovne organizacije družinskih zdravnikov (ang. World Organization of Family Doctors – WONCA). Priložnost potovati v tujo deželo ter izmenjati praktične izkušnje in ideje z družinskimi zdravniki s celega sveta je bila neprecenljiva. Če bom le imel možnost, se bom konference brez dvoma ponovno udeležil. Moja udeležba pa ni bila le v vlogi opazovalca, saj sem na njej predstavil svoje izkušnje z organizacijo Kralji ulice, s katero kot svetovalec sodelujem zadnji dve leti. Obširnejši opis mojih izkušenj in opažanj v tem času je na voljo v časopisu Kralji ulice št. 227.

Pri Kraljih ulice, nevladni humanitarni organizaciji za pomoč in samopomoč brezdomcev, sem začel delati januarja 2024 kot del evropskega projekta, imenovanega Mostovi sprememb – upanje za brezdomce. Nosilec projekta je italijanska nevladna organizacija Medici per la Pace, tj. Zdravniki za mir. Cilj projekta je približati zdravstvo populaciji ljudi, ki je imela do njega zgodovinsko slabši dostop, zlasti brezdomcem in odvisnikom od prepovedanih substanc. V sklopu projekta so Kralji ulice prejeli sredstva za zaposlitev medicinske sestre za polni delovni čas ter zdravnika v manjši, predvsem svetovalni vlogi. Ta vključuje interpretacijo izvidov, obravnavo zdravstvenih problemov in načrtovanje nadaljnjega zdravljenja ter napotitev v ustrezne zdravstvene ustanove, velikokrat s spremstvom zaposlenih socialnih delavcev. Moja vloga je dokaj omejena, saj Kralji ulice niso zdravstvena ustanova in tam ni možno izvajati zdravstvenih storitev, ki smo jih vajeni v ambulanti družinske medicine, npr. predpisovanja napotnic in receptov ter jemanja krvi in urina za laboratorijske preiskave.

Kako poteka delo v dnevnem centru Kraljev ulice? Daleč največ truda je namenjenega prevezam kroničnih ran. Te so z naskokom najbolj pereč akutni zdravstveni problem, zaradi katerega uporabniki dnevnega centra obiščejo našo ambulanto oz. so sploh pripravljene poiskati zdravstveno pomoč. Kronične rane pri brezdomcih in uporabnikih prepovedanih substanc so zelo kompleksne. Večina kroničnih ran v naši oskrbi je primerljiva z razjedami, ki se pojavijo pri diabetičnem stopalu, močno napredovale venskem popuščanju spodnjih okončin, periferni arterijski okluzivni boleznimi ali po obsevanju. Zahtevajo veliko truda in potrpežljivosti tako s strani pacienta kot zdravstvenega delavca in redno uporabo sodobnih oblog, ki so sicer namenjene pacientom s prej naštetimi boleznimi. Zdravijo se počasi, tudi več let, in že najmanjši »prekrški«, kakor je zamujen termin preveze, neupoštevanje navodil o negi in počitku ali zloraba substanc, ki vplivajo na periferno prekrvavitev, lahko v nekaj dneh poslabšajo več tednov, tudi mesecev napredka v celjenju. Zakaj je tako? Redkokateri uporabnik ima katero od prej naštetih bolezni. Kaj torej botruje k nastanku in slabemu celjenju rane? Zakaj potrebujejo izjemno drage sodobne obloge, medtem ko bi podoben pacient iz splošne populacije potreboval samo jodovo mrežico in morda vpojno oblogo? Zakaj naša sestra potrebuje od 30 minut pa tudi do 1 ure za prevezo, medtem ko v zdravstvenem domu preveze sestre običajno opravijo v največ 10 minutah in se vmes oglašajo na telefon in sprejemajo paciente? Upoštevati moramo dejavnike tveganja, katerih nismo vajeni v splošni populaciji:

