

IS IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
December 2025
Številka 12

DOMISELNI NAČINI PREPREČEVANJA BAKTERIJSKIH OKUŽB SEČIL

**Asist. dr. Kristijan Skok, dr. Uroš Bele,
prof. dr. Uroš Maver**

“Strategije proizvajalcev se delijo predvsem v dve glavni skupini: Antiadhezivne površine – mikro- in nanostrukturne teksture (t. i. »shark skin« topografija, površinska hidrofobnost, modulacija hrapavosti), ki mehansko preprečujejo pritrditev bakterij.”



E-poslovanje zbornice s svojimi člani

Kaj je varni elektronski predal?

Varen elektronski predal (v nadaljevanju: VEP) je elektronski naslov uporabnika v informacijskem sistemu za varno elektronsko vročanje, ki ga upravlja izvajalec storitev varnega elektronskega vročanja. V zborničnem primeru sta to podjetje EIUS (omogoča vročanje in pošiljanje dokumentov) in e-Uprava (omogoča vročanje dokumentov).

Pogoj za e-poslovanje je, da ima član kot fizična oseba odprt VEP pri enem od zgoraj navedenih ponudnikov.

Kaj mora član storiti, da lahko vzpostavi e-poslovanje?

Član, ki se bo vključil v e-poslovanje z zbornico (ali katerim koli drugim subjektom), mora:

- imeti urejeno eno od zaupanja vrednih spletnih prijav ponudnikov (Rekono, SI-TRUST, kvalificirano digitalno potrdilo – SIGEN-CA ...).
- vzpostaviti varni elektronski predal na spletni strani:
 - ◊ <https://vep.si/> po navodilih za registracijo, ki so dostopna na njihovi strani. Za pomoč pri registraciji se lahko obrnete na pisarna@eius.si ali na tel. št. **01 426 53 76**.
 - ◊ **e-Uprava** po navodilih za registracijo, ki so dostopna na njihovi strani. Za pomoč pri registraciji se lahko obrnete na ekc@gov.si ali na tel. št. **080 2002** (ponedeljek–petek: 8.00–22.00).
- vnesti svoj VEP-naslov v profil člana na spletni strani ZZS pod razdelek »Splošni podatki – E-poslovanje«. V primeru težav pri vstopu v intranet ter za dodelitev uporabniškega imena in gesla pišite na podpora@zss-mcs.si

ZBORNICI	ZBORNICA ZA ČLANE	KARIERNI RAZVOJ	KONGRESNA DEJAVNOST	INFORMACIJE, PUBLIKACIJE	VOLITVE 2017
----------	-------------------	-----------------	---------------------	--------------------------	--------------

Splošni podatki	Funkcije v zbornici	Izobrazba	Specializacija - vloga in mnenje	Licence in strokovni razvoj	Zaposlitev	Zasebnost	Dokumenti	Moje Prijave	Športno društvo
-----------------	---------------------	-----------	----------------------------------	-----------------------------	------------	-----------	-----------	--------------	-----------------

Splošni podatki in članstvo

Datum rojstva: 01.01.1900

E-poslovanje

VEP-naslov: Ni podatka

Obveščanje: konferenca in simpozij drugih organizatorjev; novosti o zdravilih in medicinskih pripomočkih ter druge ponudbe, za katere predvidevamo, da vas utegnejo zanimati.

Želim prejemati obvestila: ☒ Da ☐ Ne

Profil člana – podatek o VEP-naslovu

Vsi člani, ki imajo vpisan VEP-naslov, bodo vso uradno pošto prejeli elektronsko v navedeni predal.



Vse o VEP si lahko preberete na tej povezavi.

Predlog zakona o konoplji za omejeno osebno rabo

Metoda Dodič Fikfak, Tanja Urdih Lazar

Predlagana prepoved testiranja na THC ob rednih zdravstvenih pregledih delavcev je s strokovnega stališča popolnoma nesprejemljiva, saj bi bilo s tem nemogoče odkrivanje zlorabe, škodljive rabe ali odvisnosti od THC, kar bi brez dvoma predstavljalo veliko tveganje za varnost in zdravje pri delu (VZD) in imelo negativne posledice tudi za zdravje posameznika. V državah, ki so legalizirale rabo konoplje, se je po legalizaciji povečalo število poškodb pri delu. V skladu z našo zakonodajo je za VZD odgovoren delodajalec, ki mora s pomočjo ocenjevanja tveganja in preventivnih ukrepov zagotavljati takšno delovno okolje, da ne bo prihajalo do tveganj za varnost in zdravje delavcev oziroma bo to tveganje na najmanjši možni ravni. Tega v primeru uveljavitve zakona in predvsem spornega določila ne bo mogoče uveljavljati. Brez rednega spremljanja rabe konoplje in preventivnega testiranja na THC bodo namreč lahko delavci, ki redno uživajo konopljo ali so od THC že odvisni, opravljali tudi tvegana dela in s tem ogrožali ne samo lastno varnost, ampak tudi varnost drugih udeležencev v delovnem procesu in uporabnikov storitev. Prepoznavanje oseb, ki delajo pod vplivom THC ali drugih prepovedanih drog, je po sedanjih izkušnjah za delodajalca zelo težavno, saj nima za to usposobljenega kadra, zato se bo varnost pri delu v primeru uveljavitve zakona zagotovo poslabšala. Poleg tega zaradi onemogočenega sistematičnega spremljanja rabe konoplje delavci tudi ne bodo deležni pravočasne zdravstvene obravnave, tako zdravljenja odvisnosti od THC kot tudi odkrivanja in zdravljenja bolezni, povezanih z uporabo konoplje, od duševnih motenj, npr. psihoze, depresije in samomorilnega vedenja, do pljučnih in srčno-žilnih bolezni, tudi rakavih, ki jih povezujemo s kajenjem konoplje.

Uporaba konoplje zmanjšuje tudi psihofizične sposobnosti za vožnjo, povečana dostopnost pa se odraža v porastu števila prometnih nezgod, tudi nezgod s smrtnim izidom. Tveganje za prometno nezgodo pri vožnji pod vplivom THC je od 2- do 4-krat večje kot pri drugih voznikih.

Za razliko od alkohola je za THC nemogoče določiti relativno varno mejo, saj so učinki THC na posameznika zelo individualni in odvisni od številnih dejavnikov. Zato bi bilo v prometu nujno ohraniti ničelno mejo tolerance in iz predloga zakona črtati predlagane mejne vrednosti.

Poleg tega se z legalizacijo rabe konoplje dokazano povečuje dostopnost tudi med mladostniki in otroki. Po podatkih raziskave ESPAD slovenski dijaki, stari od 15 do 16 let, že zdaj v visokem deležu zaznavajo, da je konoplja lahko dostopna. V letu 2024 si po tem kazalniku delimo prvo mesto z Dansko in Nemčijo, ki je, kot vemo, v letošnjem letu legalizirala konopljo za nemedicinsko rabo. Mladostniki, ki menijo, da jim je konoplja zlahka dostopna, imajo 4,5-krat večjo verjetnost, da jo bodo tudi uporabili. Po deležu dijakov, ki sodijo med uporabnike konoplje z visokim tveganjem, smo prav tako v samem vrhu med državami, ki sodelujejo v raziskavi. Hkrati zelo majhen delež te populacije v Sloveniji ocenjuje, da je redna raba konoplje tvegana. Trditve predlagateljev, da bodo kljub sprejetju zakona mladostniki in otroci ustrezno zaščiteni, ne držijo, sploh ker bodo številni med njimi imeli dostop do konoplje v domačem okolju.

Z vidika javnega zdravja bi bilo tako najbolj smiselno zakon v celoti umakniti, saj omejevanje dostopa do psihoaktivnih snovi sodi med najbolj učinkovite preventivne ukrepe.

Prof. dr. Metoda Dodič Fikfak in
dr. Tanja Urdih Lazar,
Klinični inštitut za medicino dela, prometa in
športa, UKC Ljubljana

Uvodnik

- 3** Predlog zakona o konoplji za omejeno osebno rabo
Metoda Dodič Fikfak, Tanja Urdih Lazar

K naslovnici

- 6** Asist. dr. Kristijan Skok, dr. Uroš Bele, prof. dr. Uroš Maver
Alojz Ihan

Zbornica

- 12** Iz dela zbornice
- 16** Si res želimo zadete družbe?
Oddelek za odnose z javnostmi
- 17** »Če sistem ne deluje, avtonomija ni več svobodna«
Oddelek za odnose z javnostmi

Strokovni kotiček

- 19** Multidisciplinary Journal Club – Multidisciplinarni klub strokovne literature
Janez Tomažič

Aktualno

- 22** Evropski subspecialistični izpit iz mišično-skeletne radiologije (EDiMSK)
Mitja Rupprecht, Vladka Salapura, Žiga Snoj
- 25** O psihoterapiji z nekoliko drugačnega zornega kota
Anica Mikuš Kos

Iz Evrope

- 30** »Forever young?« Medicina za dolgo, zdravo življenje
- 30** S spolno močjo: Pobude za šport ter specialiste športne medicine
- 31** »Update« v oktobru

Forum

- 32** Komentar k zapisom
Anton Mesec
- 32** Starostna diskriminacija in javno zdravje
Dušan Nolimal

