

DR. VLADIMIR PFEIFER, OČESNI KIRURG

# »Do pacienta moraš biti vedno odkrit«

Marsikateri strokovnjak to, da pacient poišče drugo mnenje, razume kot nezaupanje v njegovo znanje. »To se mi zdi povsem zgrešeno,« pravi očesni kirurg dr. Vladimir Pfeifer, ki se lahko pohvali s številnimi svetovnimi in evropskimi priznanji za svoje delo. Prepričan je, da mora zdravnik, če želi ohraniti avtoriteto, pacientu vedno iskreno predstaviti njegovo stanje, možnosti in tudi morebitne zaplete, predvsem pa ga usmeriti drugam, če ni povsem prepričan, da je prav on tisti, ki bo najbolje izvedel določen postopek.

**D**r. Vladimir Pfeifer je junija letos na kongresu ameriškega združenja za kataraktno in refraktivno kirurgijo ASCRS (American Society for Cataract and Refractive Surgery) v San Diegu prejel prvo nagrado za film o inovativni minimalno invazivni operativni tehniki implantacije umetne šarenice in umetne leče, ki ga je prikazal na kongresu. Pfeifer je znan kot prodoren strokovnjak, ki išče nove, čim manj invazivne metode kirurških postopkov na očeh in uživa ugled tako med kolegi kot tudi med pacienti.

## ■ Kaj nagrada, ki ste jo prejeli pred nedavnim, pomeni za vaše delo?

Nagrada dokazuje, da smo v tej državi oziroma konkretnije v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana razvili nekaj relevantnega, da smo v samem vrhu svetovne oftalmologije. Da pripomoremo k razvoju in pišemo zgodovino. Metoda implantacije umetne šarenice in umetne leče je res minimalno invazivna in rezultati so zelo dobri.

## ■ Jo lahko opišete?

Ljudem, ki imajo poškodovano šarenico ali se rodijo brez nje, se blešči in sliko vidijo nejasno. Zato iščemo alternative, kako jim pomagati. Ena izmed možnosti je namestitev umetne šarenice, ki nadomesti pacientovo šarenico. Vprašanje pa je, kako jo pritrđimo v oko, kakšna je rana, koliko časa traja okrevanje... Poleg tega se velikokrat pri poškodbah očesa zgodi, da sta poškodovani tako šarenica kot leča, ki ju je treba nadomestiti. Pri metodi, ki sem jo razvil, lahko sočasno vstavimo umetno lečo in umetno šarenico ter ju pričvrstimo v beločnico. Metodo, ki jo je pred tremi leti in pol predstavil japonski strokovnjak in pri kateri z dvema majhnima vbodoma z iglo umetno lečo zasidraš v beločnico, sem malo spremenil in jo

izpopolnil tako, da so pri njeni izvedbi rezultati boljši. S to tehniko – tehniko interskleralne fiksacije umetne leče – se ukvarjam približno tri leta in o tem sem predaval na ameriških in evropskih kongresih, medtem ko operativno tehniko vstavitve umetne šarenice uporabljam in razvijam zadnjih šest let.

## ■ Za koga je ta metoda uporabna?

Za vse, ki imajo poškodovano šarenico, ne glede na starost. Metodo vstavitve intraokularne leče brez umetne šarenice smo začeli uporabljati tudi že pri otrocih. Do zdaj so rezultati zelo dobri, saj je travma res minimalna, vendar bo za konkretnije rezultate treba še nekaj časa počakati. Od izvedbe prve operacije, kjer sem uporabil novo metodo, je minilo dobro leto, do zdaj pa sem jo uporabil pri dveh pacientih. Zavarovalnica plača tri namestitve umetne šarenice na leto, ne glede na potrebe. Trenutno na takšno operacijo čaka približno deset pacientov.