- Zloraba substanc – marsikatera rana je nastala kot posledica nepravilnega zbadanja. Vendar tudi če zanemarimo neustrezno injiciranje, lahko primesi v drogi ali učinkovina sama (kokain, na primer, povzroča periferno vazokonstrikcijo) slabo vplivajo na celjenje kroničnih ran.
- Kalorični deficit pri prehrani, predvsem neustrezen beljakovinski vnos – ranljiva populacija ljudi, med katere spadajo odvisniki in brezdomci, redko doseže potreben dnevni kalorični vnos, še redkeje pa potreben, prehransko pester dnevni kalorični vnos. Ko je telo v fazi celjenja, potrebuje še več hranil, beljakovin, vitaminov, ki so pa redko kdaj zagotovljeni.
- Gibanje in okolje – vsakemu pacientu z obsežnejšo rano ali poškodbo načeloma svetujem počitek v domačem okolju. Kaj pa, ko počitek zaradi življenjskega sloga ni možen? Kaj pa, ko ni domačega okolja? Marsikateri uporabniki s kroničnimi ranami, tako po svoji izbiri kakor zaradi dejavnikov zunaj njihovega nadzora, ne morejo slediti tem, sicer osnovnim in jasnim navodilom, ki bi omogočale dobro celjenje rane.



Primer uspešnega celjenja rane, do katerega je prišlo v obdobju šestih mesecev z zgoraj omenjenimi ukrepi in uporabo sredstev, ki niso bili možni pred pričetkom projekta.

Podatek, ki vas bo morda presenetil: približno 80 % uporabnikov dnevnega centra ima sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje in velika večina je tudi opredeljenih v ambulanti družinskega zdravnika. Kje je torej problem? Zakaj setako veliko uporabnikov obrača na nas s svojimi zdravstvenimi težavami? Odgovor leži v napetem odnosu med brezdomno (vključno z odvisniško) populacijo in zdravstvenimi delavci, kjer je prisotna obojestranska diskriminacija. Kot ste verjetno mnogi izkusili osebno, so brezdomni pacienti zahtevni pacienti. Pogosto se borijo z odvisnostjo, bodisi od alkohola ali od prepovedanih drog,

imajo nediagnosticirane ali vsaj nenaslovljene duševne bolezni, slabo sodelujejo med obravnavo ali jo celo aktivno otežujejo. S svojim osebnim zdravnikom so v slabem odnosu zaradi zdravnikovih kritičnih pogledov do njihovega socialnega stanja, tudi če so ti dobronamerni. Poleg tega jih možnost, da bi srečali družinske člane ali znance v čakalnici, pogosto prisili, da poiščejo pomoč drugod, največkrat na urgenci. Ta zadnji del je ključnega pomena za razumevanje frustracij, ki jih zdravstveni delavci čutijo ob obravnavi teh pacientov, in frustracij, ki jih brezdomci čutijo, ko iščejo zdravniško pomoč.

Zdravljenje na urgenci, kot vsi vemo, ni hitro. Patologije so pogosto bolj kompleksne kot le prehlad, vključujejo lahko laboratorijske preiskave in slikovno diagnostiko. Posledično obisk, ki traja več kot deset ur, ni nič nenavadnega. Zapovprečnega brezdomca je to nesprejemljivo, saj jih njihove druge potrebe prisilijo, da odidejo, preden je zdravljenje zaključeno. Zdravstveni delavci to upravičeno dojemajo kot zapravljanje časa in energije, medtem ko je problem, zaradi katerega je brezdomec poiskal pomoč, ostal nerešen. Na dolgi rok to le poslabša zdravstveno stanje ter povzroči dodaten odpor do zdravstvenega sistema. To vodi v začaran krog, kjer brezdomci ignorirajo svoje zdravstvene težave iz strahu pred slabo obravnavo, kar pripelje do potencialnega poslabšanja stanja do točke, ko ga ni več mogoče prezreti. To jih, prostovoljno ali ne, ponovno pripelje do urgence, kjer pretekle slabe izkušnje vodijo do še manjše pripravljenosti za sodelovanje, kar dodatno frustrira že tako izčrpane zdravstvene delavce.