Medicina

- 35** Predstavitev multidisciplinarnega konzilija za obravnavo bolezní lobanjske baze
Multidisciplinarni tim za bolezní lobanjske baze
- 36** Kirurško zdravljenje epilepsije zaradi kavernoma: uvajanje sodobnih načel v slovensko klinično prakso
Tomaž Velnar, Tilen Žele, Borut Prestor, Anja Čuš, Gal Granda, Nataša Kos, Nuška Pečarič Meglič, Mirjana Perkovič Benedik, Roman Bošnjak, Bogdan Lorber
- 38** Pomen zgodnjega razvoja za vse nas, ki delamo z ljudmi
Breda Jelen Sobočan
- 40** Minimalno invazivni kirurški posegi v proktologiji – zakaj so spremembe nujne
Valentin Sojar

Poročila s strokovnih srečanj

- 44** Krhkost in ranljivost pacienta in zdravstvenega osebja
Maks Lenart Černelč
- 45** Evropski kongres spolne medicine: Premostitev vrzeli in graditev zdravja – odprta pot v spolno medicino
Gabrijela Simetinger, Irena Rahne Otorepec
- 47** 19. Bregantovi dnevi – Intersubjektivnost
Aleksander Koroša
- 49** Slovensko ortodontsko društvo in stalno podiplomsko izobraževanje v ortodontiji
Sanda Lah Kravanja

Strokovna srečanja

- 52** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 54** Strokovna srečanja
- 59** Mali oglasi

V spomin

- 61** V spomin profesorju Milanu Dimitrijeviću (1931–2025)
Janez Zidar
- 62** Moji spomini na profesorja Milana Dimitrijevića
Črt Marinček
- 63** V spomin – dr. Janja Stanič (1940–2025)
Milan Ličina, Jože Darovec

Obletnica

- 65** Z nami življenje teče dalje že 70 let
Ivica Marić, Irena Bricl, Natalija Lampreht
- 68** Prim. Franc Peternel – devetdesetletnik
Roman Korenjak

S knjižne police

- 70** Jaron Zapel Lanier: Čigava je prihodnost
Nina Mazi

Zanimivo

- 71** Tragika državljsanske vojne v dveh obrazih
Jože Darovec
- 72** Kaj bi rekel dr. House?
Marko Boh
- 74** Pričevalci – bolniki in zdravniki z narativno medicino poglobljajo razumevanje bolezní
Zvonka Zupanič Slavec

Zdravniki v prostem času

76 Noč brez spanja
Franci Bečan

78 Čudeži v Radovljici:
Kako najti luknjo?
Marjan Kordaš

80 Aforizmi in domisleki
Matjaž Lesjak

Zavodnik

81 Veter sprememb – vsaj tako
naj ostane!
Sanda Lah Kravanja

Kolofon

Leto XXXIV, št. 12, 1. december 2025
Natisnjeno 9.400 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
ISSN 1318-0193
Isis online: ISSN 1581-1611

Izdajatelj in založnik

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>

Odgovorni in glavni urednik

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
E: alozj.ihan@mf.uni-lj.si, T: 01 543 74 93

Uredniški odbor in stalni avtorji

Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Asist. dr. Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med.
Asist. Mateja Lasič, dr. med.
Zasl. prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.
Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med.
Dr. Barbara Podnar, dr. med.
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.
Dr. Mirjana Rajer, dr. med., spec.
Prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Doc. dr. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.
Gašper Tonin, dr. med., mag. slov.
in mag. spl. jezikosl.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

Naslov uredništva

Dunajska cesta 162, p. p. 439, 1001 Ljubljana
T: 01 30 72 152, E: isis@zzs-mcs.si

Lektoriranje

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

Oblikovna zasnova

Agencija Iz principa, Miha Kržmanc

Priprava za tisk – DTP

Stanislav Oražem

Tisk

Tiskarna Povše

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Navodila avtorjem

Članke pošiljajte na e-naslov isis@zzs-mcs.si.
Napovedi dogodkov za rubriko Strokovna srečanja pošljite do 5. v mesecu. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece naprej.

Dolžina člankov: do 12.000 znakov brez presledkov in do 3 fotografije. **Poročila s strokovnih srečanj:** do 6.000 znakov brez presledkov in največ 1 fotografija. **Nekrologi:** do 3.000 znakov brez presledkov in 1 fotografija. **Fotoreportaže:** do 1.000 znakov brez presledkov in do 6 fotografij.

Avtorski honorarji

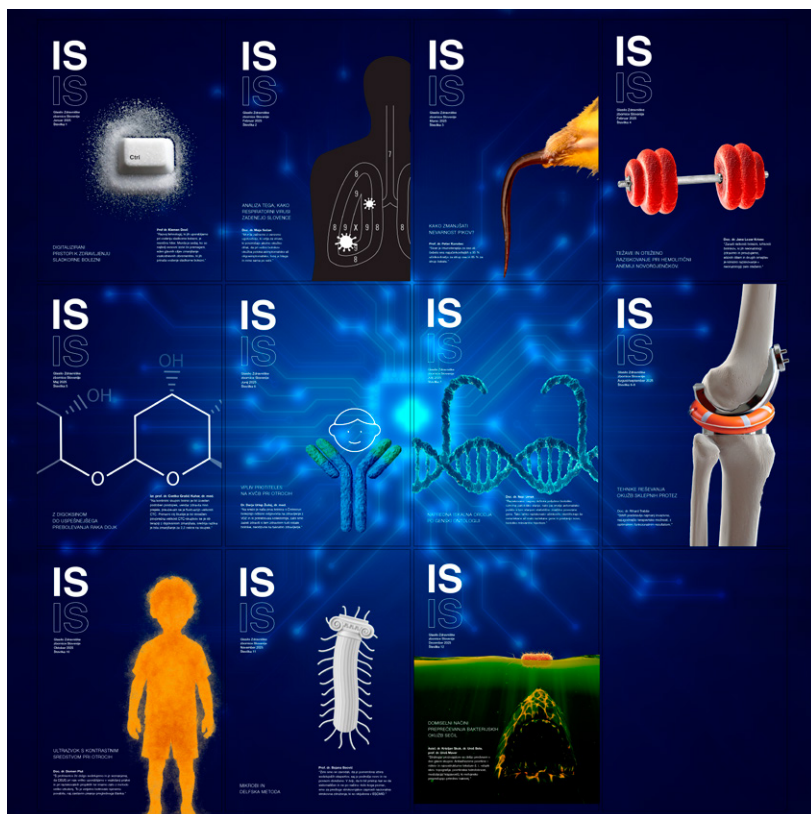
Honorar za avtorsko stran, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s člankom. V nasprotnem primeru honorarja ne bomo mogli izplačati.

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so zaposleni, zbornice ali uredništva Izide.

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 64,90 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno zaračunajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 5,90 EUR. 5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



Asist. dr. Kristijan Skok, dr. Uroš Bele, prof. dr. Uroš Maver

Alojz Ihan

Konec avgusta 2025 je v odlični reviji Materials Today Bio (IF 10,2) izšel članek, v katerem vas je sedem soavtorjev iz Slovenije in Avstrije objavilo pregledni članek o urinskih katetrah – od tehnologije njihove izdelave do mehanizmov katetrskih okužb in odzivanja nanje. Zakaj in kako je prišlo do nastanka članka?

Asist. dr. Kristijan Skok: Zamisel za pregledni članek se je rodila že v študentskih letih, ko sva se s kolegico dr. Špelo Pintar ukvarjala s to tematiko v okviru projekta »Po kreativni poti do znanja«, ki ga je takrat vodil prof. dr. Maver. V tistem času smo se prvič poglobili v tematiko povezave med biofilmom, katetri in razvojem okužb. Ideja za skupni članek je ostala. Nekaj let pozneje sem se s kolegom dr. Urošem Beletom srečal v novem delovnem okolju na Medicinski univerzi v Gradcu. Tokrat kot specialist patolog z zanimanjem za urološko patologijo. Specializacija patologa v Avstriji vključuje tudi mikrobiološko diagnostiko (nem. Erregerdiagnostik). Ta po njihovi zakonodaji sodi v profil dela. Tako sem z vidika mikrobiologije še bolje razumel izzive, ki jih povzročajo katetri in biofilmi. V članku smo tako povezali klinično izkušnjo, laboratorijsko diagnostiko in inženirski razvoj katetrov v enoten, interdisciplinarni pregled.

Prof. dr. Uroš Maver: Z raziskovalnega vidika smo hoteli povezati klinične potrebe z najnovejšimi dosežki znanosti o materialih. Danes je jasno, da prihodnost urinskih katetrov ne temelji več »zgolj« na antibiotičnih premazih, temveč na pametnih, odzivnih in biokompatibilnih površinah ter izkoriščanju najsodobnejših tehnik biomedicinskega inženirstva za njihovo pripravo. Članek je tako rezultat večletnega

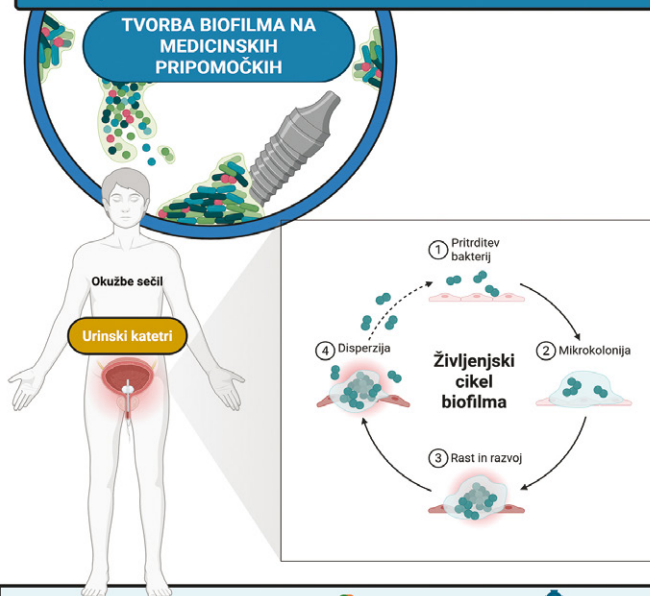


Urinski katetri – sodobno stanje in prihodnje usmeritve v razvoju: narativni pregled literature

OZADJE

- Katetrom povzročena okužba sečil (CAUTI) je najpogostejša bolnišnična okužba.
- Protimikrobna odpornost (AMR) dodatno zaplete obravnavo CAUTI.
- Naraščajoče stopnje odpornosti omejujejo možnosti zdravljenja. Zato so inovativni načrti in materiali katetrov ključnega pomena za prihodnji razvoj.