## ■ Film, za katerega ste prejeli nagrado, ste posneli med operacijo. Ali vse operacije snemate?

Vseh ne, veliko pa. Uporabljam svojo opremo, posnamem celo operacijo, nato pa v osmih minutah prikažem tisto, kar je res pomembno. Prepričan sem, da bi morali vsako operacijo snemati. Po desetih letih se namreč kirurg ne spomni več natančnega poteka operacije in vseh postopkov, pa čeprav ima zapiske. In zgodi se, da nekoč pacient znova potrebuje tvojo pomoč. Poleg tega mu na posnetku lahko natančno pokažeš, kaj si naredil in kako. Dobro je tudi, če morda pride do kakšne pritožbe ali celo sodnega postopka.

## ■ Te je najbrž bolj aktualno v ZDA kot v Sloveniji.

Tudi v Sloveniji gremo v to smer. Težava je naša zakonodaja, ki je na tem področju slaba.

»Običajno bi moralo biti, da če se pacientu nekaj zgodi in je zavarovan ali je za to zavarovan tisti, ki ponuja storitev, bi moral ta dobiti odškodnino tudi, ko ni šlo za zdravniško napako. Določen odstotek takih zapletov se pri operacijah zgodi povsod po svetu.

## ■ Kaj konkretno je slabo?

Pri pacientu se morda po operaciji zgodi zaplet, ki je sicer kot možen opisan tudi v literaturi, vendar v majhnem odstotku. Če želi ta pacient dobiti odškodnino, mora zdravniku dokazati, da je naredil napako, sicer zavarovalnica odškodnine ne plača. To ni prav. Običajno bi moralo biti, da če se pacientu nekaj zgodi in je zavarovan ali je za to zavarovan tisti, ki ponuja storitev, bi moral ta dobiti odškodnino tudi, ko ni šlo za zdravniško napako. Določen odstotek takih zapletov se pri operacijah zgodi povsod po svetu. Pacient je sicer pred operacijo s tem seznanjen in podpiše tudi izjavo, vendar tak način, kot ga imamo trenutno v Sloveniji, ni pošten. Na sodišču je zato veliko nepotrebnih tožb, saj morajo pacienti, če želijo odškodnino, zdravniku dokazati napako, pa čeprav je mogoče sploh ni bilo in je se je zaplet vseeno zgodil. Zakon v bistvu ščiti zavarovalnice.

## ■ Koliko časa traja v Sloveniji, da se uveljavi nova metoda? Koliko strokovnjakov na primer uporablja vašo metodo pričvrstitve umetne šarenice s štirimi šivi?

To počnem samo jaz, saj takih operacij v Sloveniji ni veliko, tri na leto, kolikor jih je zavarovalnica pripravljena plačati. Tudi potrebe niso velike, približno 10 do 15 ljudi na leto bi potrebovalo takšno operacijo.

## ■ Svojih kolegov pa te metode še niste naučili?

Še nisem, vendar pa imajo vsi možnost, da pridejo in si ogledajo operacijo.

## ■ Kako hitro začnemo v Sloveniji uporabljati nove metode iz tujine?

Zelo hitro. Takoj ko ocenimo, da gre za boljšo metodo, jo hitro uvedemo v svojo prakso. Lahko rečemo, da smo Slovenci v vrhu, kar zadeva uporabo novih metod. Če pogledamo na primer operacijo sive mrežnice, smo v povprečju boljši od denimo Nemčije, operacije izvajamo po naj sodobnejših metodah, uporabljamo najboljši material ...



»Veseli sem, kadar pacienti poiščejo drugo mnenje, pa čeprav je povsem drugačno od mojega. Tako namreč dobim še drugačen pogled in včasih začnem tudi sam razmišljati, ali ne bi bila mogoče neka druga metoda, drugačen pristop v tem primeru boljši.

## ■ Dejali ste, da ste do zdaj metodo interskleralne fiksacije umetne leče uporabili pri dveh pacientih. Glede na to, da gre za novost, kako pacienta prepričate o takšni operaciji?