Ali obstaja način, kako prekiniti ta začarani krog in olajšati obravnavo tako za paciente kot za zdravstvene delavce? Po naših izkušnja, da – v obliki podpornega člana, socialnega delavca. Pomislimo: otroke spremljajo starši ali skrbniki, starejše pa družinski člani ali negovalci. Socialni delavec, ki mu brezdomna oseba zaupa, lahko prevzame podobno, podporno vlogo, ki jo taka oseba obupno potrebuje. Lahko jih spremlja do zdravnika ali pa jih vsaj usmeri v pravo smer. Socialni delavec hkrati razbremeni tudi frustracije zdravstvenega osebja, saj slednji lahko prenesejo navodila in načrtovan potek zdravljenja na zanesljivo osebo, s čimer se poveča aderenza in uspešnost zdravljenja. Menim, da šestletniku nikoli ne bi dovolili, da sam obiše svojega pediatra, kaj šele urgentni center. Četudi se sliši nekoliko nenavadno, bi morali enako postopati tudi pri socialno šibkih pacientih, ki to pomoč potrebujejo. Ne glede na to, ali smo mnenja, da si to dodatno podpora zaslužijo, so rezultati zdravljenja – oziroma njihov manko – dovolj zgovorni.

Recept za dolgoživost, stebri dolgoživosti

Helena Fabris

V ambulanto le redko pride. Gospod ima 87 let in živi na kmetiji daleč od mestnega vrveža. Zdravnika obiše približno na tri leta – in še to nerad. Zdravi se zgolj zaradi zvišanega krvnega tlaka.

Ko ga vprašam, kakšne so njegove meritve krvnega tlaka doma, rahlo zamahne z roko: »Ah, moj pritisk ni prav kulturnen, skače po svoje.« A ob tem mirno dodaja, da se počuti dobro. Na moje vprašanje, kako doseže to dobro počutje, kaj naredi za svoje zdravje, mi zelo podrobno odgovori.

Zjutraj na tešče zaužije žličko olja, nato sok ene limone s toplo vodo, vzame kapsulo omega-3, strok česna, nato bos hodi po travi na vrtu. Na vrtu nabira domača zelišča, obvezno pogrizlja list žajblja, popoldne popije šilce švedske grenčice, vzame nekaj propolisa, vsak dan telovadi 20 minut in si vzame še 10 minut za meditacijo. Dobro spi, ponavadi 7 ur. Nima bolečin.

Ko to pripoveduje, se zdi skoraj neverjetno – a ob njem ni dvoma: vitalen je, bister, duhovit in telesno čil. Njegova življenjska filozofija je preprosta, vendar dosledna – in prav v tem se skriva srž dolgega in kakovostnega življenja. Primer tega pacienta ni osamljen. Dolgoživi ljudje po svetu imajo pogosto preprost, a zelo aktiven življenjski slog, ki vključuje naravo, rutino, zmernost in notranji mir. Znanje znanosti se v takih primerih sreča s ljudsko modrostjo – in vredno ju je povezati.

Dolgoživost ni več zgolj domena genetike, temveč rezultat številnih vsakodnevnih odločitev. Medtem ko nekaterih dejavnikov, kot sta dednost ali okolje iz otroštva, ne moremo spremeniti, imamo velik vpliv na svoj življenjski slog, prehrano, gibanje, odnose in mentalno zdravje – vse to pa igra ključno vlogo pri tem, kako dolgo in kako kakovostno bomo živeli.

Predstavljam vam z znanostjo podprte stebre dolgoživosti, ki se ujemajo s takimi navadami.