TVORBA BIOFILMA NA MEDICINSKIH PRIPOMOČKIH



ZAKLJUČKI

- Zaskrbljujoče visoke stopnje odpornosti proti antibiotikom, ki se pogosto uporabljajo za zdravljenje okužb, predstavljajo resen problem.
- Ker je razvoj novih antibiotikov izjemno zahteven in dolgotrajen, je iskanje alternativnih metod za boj proti tem okužbam izrednega pomena.
- Pri tem ima tvorba biofilma ključno vlogo v patogenezi.

PRIHODNOST

- Razvoj urinskih katetrov se usmerja v tehnološke inovacije in bolniku prilagojene rešitve. V ospredju so:
 - integracija pametnih senzorjev za sprotno spremljanje delovanja,
 - uporaba biokompatibilnih in naprednih materialov,
 - ter 3D-tisk in nanotehnologija za individualno zasnovane katetre.

Kristijan Skok, et al. (2025)

Created with Biorender.com



Pioneering Minds

Faculty of Medicine
Institute of Biomedical Sciences

Kratek povzetek glavnih spoznanj preglednega članka. Vir: Lasten. Narejeno z Biorender.com.

sodelovanja med kliniki, predkliniki ter strokovnjaki s področja materialov.

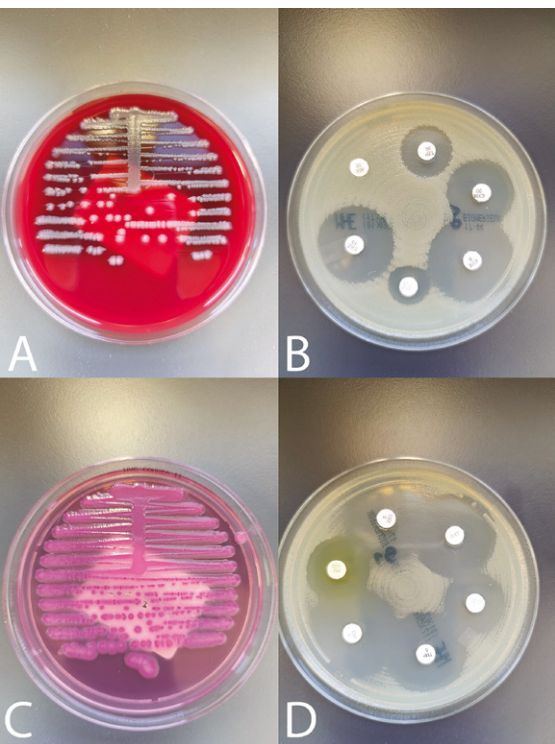
Kakšne vrste urinarnih okužb, povezanih s katetri, poznamo?

Dr. Uroš Bele: Osnovna delitev je na asimptomatsko bakteriurijo (angl. Catheter-Associated Asymptomatic Bacteriuria, CAASB) in simptomatsko okužbo sečil, povezano s katetrom (angl. Catheter-Associated Urinary Tract Infection, CAUTI).

CAASB pomeni prisotnost $\geq 10^5$ bakterij/ml v urinu brez prisotnosti simptomov okužbe sečil, ki je ni treba protimikrobno zdraviti. CAUTI pa diagnosticiramo, kadar ima bolnik z nameščenim ali nedavno odstranjenim katetrom simptome okužbe sečil, tj. vročino, bolečino v suprapubičnem ali ledvenem predelu in/ali dizurijo ter v urinokulturi dokazano bakterijsko rast.

**Kristijan Skok**

Specialist patolog in raziskovalec, zaposlen na Diagnostičnem in raziskovalnem inštitutu za patologijo Medicinske univerze v Gradcu ter sodelavec na Inštitutu za biomedicinske vede Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Po zaključku študija medicine na mariborski fakulteti in doktoratu iz biomedicinske tehnologije se je specializiral na področju patologije v Avstriji, kjer je pridobil tudi naziv klinischer Prüfarzt (angl. clinical trial principal investigator). Njegovo raziskovalno delo je usmerjeno v translacijsko patologijo, uropatologijo, hepatopatologijo in molekularno diagnostiko. Je avtor nekaj znanstvenih objav v mednarodnih revijah in prejemnik več nagrad, med drugim nagrade Carl von Rokitansky Avstrijskega združenja za patologijo, Perlachove nagrade Univerze v Mariboru ter več Krkinih nagrad za raziskovalne dosežke.



Escherichia coli, povzročitelj okužbe sečil. Legenda: A – Krvni agar (Blood agar): Vidne so sive do sivobeje, gladke, rahlo vlažne kolonije, brez izrazite hemolize. Kolonije so srednje velike, enakomerne in dobro omejene – značilno za *E. coli*. B – Test občutljivosti na antibiotike (disk-difuzijski test): Na plošči je viden jasen zaviralni pas okoli nekaterih antibiotikov, kar prikazuje občutljivost seva *E. coli*. C – MacConkey agar: Kolonije so rožnato-vijolične, kar pomeni, da bakterija fermentira laktozo. To je tipična lastnost *E. coli*. D – Dodatni test občutljivosti (npr. ESBL-screening): Na plošči je enakomerna rast z zaviralnimi conami okoli določenih diskov. Vir: po dovoljenju gospe Irene Lamik (LKH Leoben).

Okužbe so lahko nezapletene ali zapletene, slednje pa se običajno pojavljajo pri bolnikih z anatomskimi ali funkcionalnimi motnjami sečil, diabetikih, imunsko oslabljenih ali bolnikih s kronično ledvično boleznijo.

Kaj sta etiologija in patogeneza katetrskih okužb?

Asist. dr. Kristijan Skok in dr. Uroš Bele: Večina povzročiteljev izhaja iz bolnikove lastne mikrobiote, najpogostejše iz črevesja. Nekateri izmed najpogostejših predstavnikov

so *E. coli*, *Enterococcus* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis* in *Candida* spp.

Do okužbe pride zaradi porušeni naravnih obrambnih mehanizmov sečil: kateter mehansko poškoduje urotel, zmanjša perfuzijo in onemogoči normalno izpiranje sečnice. Mikroorganizmi potujejo ob zunanji (ekstraluminalni) ali notranji (intraluminalni) poti katetra, kjer se pritrjujejo in tvorijo biofilm.

Biofilmi so poglaviti izziv proizvajalcev urinskih katetrov – zakaj?

Asist. dr. Kristijan Skok: Biofilm ni le plast sluzi, ampak tridimenzionalna struktura mikroorganizmov, ki kontinuirano gradijo/izgrajujejo zaščitni matriks polisaharidov. V biofilmu so bakterije do tisočkrat odpornejše na antibiotike kot v prostoživeči (planktonski) obliki. Zato standardno antibiotično zdravljenje pogosto ne doseže eradicacije. Posebej problematičen je *Proteus mirabilis*, ki z encimom ureazo zviša pH urina in povzroča mineralizacijo ter zamašitev katetra. Tematika biofilma je prav tako aktualna na vseh drugih napravah in medicinskih pripomočkih, ki se uporabljajo.

Prof. dr. Uroš Maver: Za proizvajalce to pomeni, da morajo razvijati materiale, ki preprečujejo začetno adhezijo bakterij. Posledično je ključno, da sledijo najnovejšim trendom (tudi raziskovalnim, še posebej tistim s poudarkom na aplikativnih rešitvah). Avtorji med drugim raziskujemo mikro- in nanostrukturirane površine, hidrogelske prevleke, kationsko-zwitterionske polimere in celo pametne senzorje, ki bi zaznali spremembo pH ali prisotnost mikrobne biomase.

Kakšni so načini zdravljenja po odkriti okužbi zaradi urinskega katetra?

Dr. Uroš Bele: Najprej je treba obstoječi kateter zamenjati in po vstavitvi svežega urinskega katetra odvzeti vzorec urina za kulturo, šele nato začeti z empiričnim antibiotičnim zdravljenjem. Priporočeni režimi sledijo smernicam zdravljenja zapletenih okužbe sečil (angl. complicated Urinary Tract Infection, cUTI): kombinacije amoksicilina ali cefalosporina z aminoglikozidom, pri tem pa je treba upoštevati tudi lokalne vzorce odpornosti bakterij na posamezne antibiotike.