Pojasnim mu, kaj je mogoče narediti, nato pa se sam odloči, ali bo to sprejel ali ne.

## ■ Ste prvemu pacientu, na katerem ste izvedli novo metodo, povedali, da bo prvi?

Pacient je vedel, da potrebuje umetno šarenico in da jo bo dobil z operacijo. Kako bo operacija potekala in kakšno metodo bom uporabil, mu nisem razlagal.

Že dolgo časa je minilo od takrat, ko so razvili umetne šarenice, ampak je ob njihovi uporabi pogosto prišlo do kroničnih vnetij na območjih, kjer se šarenica dotika intraokularnih struktur. Zato sem pred leti razvil metodo, ki omogoča, da umetna šarenica visi na štirih šivih in se torej ne dotika ničesar v očesu. Od operacije prvega pacienta, ki sem ga operiral tako, je minilo že pet let in pol in rezultati so

odlični. Ta nova metoda, ki sem jo predstavil v filmu, pa prav tako omogoča, da se umetna šarenica ničesar ne dotika, ne visi pa več na štirih šivih, ampak le na dveh haptikah.

## ■ Pacienti vam torej zaupajo, vas dojemajo kot avtoriteto, v številnih primerih pa ni tako. Včasih je bil zdravnik za pacienta že sam po sebi avtoriteta, danes pa se ta odnos spreminja. Zakaj? Sta res kriva Google in svetovni splet, kot večkrat slišimo?

Informacij na spletu je veliko, tudi zelo dobrih in verodostojnih. Vse več ljudi jih zna najti, prebrati in tudi razumeti.

## ■ Je mogoče to razlog, da je avtoriteta zdravnikov velikokrat na preizkušnji? Kaj je tisto, kar vam pomaga vzpostaviti zaupen odnos s pacientom in hkrati obdržati avtoriteto, zbuhati zaupanje v to, da zelo dobro veste, kaj delate?

Do pacienta moraš biti vedno odkrit. Povsem jasno mu moraš predstaviti, kakšno je njegovo stanje, kakšne metode za reševanje tega stanja v svetu obstajajo, kaj znamo mi, kaj znajo drugi ... Predstaviti mu moraš vse možnosti, tudi morebitne zaplete, pa čeprav so možnosti zanje minimalne. Če nisi povsem prepričan, da si ti oseba, ki bo najbolje izvedla določen postopek,

moraš pacienta usmeriti drugam. Vsak človek, ki gre na neko resno operacijo, bi se moral prej posvetovati vsaj s tremi različnimi strokovnjaki. Toda marsikateri strokovnjak to, da pacient poišče drugo mnenje, razume kot nezaupanje, kar vpliva na nadaljnji odnos med zdravnikom in pacientom. Tega se zavedam in se mi zdi povsem zgrešeno. Sam sem vesel, da poiščejo drugo mnenje, pa čeprav je povsem drugačno od mojega. Tako namreč dobim še drugačen pogled in včasih začnem tudi sam razmišljati, ali ne bi bila mogoče neka druga metoda, drugačen pristop v tem primeru boljši. O posameznih primerih se vedno posvetujem tudi s kolegi. Ni namreč nujno, da je za pacienta najboljša tisto, kar mislim jaz, zato sem vesel, če so pacienti pripravljani na posvet z drugimi strokovnjaki, tudi tujimi. Kajti pacientu sicer lahko povem svoje mnenje, vendar je končna odločitev njegova, on bo z njo živel.

## ■ Kako je z zaupanjem v zdravnikovo avtoriteto v svetu?

Nekatere družbe menijo, da je treba zdravniku zaupati in da on ve, kaj je najbolje zate. Drugje, na primer v ZDA, je treba pacientu zelo jasno predstaviti tudi najmanjšo podrobnost. O tem, kaj je bolje, potekajo resne debate, a sam menim, da je prav, da pacientu pojasnimo čim več podrobnosti.