1. Prehrana kot zdravilo

Številne raziskave kažejo, da imajo dolgožive populacije – od Japonske in Sardinije do Kostarike in Grčije – skupne prehranske vzorce:

- **Prevladuje rastlinska prehrana:** stročnice, zelenjava, sadje, oreški, polnozrnata žita.
- **Zmernost z živalskimi izdelki:** ribe, jajca in mlečni izdelki v manjših količinah.
- **Zelo malo predelanih živil in skoraj nič industrijsko dodanega sladkorja.**
- **Zmernost pri obrokih** – Okinavčani se držijo pravila *hara hachi bu* (jej do 80 % sitosti).

Študije populacij v modrih conah (ang. Blue Zones) kažejo, da ljudje, ki se prehranjujejo z rastlinsko hrano in uživajo manj mesa, živijo dlje [1]. Redno uživanje stročnic, oreščkov in fermentiranih živil je povezano z manjšo umrljivostjo zaradi srčno-žilnih bolezni [2].

2. Naravno gibanje – vsak dan

Za dolgo življenje ni potrebno obiskovati fitnesa ali teči maratonov. Ključno je vsakodnevno, zmerno gibanje:

- hoja,
- vrtnarjenje,
- hišna opravila,
- kolesarjenje.

Dolgoživi ljudje se gibljejo **naravno in redno**, pogosto do visoke starosti. Zmerno vsakodnevno gibanje (npr. hoja ali delo na vrtu) zmanjša tveganje za prezgodnjo smrt [3], [4].

3. Družbeni stiki in povezanost

Osamljenost skrajšuje življenje bolj kot debelost ali kajenje. Ljudje, ki imajo tesne odnose z družino, prijatelji in skupnostjo, živijo dlje in bolje. Pomembni dejavniki so:

- občutek pripadnosti,
- redni stiki z bližnjimi,
- medgeneracijska povezanost,
- smiselno delo ali prostovoljstvo.

Osamljenost in socialna izolacija sta povezana s povečanim tveganjem za smrt, ne glede na druge dejavnike [5]. Ljudje z močnim občutkom skupnosti imajo boljšo kognitivno funkcijo in psihofizično zdravje v starosti [6].

4. Smisel in notranji mir

Sposobnost soočanja s stresom, optimizem ter občutek smisla dokazano podaljšujejo življenje. Študije kažejo, da ljudje, ki imajo jasen življenjski namen (japonsko *ikigai*), redkeje zbolijo in živijo dlje.

- Meditacija, molitev ali druge oblike duhovne prakse,
- hvaležnost,
- pozitivno razmišljanje,
- ohranjanje radovednosti in osebne rasti v starosti.

Imeti življenjski namen (npr. *ikigai* na Japonskem) znatno zmanjša tveganje za bolezni srca in prezgodnjo smrt [7]. Meditacija in duhovna praksa zmanjšujeta vnetne procese in podaljšujeta telomere [8].

5. Spanje in počitek

Kakovosten spanec je osnova dolgega življenja:

- 7–8 ur spanja na noč,
- redna spalna rutina,
- temno in tiho spalno okolje,
- brez zaslonov pred spanjem.

Ustrezen spanec (7–8 ur) je povezan z manjšo smrtnostjo in manjšim tveganjem kroničnih bolezni [9]. Kakovosten spanec vpliva na regeneracijo celic, kognitivne sposobnosti in presnovo.

6. Zmernost in preventiva

- Izogibanje tveganim vedenjem (kajenje, čezmerno pitje alkohola),
- redni zdravniški pregledi in cepljenja,
- vzdrževanje zdrave telesne teže,
- spoštovanje telesa in njegove meje.

Zdrav življenjski slog, ki vključuje uravnoteženo prehrano, redno gibanje, opustitev kajenja in zmernost pri alkoholu, lahko podaljša življenje za več kot deset let [10].