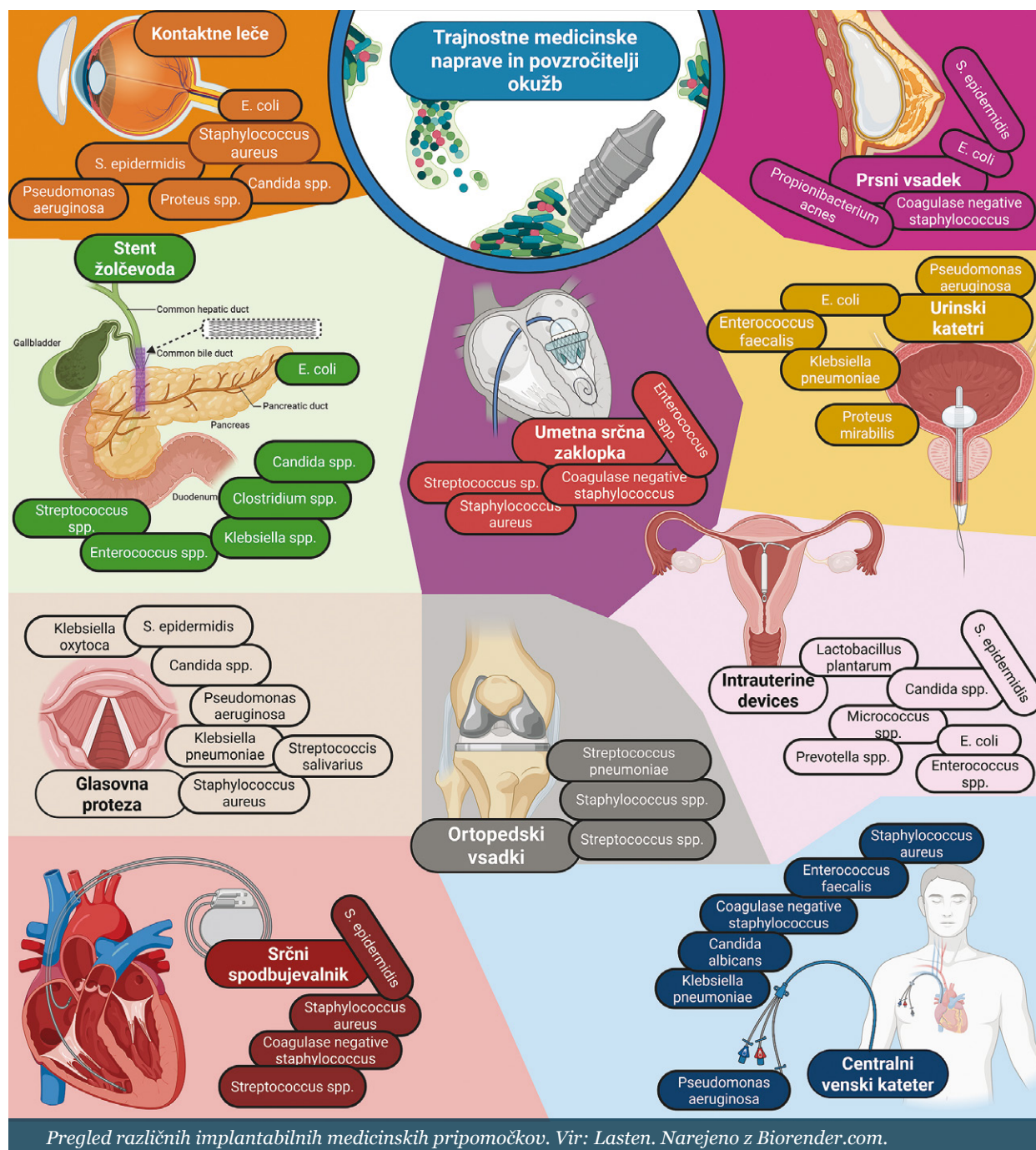
Zdravljenje običajno traja 7 dni, pri zapletenejšem poteku bolezni pa



Uroš Bele

Dr. Uroš Bele je specialist urolog, zaposlen na Univerzitetni kliniki za urologijo, LKH Gradec, in sodelavec Medicinske univerze v Gradcu. Po končanem študiju medicine na Univerzi v Mariboru je opravil specializacijo iz urologije v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ter pridobil naziv evropskega specialista za urologijo (angl. Fellow of the European Board of Urology). Doktorat znanosti je zaključil na področju medicinske tehnologije na Medicinski fakulteti

Univerze v Mariboru. Raziskovalno deluje predvsem na področju onkološke in funkcionalne urologije, sodeluje z raziskovalnimi skupinami v Sloveniji in tujini ter je avtor več znanstvenih objav v mednarodnih strokovnih revijah.



Pregled različnih implantabilnih medicinskih pripomočkov. Vir: Lasten. Narejeno z Biorender.com.

tudi do 14 dni. Pri asimptomatski bakteriuriji zdravljenje ni indicirano, saj ne prepreči nadaljnjih okužb, temveč spodbuja razvoj bakterijskih rezistenc na antibiotike.

V članku se posebej temeljito lotevate tehnologije izdelave urinskih katetrov. Zakaj in kakšna sta tehnološka zgodovina in razvoj teh izjemno

pomembnih medicinskih pripomočkov?

Prof. dr. Uroš Maver: Prvi katetri segajo tri tisočletja nazaj – uporabljali so baker, papirus ali palmove liste. Pravi preboj je prinesel Foleyjev kateter iz 30. let prejšnjega stoletja, sprva iz lateksa. Zaradi toksičnosti in alergij so ga kasneje nadomestili silikonski katetri, ki so danes standard. V zadnjih dveh

desetletjih pa opazamo razvoj hidrofilnih, antimikrobno impregniranih in senzorsko podprtih katetrov. Dodaten zagon pri razvoju so prinesli tudi novi načini izdelave, kot so npr. 3D-tiskanje, elektrospredenje in uporaba različnih pristopov nanotehnologije.

Poseben izziv še vedno predstavlja tudi izbor materialov za njihovo pripravo. Trenutno še ni idealnega biomateriala, ki bi povsem preprečil ad-



Uroš Maver

Farmacevt, raziskovalec in profesor farmakologije ter toksikologije, zaposlen na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru, kjer vodi Inštitut za biomedicinske vede in opravlja funkcijo prodekana za farmacijo. Po doktoratu iz biomedicine je raziskovalno deloval na Kemijskem inštitutu in Centru odličnosti PoliMaT, kasneje pa vzpostavil lasten laboratorij za razvoj naprednih sistemov za dostavo zdravil in človeških celičnih modelov, vključno z »organ-on-a-chip« tehnologija-

mi. Je avtor več kot 145 znanstvenih člankov, soavtor več patentov in dobitnik domačih priznanj za znanstvene dosežke. Njegovo delo se osredotoča na uporabo pametnih biomaterialov za regeneracijo tkiv, nadzorovano sproščanje učinkovin in razvoj alternativnih modelov za testiranje zdravil brez uporabe živali. Je tudi pobudnik novega študijskega programa farmacije in aktiven pri prenosu znanja med akademijo, klinično prakso in industrijo.

hezijo mikroorganizmov, a smer razvoja gre k površinam, ki intrinzično zavirajo razvoj biofilma ter omogočajo nadzorovano sproščanje terapevtskih molekul.

Katere tipe urinskih katetrov poznamo?

Dr. Uroš Bele: Klinično jih delimo glede na pot vstavljanja in trajanje uporabe. Najpogostejše uporabljamo transuretralne katetre, ob nekaterih indikacijah (na primer pri kronični retenci urina ali nekaterih oblikah nevrogenega mehurja) pa se odločimo za nastavitev suprapubičnega katetra. Glede trajanja uporabe katetra ločimo trajne urinske katetre in tiste za enkratno, intermitentno samokaterizacijo, ki jo izvajajo bolniki (običajno) sami, večkrat dnevno. Še eno obliko predstavlja »urinal kondom«, ki ga lahko uporabljamo predvsem pri moških z urinsko inkontinenco. Glede konstrukcije

Diagnostični in raziskovalni inštitut za patologijo Medicinske univerze v Gradcu

Diagnostični in raziskovalni inštitut za patologijo je del Diagnostično-raziskovalnega centra za molekularno biomedicino Medicinske univerze v Gradcu.

Zaposleni na inštitutu se ukvarjajo s specifičnimi raziskovalnimi vprašanji znotraj tematskih področij centra, pri čemer se osredotočajo na patogenezo in raziskovanje bolezni ter diagnostiko v tesnem sodelovanju s kliničnimi disciplinami.

Medicinska univerza v Gradcu sodi med vodilne medicinske univerze v Evropi, prepoznavna pa je po tesnem prepletanju kliničnega dela, raziskovanja in poučevanja. Sodobna raziskovalna infrastruktura omogoča interdisciplinarno sodelovanje med patologi, biokemiki, molekularnimi biologi in kliničnimi zdravniki. Poseben poudarek je namenjen translacijski medicini, personalizirani diagnostiki in razvoju naprednih biomedicinskih tehnologij, kar univerzo uvršča med najinovativnejše akademске ustanove na področju sodobne medicine.

Univerzitetna klinika za urologijo, LKH Gradec

Na Univerzitetni kliniki za urologijo obravnavamo celoten spekter urološke stroke. Bolnišnični oddelek obsega 58 postelj. Ambulantni del, ki ga letno obišče približno 22.000 bolnikov, poleg splošne ambulate vključuje tudi specializirane ambulate za andrologijo in erektilno disfunkcijo, rekonstruktivno urologijo, nevro-urološke bolezni, ledvični karcinom, rak mehurja, rak prostate ter ledvične kamne. Klinika nudi celoten spekter operativne urologije. Poleg kliničnega dela se na

kliniki izvaja tudi stalna raziskovalna dejavnost, ki zajema različna področja stroke. V zadnjih letih je bil, ne nazadnje zaradi hitrega svetovnega napredka na področju medikamentnega zdravljenja že metastaziranih tumorjev, jasen poudarek namenjen področju uroonkoloških raziskav. V tem okviru raziskave zajemajo med drugim raka prostate, ledvic, mehurja, penisa in mod.