JURE HANOVEC

Medicinske univerze po Evropi, na primer na Dunaju in v Zürichu, so uvedle psihološke teste, ki jih morajo opraviti prihodnji študenti. Večina tistih, ki se za študij medicine odločajo iz nepravilnih razlogov, teh testov ne opravi. In tu slovenski izobraževalni sistem pade na celi črti.

**Kakšni so vaši pacienti? Vam zau-pajo in sledijo ali zahtevajo pojasni-la in odgovore na svoja vprašanja?** Povsem odvisno od njihovega značaja. Zagotovo je dvomljivcem veliko težje kot tistim, ki zau-pajo.

**In teh dvomljivcev je v zadnjem času čedalje več.**

Drži. K temu veliko pripomore tudi medijsko poročanje, ki v želji po čim večji gledanosti oziroma branosti išče škandale in senzacije. Včasih iz povsem nepomembnega dogodka naredijo medijski pomp in ustvarjajo paniko, sejejo nezaupanje med ljudi in tako naredijo veliko škode. Posledica je, da se na primer veliko denarja porabi za nepotrebne raziskave, ki jih ob nezaupanju do zdravnikov zahtevajo pacienti. Včasih se zgodi tudi, da se pacient za nekaj ne odloči, pozneje pa je bolezen že tako napredovala, da so zaradi tega potrebni večji posegi ali pa po nepotrebnem trpi.

**Pravite torej, da je na eni strani večja informiranost dobra, na drugi strani pa gremo lahko hitro čez mejo in z njo naredimo več slabega kot dobrega ...**

Res je, toda vseeno sem prepričan, da je treba pacientu ponuditi vse informacije, tudi tiste manj prijetne, da lahko sam sprejme informirano odločitev.

**Si vi tako gradite avtoriteto?**

Verjetno mi ljudje zaradi tega zaupa-jo. Vidijo, da ne bom naredil nečesa, kar za pacienta ni v tistem trenutku najboljše.

**Včasih naletimo na zdravnika, ki ne dopušča drugačnega mnenja, ugovora, vprašanj... Ki noče prisluhnuti pacientom in sebe postavi na piedestal vsevednosti. Kako zmanjšati število takih primerov?**

Mislím, da ima naš izobraževalni sistem za zdravstveno osebe veliko napako. Osnova za študij medicine je želja po tem, da boš kot zdravnik ljudem pomagal. Vendar pa se nekatere osebe za ta študij odločijo iz napačnih razlogov – ker so prepričane, da pomeni prestiž, veliko denarja ali uveljavljenje kot piscev strokovnih člankov. Medicinske univerze po Evropi, na primer na Dunaju in v Zürichu, so uvedle psihološke teste, ki jih morajo opraviti prihodnji študenti. Večina tistih, ki se za študij medicine odločajo iz nepravilnih razlogov, teh testov ne opravi. In tu slovenski izobraževalni sistem pade na celi črti. Imamo celo srednje šole, gimnazije, katerih cilj so zgolj čim boljši rezultati. Ti učenci potem pridejo na fakultete, za katere so zahtevane visoke ocene, vendar pa nimajo značaja, ki bi bil primeren za poklic, ki ga bodo opravljali. In to je velika napaka!