Zaključek

Čeprav čudežnega eliksirja za večno mladost ni, se skrivnost dolgega življenja skriva v preprostih, vsakdanjih odločitvah. Dobra novica je, da ni nikoli prepozno za spremembe – že majhni koraki lahko vodijo do velike razlike. Kot pravi pregovor: »Ne dodajaj let življenju, dodajaj življenje letom«.

Seznam znanstvenih virov:

1. Buettner, D. (2012). *The Blue Zones: Lessons for Living Longer From the People Who've Lived the Longest*. National Geographic Books.
2. Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C. D., & Mozaffarian, D. (2017). Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. *JAMA*, 317(9), 912–924. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0947>
3. Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
4. Saint-Maurice, P. F., Troiano, R. P., Bassett, D. R., Graubard, B. I., Carlson, S. A., Shiroma, E. J., & Matthews, C. E. (2020). Association of Daily Step Count and Step Intensity With Mortality Among US Adults. *JAMA*, 323(12), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1382>
5. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
6. Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
7. Cohen, R., Bavishi, C., & Rozanski, A. (2016). Purpose in Life and Its Relationship to All-Cause Mortality and Cardiovascular Events. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122–133. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000274>
8. Black, D. S., & Slavich, G. M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>
9. Itani, O., Jike, M., Watanabe, N., & Kaneita, Y. (2017). Short sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Medicine*, 32, 246–256. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.08.006>
10. Li, Y., Pan, A., Wang, D. D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O. H., ... & Hu, F. B. (2018). Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation*, 138(4), 345–355. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>

Program strokovnih srečanj Združenja zdravnikov družinske medicine v letu 2026

Najnovije programe in sporočila v zvezi s strokovnimi srečanji, ki jih organizira ali priporoča Združenje zdravnikov družinske medicine, najdete na spletni strani <http://www.drmed.org/index.php?k=5> v rubriki Koledar srečanj.

Januar 2026

KAJ 42. Delavnice za mentorje v družinski medicine

KDAJ 09.–10. 1. 2026

KJE Ljubljana

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine

KONTAKTI Lea Vilman

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 50

KOTIZACIJA Ni

Marec 2026

KAJ 42. Delavnice za mentorje v družinski medicine

KDAJ 05.–07. 3. 2026

KJE Moravske Toplice, Terme Moravske Toplice

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.

KONTAKTI Lea Vilman

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 50

KOTIZACIJA Ni

KAJ 29. Schrottovi dnevi – Novosti v zdravljenju

KDAJ 20.–21. 3. 2026

KJE Ljubljana, Cankarjev dom

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in farmacevte

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine

Asist. Mateja Kokalj Kokot, dr. med.

Špela Tevžič, dr. med.

Prim. mag. Rajko Vajd, dr. med.

Prim. Dean Klančič, dr. med.

Barbara Toplek

KONTAKTI Barbara Toplek

Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Tel.: 01 438 69 14, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 220 € (DDV ni vključen)

April 2026

KAJ 42. Delavnice za mentorje v družinski medicine

KDAJ 10.–11. 4. 2026

KJE Ankaran

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine

KONTAKTI Lea Vilman

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15,

faks: 01 438 69 10, kdrmed@mf.uni-lj.si

KANDIDATI 50

KOTIZACIJA Ni

KAJ 25. Kokaljevi dnevi

KDAJ 17.–18. 4. 2026

KJE Laško, Kongresni center Park Laško

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, patronažne sestre, reševalce in farmacevte

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Zdravstveni dom Celje

Organizacijski odbor:

Klemen Pašič, dr. med.

Andrej Pangerc, dr. med.

Mateja Pišljar, dr. med.

Tina Klinar, dr. med.