Inštitut za biomedicinske vede, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru

Inštitut za biomedicinske vede je prva ustanovljena raziskovalna enota Medicinske fakultete Univerze v Mariboru z vizijo povezovanja temeljnih biomedicinskih znanosti z aplikativnim razvojem v farmaciji, medicini in biomedicinskem inženirstvu. Inštitut združuje raziskovalce s področij farmakologije, toksikologije, farmacevtske biotehnologije, celične biologije in materialov, zlasti pa se osredotoča na razvoj naprednih sistemov za nadzorovano sproščanje zdravil, humanih celičnih *in vitro* modelov (vključno z »organ-on-a-chip« tehnologijami), regenerativno medicino in biosenzoriko. Raziskovalno delo poteka v tesnem sodelovanju s kliničnimi oddelki UKC Maribor, slovenskimi podjetji in številnimi mednarodnimi partnerji. Poseben poudarek je na iskanju alternativ živalskemu testiranju, translacijski medicini ter prenosu znanja v industrijo. Pri vseh aktivnostih se posveča vključevanju študentov vseh stopenj v raziskovalni proces. Inštitut je bil tudi pomemben deležnik v razvoju novega študijskega programa farmacije in aktivno sodeluje pri načrtovanju raziskovalne infrastrukture prihodnje fakultete za farmacijo.

katetra pa razlikujemo enolumnske (intermitentne), dvolumnske (Foley) in trolumnske katetre (za spiranje sečnega mehurja).

Katere strategije uporabljajo proizvajalci v namen zmanjšanja verjetnosti katetrskih okužb?

Prof. dr. Uroš Maver: Strategije proizvajalcev se delijo predvsem v dve glavni skupini:

Antiadhezivne površine – mikro- in nanostrukturne teksture (t. i.

»shark skin« topografija, površinska hidrofobnost, modulacija hrapavosti), ki mehansko preprečujejo pritrnitev bakterij.

Antimikrobne površine – impregnacija s srebrovimi ioni, nitrofurazonom, minociklinom ali rifampicinom, pa tudi z novjšimi materiali, kot so zwitterionski polimeri, bioaktivni hidrogeli in nanodelci. Na področju raziskovanja pa poznamo še več delitev.

Ekperimentalno obetajo tudi senzorski katetri, ki s spremembo

barve ali električnega signala zaznajo začetek okužbe. Trend je večanje občutljivosti, torej vse zgodnejše zaznavanje okužbe, ter selektivnost za različne tipe bakterij, kar lahko vodi v ciljno zdravljenje ali celo sproščanje izbranih terapevtskih snovi.

Ključno je, da razvoj poteka v smeri preventive pred biofilmom, ne le kurativne antibiotične terapije.

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo,
alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Oddaja prostorov in celovita podpora pri izvedbi in promociji vašega dogodka

- 🏠 sodobno opremljeni konferenčni prostori ob obvoznici v Ljubljani
- 📄 pomoč pri vlogi za kreditne točke
- 🗳 organizacija dogodka
- 📣 promocija: mailing, objava v reviji ISIS, ZZS biltenu in na spletni strani

🌐 Več informacij:



📧 Kontakt: mojca.vrecar@zzs-mcs.si



Iz dela zbornice

Za obdobje od 21. oktobra do 20. novembra

Slovenske zdravniške organizacije: Če želimo pomagati, potrebujemo zakon o paliativni oskrbi in ne o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja

Predstavniki Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, Slovenske medicinske akademije, Zdravniške zbornice Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva, Katedre za medicinsko etiko MF UL ob podpori Svetovnega zdravniškega združenja, združenj za paliativno oskrbo in hospicev so 12. novembra na skupni novinarski konferenci izrazili jasno in soglasno nasprotovanje Zakonu o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja. Takšna ureditev bi po njihovem prepričanju povečala tveganje za zlorabe, poslabšala dostopnost paliativne oskrbe ter v slovensko zdravstvo uvedla možnost sodelovanja zdravnikov pri samousmrtitvi bolnika, kar bi pomenilo globok etični prelom s temeljnimi načeli medicine. Zakon o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja po njihovem prepričanju ni izraz sočutja, temveč nevaren družbeni eksperiment.



Pojasnilo slovenskih zdravnic in zdravnikov: Zakaj nasprotujemo ZPPKŽ

V razpravah o Zakonu o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (ZPPKŽ), ki ga je Državni zbor sprejel 18. julija 2025, se zdravniki pogosto soočamo z nerazumevanjem in očitki.

Ker globoko spoštujemo zaupanje pacientov in želimo ohraniti iskren odnos med bolnikom in zdravnikom, smo želeli jasno, umirjeno in strokovno pojasniti razloge, zaradi katerih zdravniki temu zakonu nasprotujemo. Zdravniki, združeni v stanovskih organizacijah, imamo do zakona etične in strokovne pomisleke. Naše stališče temelji predvsem na dveh ključnih razlogih: etičnem konfliktu, ki ga zakon povzroča, in vprašanju resnične svobodne odločitve pacienta.



Anesteziologinja Barbara Kosmina Štefančič: Z delom v paliativni oskrbi se naučiš živeti

»Z delom v paliativni oskrbi se naučiš živeti,« pravi anesteziologinja Barbara Kosmina Štefančič, ki v Splošni bolnišnici Izola vodi paliativni tim: »Vidiš, da je vsak dan pomemben, in si ne govoriš, 'ko bom to, ko bom tisto', treba je živeti danes.« Paliativna oskrba ni le lajšanje bolečin, je celostna podpora bolniku in njegovi družini. Vključuje tudi urejanje odnosov, soočanje z izgubo in predvsem dostojanstvo. Želijo si,



da bi država prepoznala njihovo delo in bi jim namesto sedanjega 0,8 tima priznala polno delovanje 1,5 tima, kot je predvideno za območje, ki pokriva 150.000 prebivalcev. Tako bi lahko v ekipo vključili tudi koordinatorske paliativne oskrbe, psihologa in socialnega delavca.



Opravičilo podjetja po kraji identitete zdravnika Davida Zupančiča

Zdravnik David Zupančič je po vložitvi pravnih sredstev s pomočjo pravne službe ZZS dosegel javno opravičilo podjetja, ki je neupravičeno uporabilo njegovo ime in podobo za oglaševanje izdelkov. Podjetje je po pravni poti priznalo odgovornost, se opravičilo in poravnalo odškodnino, kar predstavlja redko, a pomembno zmago v boju proti kraji identitete zdravnikov. V zadnjih letih se zdravniki vse pogostejše soočajo z zlorabami svojega imena, predvsem na družbenih omrežjih in spletnih straneh, kjer neznana podjetja, pogosto registrirana v tujini, zlorabljajo njihovo podobo za oglaševanje dvomljivih prehranskih dodatkov ali medicinskih izdelkov. V takih primerih je pravno ukrepanje pogosto težko ali celo nemogoče, saj gre za družbe brez realne prisotnosti v Sloveniji ali Evropski uniji, kar otežuje vročanje in izvršitev odločb. Zato je primer zdravnika Davida Zupančiča pomemben tudi kot precedens, ki je pokazal, da je uspeh mogoč, kadar gre za registrirano pravno osebo in z dostopnimi predstavniki, proti katerim je mogoče vložiti ustrezne pravne ukrepe.

Odgovor ZZS na protest ZOPS

Na Zdravniški zbornici Slovenije obžalujemo, da se razprava o tako pomembnem področju, kot je duševno zdravje, sprevrča v diskreditacije in napačne interpretacije namenov stroke. Naš namen ni napadati nikogar, temveč varovati paciente in zagotavljati kakovostno, varno ter strokovno pomoč ljudem v duševnih stiskah. Zdravniška zbornica nikoli ni kritizirala Zveze organizacij pacientov, temveč je zgolj opozorila, da med članicami Zveze obstajajo tudi društva, ki zakona v takšni obliki ne podpirajo. Društva so svoja stališča

zbornici poslala pisno, podpisano s strani predsednikov. Prav tako na Zdravniški zbornici ni bilo posveta o

zakonu z družtvi pacientov in zbornica pri takem posvetu tudi kje drugje ni sodelovala. Naknadno pa smo bili seznanjeni, da se je tak posvet odvil na Zbornici kliničnih psihologov. Zbornica tudi ni sodelovala pri pisanju Zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Res je, da je maja potekal sestanek s predstavniki psihoterapevtskih združenj, kjer smo skušali zblížati stališča. Dogovorjeno je bilo, da psihoterapevtska stran sama pripravi predloge sprememb osnutka zakona, zbornica pa jim nudi le tehnično pomoč pri oblikovanju besedila, brez vsebinskega poseganja, kar smo večkrat jasno poudarili. Predloge so oblikovali sami, psihiatri in klinični psihologi pa so jih kasneje zavrnil kot nesprejemljive. Na zbornici ne nasprotujemo psihoterapiji, vendar pa Zakon o psihoterapiji v sprejeti obliki po naši oceni ne zagotavlja strokovnih standardov, jasne razmejitve med svetovanjem in zdravljenjem, niti finančne vzdržnosti.