**Nenehno poslušamo, kako je v slovenskem zdravstvu vse narobe, kako se nič ne da premakniti, a vi in vam podobni posamezniki dokazujete, da je tudi v zdajšnjem sistemu z vsemi njegovimi napakami in pomanjkljivostmi mogoče dosegati odlične rezultate na svetovni ravni.**

Seveda je mogoče dosegati dobre rezultate. Morda nimamo tako dobre opreme kot pred dvema desetletjema, a vendar so naše možnosti odprte. Zdravstveni sistem so ljudje in največje vprašanje je, kako se z njimi ravna, kakšni so odnosi. Če nekoga nenehno zatiramo in ga kritiziramo, kot to počne politika, zagotovo ni motiviran za delo. Takšna politika državo stane. Sistem ni slab, težava pa so poštena plačila za vse zaposlene, ki bi morala biti vezana na količino dela, ki ga oseba opravi. Storitve vseh se namreč beležijo in povsem jasno ter preverljivo je, koliko pregledov, operacij in podobnega je naredil določen zdravnik. Če bi bil vsak zaposleni plačan po količini svojega dela, težav, kot jih imamo danes, v zdravstvu zagotovo ne bi bilo. Tudi čakalne vrste bi se občutno skrajšale, ker bi zdravniki več delali.

**Toda že zdaj trdijo, da delajo tako rekoč cele dneve ...**

Nekatere stroke so zagotovo kadrovske podhranjene in res preveč delajo, v drugih pa je rezerv še veliko.

**Katere konkretno?**

Da bi na to vprašanje lahko suvereno odgovoril, bi moral biti del njih. Toda zagotovo imajo nekatere stroke preveč dela, druge premalo, tudi trendi v razvoju medicine so različni. In glede na to bo treba voditi prilagojeno zdravstveno politiko. Veliko zdravnikov zato odide v tujino, sploh tisti, ki imajo možnosti, da lahko delajo več. Kajti v Sloveniji jim dodatnega dela, ki bi jim ga ustrezno plačali, ne omogočajo ali pa jim ga ne plačajo. Pozabljamó, da to, da ustvarimo zdravnika, strokovnjaka, družbo stane več sto tisoč evrov, naši sosedi pa ga sprejmejo odprtih rok.

**Znani ste po številnih novostih, ki jih uvajate v svoje delo, po metodah, pri katerih si prizadevate za to, da so čim manj invazivne. S čim se ukvarjate trenutno?**

Trenutno se veliko dogaja na področju glavkoma. Obstajata dve mnenji, kako naj se ta zdravi – nekateri trdijo, da je pri tem potrebno kirurško zdravljenje, drugi pa, da ga je treba zdraviti z zdravili. Na tem področju je razvoj zelo hiter. V svetu se na primer razvijajo številni pripomočki za minimalno invazivne antiglavkomske operacije, številne nove metode. Menim, da bo tukaj napredek največji in najhitrejši in da bo imela prednost kirurgija. Ministrstvo za zdravje bi lahko za operacijo glavkoma sprejelo podoben ukrep kot za operacijo sive mreže, ko je določilo ceno operacije in tako zelo skrajšalo čakalno dobo. Težava pri glavkomu je, da odlašanje z operacijo poškoduje vid in da dosežemo veliko boljše rezultate, če je operacija čim hitrejša. Ministrstvu smo zato predlagali, da bi sredstva namesto za kapljice za zdravljenje glavkoma raje namenili za njegovo kirurško odstranitev. Cene tovrstnih zdravil so namreč zelo visoke, čeprav nam jih je v zadnjem času uspelo nekoliko znižati. Če bi sredstva preusmerili v operacije, bi znižali stroške zdravljenja in olajšali življenje bolnikov.

**Toda industrija najbrž tega ne bi bila ravno vesela ...**

Verjetno res ne. Toda če želimo rešiti zdravstveni sistem, bi bilo smiselno, da denar sledi pacientu. Da se torej pacient sam odloči, kam želi, in da se to potem plača. Verjetno pa s temi sredstvi, ki jih imamo na voljo, tega res ni mogoče izpeljati. Še vedno sem prepričan, da imamo zelo dobro in dostopno zdravstvo, sploh glede na to, koliko plačujemo zanj. Ljudje se tega premalo zavedamo. Res pa je zelo nerodno, da morajo ljudje na storitve čakati tako dolgo.

Andreja Salamun  
md@medicina-danes.si