Rok Repas, DMS

Maja Drešček Dolinar, DMS

Marko Drešček, dr. med.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 438 69 14, nina.stojs@gmail.com, <http://www.drmed.org/kokaljevi-dnevi/>, <https://www.e-medicina.si/kokaljevi-dnevi/>

KANDIDATI 200

KOTIZACIJA Strokovna javnost 190 €, enodnevna kotizacija 130 €, upokojenci, specializanti 100 €, ambulantni tim 450 € (DDV ni vključen),

Maj 2026

KAJ 51. Strokovno srečanje timov 2026

KDAJ 29.–30. 5. 2026

KJE Hotel Mons, d.o.o. Four Points by Sheraton Ljubljana Mons

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre o smernicah za družinsko medicino, s posebnim poudarkom na timskem delu in na vsebinah, pomembnih za delo v ambulanti družinske medicine.

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Zavod za razvoj družinske medicine
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v DM

Organizacijski odbor:

asist. Ana Perdih, dr. med.

asist. Žan Trontelj, dr. med.

asist. Veronika Vežjak, dr. med.

Barbara Bukovnik, dipl. m.s.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Telefon: 01 438 69 14, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 200

KOTIZACIJA

zdravniki 175 €, sestre 140 €,

tim zdravnik + MS/ZT 220 €,

tim DR+SMS+DMS 280 €;

specializanti, upokojeni zdravniki in študentje zdravstvene nege in medicine na vseh stopnjah so brez kotizacije

September 2026

KAJ 35. Mednarodni Janko Kersnik EURACT tečaj na Bledu: KRITIČNO MIŠLJENJE IN UMETNA INTELIGENCA V DRUŽINSKI MEDICINI

KDAJ 23.–26. 9. 2026

KJE Bled, Ribno

KOMU Strokovno izobraževanje za učitelje in klinične mentorje družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Zavod za razvoj družinske medicine

OZG – Zdravstveni dom Bled

Evropska akademija učiteljev v družinski medicini (EURACT)

Doc. dr. Vesna Homar, dr. med.

Prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.

KONTAKTI Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15, info@zrdm-idfm.si

<http://www.bled-course.org/lang/>

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA Za slovenske udeležence

kotizacije ni

KAJ 19. Zdravčevi dnevi

KDAJ 25. september 2026

KJE Hotel VIVAT, Moravske Toplice

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine

doc. dr. Staša Vodička, dr. med.

Jana Podojsteršek, dr. med.

Leon Köveš, dr. med.

Sašo Duh, dr. med.

Nina Cvek, dr. med.

KONTAKTI Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 438 69 15, faks: 01 438 69 10, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 60

KOTIZACIJA 100 € (DDV ni vključen)

Oktober 2026

KAJ 28. Fajdigovi dnevi

KDAJ 16.–17. 10. 2026

KJE Kranjska Gora, Hotel Kompas

KOMU Strokovni javnosti

KDO ORGANIZIRA

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD

Zavod za razvoj družinske medicine

Osnovno zdravstvo Gorenjske

prim. dr. Aleksander Stepanović, dr. med.

prim. prof. dr. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.

Mihaela Strgar Hladnik, dr. med.

Nataša Kern, dr. med.

Polona Kern, dr. med.

Vida Velev, dr. med.

Luka Velev, dr. med.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Telefon: 01 438 69 14, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 170 €, enodnevna kotizacija 125 € petek in 65 € sobota (DDV ni vključen).

Ob zgodnji prijavi do 1. 9. 2026 priznamo na navedene cene 10 % popust.

November 2026

KAJ 13. Mariborski kongres družinske medicine

KDAJ 27.–28. 11. 2026

KJE Maribor, Kongresni center Habakuk

KOMU Strokovno izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre

KDO ORGANIZIRA

Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD,

Zavod za razvoj družinske medicine

Prim.izr. prof. dr. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med.,

višja svetnica

Maja Arzenšek, dr. med.

Nataša Magušar Lorber, dr. med.

Primož Rus, dr. med.

KONTAKTI Zavod za razvoj družinske medicine,

Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, telefon:

01 438 69 14, info@zrdm-idfm.si

KANDIDATI 250

KOTIZACIJA 200 € (DDV ni vključen)