Internistična onkologija Klara Geršak: Moramo si vzeti čas, da smo z bolnikom, ko nas potrebuje

Specialistka internistične onkologije Klara Geršak je ena od zdravnic paliativnega tima Splošne bolnišnice Izola. Tima, ki paciente obiskuje na domu, tako da tudi ob poslabšanjih večinoma ne potrebujejo obiskov urgenc. A žal je v Sloveniji paliativna oskrba za večino bolnikov še vedno nedostopna – do konca leta bo v Sloveniji delovalo 14 mobilnih paliativnih timov. Če bi se za paliativno oskrbo namenilo več sredstev, bi bilo več takih zgodb, kot je zgodba Bojane



Merše in njene mame Eme, ki ima kljub bolezni in zavirljivi starosti še vedno neomajno voljo do življenja: »Mama še vedno rada živi, se še marsičesa veseli, je pozitivna in to zelo veliko pomeni. Je mirna in jaz sem mirna, pred tem sem ob poslabšanjih vsakič klicala na urgenco, sedaj večino stvari uredijo doma.« Številni zdravniki, ki se ukvarjajo s hudo bolnimi, opozarjajo, da dokler paliativna oskrba ni dostopna vsem, ki jo potrebujejo, prostovoljno končanje življenja ne more biti rešitev.



Zdobozdravnica Lučka Selič: Prevzame te občutek zadovoljstva, da si človeku res pomagal

V Obrazih zdravništva smo tokrat predstavili zdobozdravnico Lučko Selič, dr. dent. med.: »Že ko so se v vrtcu sošolcem začeli majati mlečni zobje, sem jim jih pomagala izruvat,« z





nasmehom pove zobozdravnica Lučka Selič, ki se je za to poklicno pot odločila zaradi svoje otroške

izkušnje z zobozdravnico, ki je bila vedno prijazna, potrpežljiva in topla. Danes Lučka Selič s takšnim odnosom do pacientov, strokovnostjo in željo, da vsak obisk pri zobozdravniku postane prijetna izkušnja, nadaljuje njeno poslanstvo: »Ko vidiš, da so iz ust in zob, kjer je bilo nekoč marsikaj narobe, nastala urejena in zdrava usta, te prevzame občutek zadovoljstva, da si človeku res pomagal. In to je tisto, zaradi česar zobozdravniki in zdravniki sploh smo zdravniki.«

Svetovni dan patologije: Dati moramo vse od sebe, da postavimo pravilno diagnozo

Ob svetovnem dnevu patologije smo posneli video o delu patologov.



Po Inštitutu za patologijo MF UL nas je popeljala izr. prof. dr. Nika Kojc, dr. med., koordinatorka za specializacijo iz patologije: »Smo tisti prvi, osnovni korak, pri katerem moramo res dati vse od sebe, da postavimo pravilno diagnozo.« Pri predstavitvi in promociji specializacije so sodelovali tudi specializanti: Marjetka Sraka, dr.

med., Miha Švarc, dr. med., Pia Katari-
na Plaznik, dr. med.,
in asist. Živa Ledi-
nek Štosir, dr. med.



Vodstvo zbornice na obisku v dolenjski regiji

Vodstvo in predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije so v okviru petega regijskega obiska v drugem mandatu predsednice prof. dr. Bojane Beović obiskali dolenjsko regijo. Na srečanju z lokalnimi zdravniki, vodstvi zdravstvenih domov ter vodstvom Splošne bolnišnice Novo mesto so razpravljali o aktualnih izzivih v regiji. Predsednica zbornice je po zaključku srečanja izpostavila dve osrednji temi obiska: »Prva so kadrovske težave, saj zdravnikov primanjkuje po vsej državi, poleg tega pogosto primanjkuje tudi drugega zdravstvenega kadra,

kar seveda onemogoča izvajanje določenih storitev.« Direktorica SB Novo mesto doc. dr. Milena Kramar Zupan je srečanje ocenila kot konstruktivno: opozorila je na pomanjkanje kadra v urgentnem centru in na nevrologiji. Poleg konkretnih in operativnih izzivov so obravnavali tudi zakonodajne postopke, uredbe in zakone, ki vplivajo na delo v zdravstvu: »Ocenili smo tudi sodelovanje s trenutnim ministrstvom in ugotovili, da smo premalo slišani pri oblikovanju ukrepov in uveljavljanju zakonodajnih postopkov,« je še dodala doc. dr. Kramar Zupan. Boštjan Kersnič, dr. med., v. d. strokovnega direktorja SB Novo mesto in predsednik Odbora za bolnišnično in specialistično zdravstvo pri ZZS, je dodal, da so zdravstvene ustanove preobremenjene z administracijo in da rešitev vidijo predvsem v digitalizaciji in procesnih



izboljšavah. V imenu zdravstvenih domov, ki so se udeležili srečanja, je v. d. direktorice ZD Trebnje Elizabeta Žlajpah poudarila velike obremenitve pri organizaciji nujne medicinske pomoči ter kronično pomanjkanje zdravnikov družinske medicine, pediatrije in zobozdravstva. Zaradi tega se še vedno zanašajo na ambulanse za neopredeljene. Asist. dr. Maja Ebert Moltara je za tamkajšnje zdravnike izvedla predavanje o paliativni oskrbi in predstavila praktične primere obravnave bolnikov.



Finančni trgi prinašajo številne priložnosti

Varčevanje je za večino Slovencev pomemben del finančnega načrtovanja. Kljub številnim možnostim pa najbolj zaupamo klasičnim oblikam, kot sta varčevalni račun in depozit. Večji del sredstev slovenskih gospodinjstev je tako še vedno shranjen prav tam – na računih, kjer denar pogosto ne ustvarja omembe vrednih donosov.

Po drugi strani pa finančni trgi ponujajo priložnost za višje donose, še posebej z vlaganjem v vzajemne sklade – obliko varčevanja, ki ima v Evropi dolgo tradicijo in je danes ena najbolj priljubljenih dostopnih poti do kapitalskih trgov.

Zakaj razmisliti o vlaganju v sklade?

Zgodovinska dejstva ne puščajo dvoma o tem, da so bili donosi vzajemnih skladov dolgoročno višji kot pri klasičnih oblikah varčevanja.

Čeprav pretekla uspešnost ne zagotavlja dejanske prihodnje uspešnosti sklada, je potrebno izpostaviti, da je v zadnjih 15 letih ameriški indeks S&P 500 v povprečju beležil 13 % letni donos, medtem ko je svetovni indeks MSCI World dosegal več kot 9,5 % letni donos. V primerjavi s povprečno inflacijo, ki je v tem času znašala 2,2 % letno, so vlagatelji občutno povečali kupno moč svojega denarja.

Likvidnost in dostop do svetovnih trgov

Za razliko od depozitov, kjer so sredstva pogosto vezana za daljše časovno obdobje, je denar v skladih hitro dostopen. To pomeni, da lahko vlagatelji hitro unovčijo svojo naložbo, če pride do nepredvidenih situacij.

Poleg tega vlaganje v vzajemne sklade omogoča dostop do globalnih trgov. Z razpršenim portfeljem, torej vlaganjem v različne vrste naložb, panoge in geografske regije, vlagatelj razprši tveganje, povezano z dogajanjem na lokalnih trgih.

Naložbene rešitve za vsak profil vlagatelja

Z vlaganjem v krovni sklad onemarkets Fund, ki je na voljo ekskluzivno v UniCredit Bank, lahko tudi mali vlagatelji dostopajo do največjih svetovnih družb za upravljanje, med katerimi so številna ugledna imena - Allianz, Amundi, BlackRock, Fidelity, JPM Morgan, Pimco in Rockefeller.

V široki ponudbi vzajemnih skladov lahko vsak posameznik najde sebi primerno rešitev – ne glede na to, ali šele vstopa v svet financ ali pa išče dodatne možnosti za razpršitev in potencialno dolgoročno rast premoženja. Ključno je, da izbere sklad, ki ustreza njegovemu razumevanju tveganj, naložbenemu cilju in časovnemu horizontu.



Jana Potočnik Prodanović, vodja Osebnega bančništva

v UniCredit Bank: »Vzajemni skladi so preprosta, pregledna in dostopna oblika vlaganja, ki omogoča potencialno dolgoročno rast premoženja – še posebej v času, ko klasične oblike varčevanja ne pokrijejo niti inflacije. Morda je zdaj pravi trenutek, da svoj denar vložite tako, da boste podprli svoje dolgoročne cilje.«

To je tržno sporočilo. Prosimo, da pred sprejemom dokončne naložbene odločitve preberete prospekt onemarkets Fund, dodatek k Prospektu in Dokument s ključnimi informacijami za vlagatelje (KID). Več na www.unicreditbank.si/onemarkets
Naročnik vsebine: UniCredit Bank

Dodatne informacije:

UniCredit Banka Slovenija d.d.

Ameriška ulica 2, 1000 Ljubljana

☎ 01 5876 600

✉ zzs@unicreditgroup.si

🌐 www.unicreditbank.si

 **UniCredit Bank**

Zdravniške zgodbe

Si res želimo zadete družbe?

Oddelek za odnose z javnostmi

»Ali bomo pri vходу namesto štempljanja ure postavili človeka, ki bo prepoznaval, kdo je zadet in kdo ne?« se v novi epizodi podkasta Zdravniške zgodbe sprašuje prof. dr. Metoda Dodič Fikfak (MDF), predstojnica Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa UKC Ljubljana. V pogovoru z internistko dr. Tanjo Varl Turk (TVT) s Centra za klinično toksikologijo in farmakologijo UKC Ljubljana ter asist. dr. Mirjano Delić (MD) s Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana razkrijejo zaskrbljujočo resnico o vse pogostejši uporabi konoplje in o nevarnostih, ki jih prinaša načrtovana zakonodaja o legalizaciji za osebno rabo.

TVT: Na Centru za toksikologijo opazamo več namernih in nenamernih zastrupitev, zlasti pri ranljivih skupinah: otrocih, mladostnikih, starejših in kroničnih bolnikih. Skrbi nas razrast različnih oblik konoplje – olja, smole, vejpanje, edibles, želečki, ki so zelo privlačni za otroke.

MDF: Raziskava ESPAD je pokazala, da smo v Sloveniji prvi v Evropi po dojetanju konoplje kot netvegane substance, kar je alarmantno. ESPAD je pokazala tudi, da 25 % otrok začne jemati, ker to vidi pri starših. Liberalno okolje brez kontrole deluje obremenjujoče. Največji zašči-

tni dejavnik je starševska skrb: kdo si, kam greš, s kom si, kdaj prideš domov. Liberalna vzgoja je dejavnik tveganja.

MD: Pred dvema letoma sva bila s kolegom povabljeni na ljubljansko šolo, kjer so 12-letniki kadili marihuano in jedli »kukije« iz domačega okolja. Starši niso imeli kritičnega odnosa: »Saj je samo trava, nič hujšega.« Že leta delam z ljudmi z odvisnostjo. Zelo težko se spomnim pacienta, ki ne bi začel s konopljo.

TVT: Vzamejo po cele tri bombo- ne in potem zadeti ležijo pri nas več dni. Vsi organi štrajkajo, pri enih so posledice tudi trajne. Zadnje čase je še

zelo veliko
nekih primesi
– sintetičnih,
polsintetičnih
kanabinoidov.

To so v bistvu žive kemikalije, katastrofa. Lahko utrpijo prvi epileptični napad, so zelo nemirni ali pa popolnoma otopeli in mlahavi. Te zastrupitve je včasih zelo težko prepoznati.

MD: Mladostniki so iznajdljivi. Veliko je underground laboratorijev. Ne gre več za THC, ampak za (pol)sintetiko: THC-JD, THC-P, HHC ... Ni prepo- vedano, v navodilu piše, da je za indu- strijsko ali kozmetično uporabo. Ko segrevaš, postane psihoaktivno. Upo- rabniki točno vedo, kako jo zlorabiti.

MDF: V državah, kjer so konopljo legalizirali, je na tem področju zmeda. V Kanadi dva kantona sploh nimata istih pravil. Policist v Vancouvru lahko uživa konopljo, dokler ne pride v službo, v drugem kantonu pa je to popolnoma prepovedano. V ZDA imajo določene ure – koliko časa pred službo ne smeš uživati. Si predstavlja- te državo, kjer imaš različne stopnje »zadetenosti« pri istih poklicih?

TVT: Nekoč so sevi imeli okoli 5 % THC. Danes imajo 25 % in več. Ljudje se ne zavedajo, kaj pomeni možnost gojenja lastnih sadik. Na Biotehniški fakulteti sem izvedela, da nobena hčerinska rastlina ni enaka materinski – THC je odvisen od temperature, vlage, osvetlitve, zaliva- nja. To pomeni nepredvidljivost.

MD: O koncentraciji se skoraj ne govori. Študije kažejo, da marihuana z več kot 10 % THC štirikrat poveča tveganje za psihotično simptomatiko. Pri 50 % THC tveganje eksponentno raste. Gre za psihoaktivno substanco, ki povzroča ugodje. Višji kot je THC, močnejša je nagrada. Statistika kaže, da jih bo med uporabniki marihuane 9 % razvilo odvisnost, če začnejo kaditi v adolescenci, pa do 17 %.



Podkaste si
lahko pogledate
s fotografranjem
QR-kode



MDF: V ordinacijah opažamo porast pozitivnih testov. Podjetja so v oceni tveganja doslej zahtevala ničelno toleranco in testiranje. Vsak pacient je to podpisal. Z novim zakonom pa bi bilo to prepovedano. Razmišljali smo tudi o tem, ker imajo nekatere države, ki so legalizirale konopljo, določene poklice, pri katerih uporaba ne bi smela biti

dovoljena. Ampak povejte mi – *kateri poklici?* Zelo težko je to določiti, ker je odvisno od tega, kaj človek pri svojem delu počne. Ali bomo pustili, da učitelj pride v šolo zadet? Koga od zdravstvenega osebja bi sploh lahko pustili zadetega na delovnem mestu? Je snazilka, ki čisti kirurško sobo, res manj tvegan poklic kot kirurg, ki v tej sobi operira? Nemogoče je reči,

da je to majhno tveganje. Da ne govorim o tem, da nihče ni omenil nuklearke.

TVT: Danes zakoni sledijo družbi, ne obratno. To pa nas vodi proti neki obliki anarhije, kjer ima vsak občutek, da vse ve. Politika in škodljivo oglaševanje pogosto preglasita stroko, kar je izjemno nevarno, in tega ne smemo dopustiti.

Zdravniške zgodbe

»Če sistem ne deluje, avtonomija ni več svobodna«

Oddelek za odnose z javnostmi

V novi epizodi podkasta Zdravniške zgodbe se gostitelj Peter Golob (PG), kirurg, pravnik in predsednik Odbora za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije, z gostjama dotakne enega najboljčutljivejših področij, ki se vsiljuje v zdravstveno in etično prakso – Zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (ZPPKŽ). Infektologinja prim. Jelka Reberšek Gorišek (JRG), članica Centra za medicinsko pravo Pravne fakultete v Mariboru, opozarja, kako neurejen zdravstveni sistem (dolge čakalne vrste, kadrovski kolaps in neenak dostop) vpliva na odločitev bolnika, ki je formalno avtonomen, a v takih razmerah pogosto nima resnično svobodne izbire. Družinska zdravnica Tadeja Gajšek (TG) deli dolgoletne izkušnje domske zdravnice, ki spremlja več kot 300 bolnikov s terminalnimi boleznimi. Govori o realnih željah bolnikov, o tem, kako ljudje umirajo v slovenskem sistemu, kaj jih boli, česa si želijo in zakaj je paliativna oskrba žal še vedno sistemska slepa pega.

PG: Danes govorimo o Zakonu o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja. V javnosti se je ustvaril vtis, da je to vprašanje, ki ga lahko razrešujemo brez veliko razmisleka, a ko se pogovarjaš z ljudmi, ki se vsak dan srečujejo z umiranjem, je slika precej drugačna. Začel bi pri temelju: pri avtonomiji. Vsi govorijo o avtonomiji pacienta, ampak jaz vedno poudarjam razliko med tem, da se je nekdo sposoben odločati o sebi, in tem, ali se odloča *avtonomno*. Nihče se res ne odloča povsem sam, brez vplivov.

Kako vidita to vprašanje avtonomije v našem zdravstvenem sistemu?

JRG: Avtonomija je zelo težko uresničljiva, če je sistem neurejen. Če bolnik čaka mesece na pregled, če nima dostopa do zdravnika, če ostane doma sam, če nima paliativne oskrbe, če okolica nanj pritiska, ker ne zmore skrbeti zanj ... Potem je vprašanje, ali je odločitev res njegova. Odločitev je vedno v kontekstu. Vzporedno delujejo strahovi, bolečina, obup, utrujenost, socialni pritiski. V takih razmerah avtonomija ni več čisto svobodna.

PG: Ko govorimo o tem

zakonu, pogo-

sto slišim, da daje zdravniku možnost sodelovati ali ne. A jaz moram poudariti: ta zakon ne ustvarja neke možnosti. Ta zakon ustvarja obveznost.

Zdravnik je prvi v postopku in pogosto tudi zadnji, ki nosi odgovornost. V tujini so kriteriji zelo natančni. Pri nas pa je zakon zamišljen precej široko. Tadeja, kako ti kot domska zdravnica vidiš te situacije?

TG: Delam s 300 terminalnimi bolniki. Ljudje si ne želijo smrti. Želijo si, da jih ne boli, da niso sami, da vedo, kaj se z njimi dogaja. To poudarjam že leta. V 12 letih sem imela enega pacienta, ki je izrazil željo po predčasnem končanju življenja. Svoji to omenjajo pogostejše kot pacienti. Pogosto vidimo, da svoji projicirajo svoje občutke – strah, nemoč, izčrpanost – pacient pa si želi samo varnosti. Ljudje mi rečejo: »Doktorca, samo da me ne bo bolelo.« To je njihova resnična želja.

PG: Veliko vprašanje je tudi paliativna oskrba. *Jo sploh imamo? Je dostopna? Je organizirana?* Ker ko poslušam ljudi, ki govorijo o zakonu, se mi zdi, kot da imamo v Sloveniji vrhun-



Podkaste si lahko pogledate s fotografiranjem QR-kode



sko paliativno oskrbo, specialistične time, 24-urno pomoč, dostopno protibolečinsko terapijo ..., pa v resnici vemo, da ni tako. Zato imam občutek, da se pogovarjamo o koncu procesa, medtem ko začetka sploh nimamo urejenega.

TG: Ne. V Sloveniji nimamo zadostne paliativne oskrbe. Nimamo dostopa. Nimamo ekip. Ljudi boli. Umirajo doma brez protibolečinske terapije. Svojci so izčrpani. To je realno stanje. Zato pravim: trpečemu ponuditi smrt namesto lajšanja

trpljenja je kot ponuditi smrt lačnemu namesto hrane. Ljudje se ne bojijo smrti. Bojijo se procesa umiranja. In ta je pri nas prepogosto slab.

JRG: To je zelo pomembno. V državah, kjer sistem deluje, je razprava o končanju življenja drugačna. Pri nas pa razpravljamo o nečem, kar je na vrhu piramide, medtem ko spodnjih nadstropij sploh nimamo. Če sprejmemo tak zakon v državi, kjer ljudje ne dobijo niti osnovne oskrbe, smo naredili nekaj, kar je lahko zelo nevarno. To zavezuje družbo. To je vprašanje: v kakšnem okolju želimo živeti?

PG: V zaključku se vračamo k vprašanju: zakaj zdravniki temu zakonu nasprotujemo? Ne zato, ker ne bi slišali ljudi. Nasprotno, slišimo jih vsak dan. Vidimo stisko, bolečino, izčrpanost. Ampak ta zakon ne rešuje teh težav. Rešuje jih paliativa, podpora, oskrba, ne pa to, kar predvideva zakon.



Slovesna podelitev odličij Zdravniške zbornice Slovenije

V sredo, 10. decembra 2025, se srečamo na slovesni podelitvi odličij Zdravniške zbornice Slovenije, ki bo v Modri dvorani Zdravniške zbornice Slovenije. Za glasbeno vzdušje bo poskrbel zdravniški orkester Camerata Medica, pod dirigentsko taktirko maestra Matije Krečiča, odličnega violinista in glasbenika širokega umetniškega delovanja. Večer bo obogatil tudi nastop zobozdravnika in tenorist Gregorja Ravnika.

Na dogodek
se prijavite
preko QR-kode.



Prireditve se bo začela točno ob 18. uri, zato vas prosimo, da pridete vsaj pol ure pred začetkom dogodka in se tako izognete morebitni gneči v parkirni hiši.

Multidisciplinary Journal Club – Multidisciplinarni klub strokovne literature

Janez Tomažič

Ta **Strokovni ktiček** je (bil) namenjen aktualnim novostim s čim širšega področja medicinske strokovne literature. Konec leta se s »ktičkom« poslavljam, ker je enostavno preveč dela, predvsem pri iskanju najpomembnejših člankov. Pričakoval sem, da mi boste vsaj občasno poslali kakšne namige pomembnih člankov z »vaših področij«, kar bi tudi povečalo »aktualnost in pokritost ktička«, vendar ni tako. Na temelju tega sklepam, da ni pravega zanimanja, zato z novim letom prekinjam mesečne prispevke. Če bi prišlo do spremembe z Vaše strani, pa se »ktiček« občasno morda še pojavi ... Hvala vsem, ki ste »brali«, in lep pozdrav, prof. dr. Janez Tomažič



Foto: Voranc Vogel, fotograf, Delo

Semaglutid za zdravljenje steatohepatitisa, povezanega z metabolično disfunkcijo (MASH) – RKR* faze 3

Semaglutid je agonist receptorja za glukagonu podobni peptid-1 (GLP-1). Odobren je za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 ter prekomerne telesne teže oziroma debelosti. Poudariti je treba tudi, da so v teh populacijah poročali o izboljšanju kardiovaskularnih in ledvičnih izidov. Semaglutid je tudi kandidat za zdravljenje steatohepatitisa, povezanega z metabolično disfunkcijo (metabolic dysfunction associated steatohepatitis, okr. MASH). MASH, prej imenovan nealkoholni steatohepatitis, je del MASLD (metabolic dysfunction associated steatotic liver disease) in je huda oblika presnovne disfunkcije, za katero so značilni steatoza (kopičenje maščobe v jetrih), poškodba hepatocitov in vnetje.

Steatohepatitis spodbuja jetrno fibrozo, napredovanje v cirozo in razvoj hepatocelularnega karcinoma. Napredovala fibroza (stopnja 3 ali višja) po-

membno poveča smrtnost, povezano z jetri, in celokupno smrtnost.

V RKR* faze 3, ki še traja, so 1197 bolnikov z MASH, potrjenim z biopsijo, in s fibrozo stopnje 2 ali 3 randomizirali v razmerju 2 : 1, tako da so 240 tednov prejeli enkrat tedensko subkutano semaglutid v odmerku 2,4 mg ali placebo. Prikazani so rezultati načrtovane vmesne analize, opravljene v 72. tednu, ki je vključevala prvih 800 bolnikov (1. del). Primarna izida za 1. del sta bila: (1) razrešitev steatohepatitisa brez poslabšanja jetrne fibroze in (2) zmanjšanje jetrne fibroze brez poslabšanja steatohepatitisa. Ugotovili so, da se je pojavila razrešitev steatohepatitisa brez poslabšanja fibroze pri 62,9 % od 534 bolnikov v skupini, ki je prejela semaglutid, in pri 34,3 % od 266 bolnikov v skupini s placebom (ocenjena razlika 28,7 odstotne točke; 95 % IZ 21,1 do 36,2; $p < 0,001$).

Zmanjšanje jetrne fibroze brez poslabšanja steatohepatitisa je bilo opaženo pri 36,8 % bolnikov v skupini s semaglutidom in pri 22,4 % v skupini s placebom (ocenjena razlika 14,4 odstotne točke; 95 % IZ 7,5 do 21,3; $p < 0,001$).

Rezultati za tri sekundarne izide, vključene v načrt za prilagoditev

zaradi večkratnega testiranja, so bili naslednji: kombinirana razrešitev steatohepatitisa in zmanjšanje jetrne fibroze sta bila dosežena pri 32,7 % bolnikov v skupini s semaglutidom in pri 16,1 % v skupini s placebom (ocenjena razlika 16,5 odstotne točke; 95 % IZ 10,2 do 22,8; $p < 0,001$).

Povprečna sprememba telesne mase je znašala -10,5 % pri semaglutidu in -2,0 % pri placebu (ocenjena razlika -8,5 odstotne točke; 95 % IZ -9,6 do -7,4; $p < 0,001$). Povprečne spremembe v ocenah telesne bolečine se med skupinama niso statistično značilno razlikovale. Gastrointestinalni neželeni učinki so bili pogostejši v skupini s semaglutidom.

V preliminarni analizi raziskave, ki še poteka, so pri bolnikih z MASH in zmerno ali napredovalo jetrno fibrozo raziskovalci potrdili, da je enkrat tedenska uporaba semaglutida v odmerku 2,4 mg v primerjavi s placebom izboljšala histološke izide v jetrih z zmanjšanjem steatohepatitisa in fibroze. To so zelo pomembni in vzpodbudni rezultati, tudi zaradi tega, ker je pri MASH veliko tveganje za slabe izide glede jeter in srčno-žilnih bolezni in je idealno, da zdravlilo vpliva na obe bolezni.

* RKR: randomizirana klinična raziskava

Vir: Sanyal AJ, Newsome PN, Kliers I, et al. Phase 3 Trial of Sema-glutide in Metabolic Dysfunction–Associated Steatohepatitis. *N Engl J Med* 2025; 392: 2089–99; doi: 10.1056/NEJMoa2413258.

Sindrom kroničnega abdominalnega nelagodja (SKAN): pregledni članek

SKAN (angl. chronic abdominal discomfort syndrome – CADS) je nedavno predlagan termin in podrazred kronične abdominalne bolečine. Ocenjujejo, da približno 1 do 2 % odraslih živi z neko obliko SKAN. Za diagnozo so potrebna klinična, diagnostična in funkcionalna merila, pri čemer mora biti izpolnjenih več kot 50 % kliničnih meril ter 100 % diagnostičnih in funkcionalnih meril. Klinična merila vključujejo simptome, kot so napenjanje, slabost in bruhanje. Diagnostična merila vključujejo odsotnost akutne patologije in dober odziv na anestetične blokade. Funkcionalna merila se ocenjuje s pomočjo vprašalnika »Short-Form 36«, ki kaže zmanjšanje vsakodnevnega funkcioniranja (slika 1). Osebe s SKAN pogosto navajajo anamnezo predhodnih abdominalnih operacij, s prisotnostjo ali brez možne nevralne poškodbe, sekundarno zaradi ujetja živcev, adhezij ali nastanka nevromov. Pri teh bolnikih se lahko hkrati pojavljajo dodatne gastrointestinalne komorbidnosti, simptomi in znaki, skladni s kroničnim pankreatitisom, abdominalnim napenjanjem, slabostjo,

bruhanjem ali dispepsijo. V tem preglednem članku je prikazana patofiziologija SKAN, s poudarkom na vlogi simpatičnega in parasimpatičnega živčnega sistema pri prenosu bolečine. Obravnavana so različna farmakološka zdravljenja, vključno z zaviralci izločanja kisline, spazmolitiki in analgetiki, pri čemer so izpostavljene njihova učinkovitost in omejitve. Poleg tega so analizirani nefarmakološki pristopi, kot so intratekalne črpalke, živčne blokade, periferna nevrostimulacija in stimulacija hrbtenjače, ki ponujajo vpogled v intervencijske strategije obvladovanja bolečine.

Avtorji zaključujejo, da se danes uporablja več različnih pristopov za zdravljenje bolnikov s SKAN. Trenutno znanje je nehomogeno, kar odraža zapleteno etiologijo tega sindroma, kjer lahko sodeluje več različnih virov bolečine. Ta kompleksnost nakazuje potrebo po individualiziranem terapevtskem algoritmu, s katerim bi lahko izboljšali obravnavo večine oseb s SKAN. Pri nekaterih posameznikih so uspehi, vendar je za nekatere omenjene terapevtske pristope na voljo le omejeno število dokazov, zato je potrebnih več raziskav. Posebej je potrebna razširitev obsega in kakovosti raziskav, ki bi podprle uporabo SCS (angl. spinal cord stimulation) in PNS (angl. peripheral nerve stimulation) pri zdravljenju abdominalne bolečine. V članku je veliko podatkov in znanj, še posebej koristnih za kolege, ki se srečujejo s temi bolniki, ki jim je pogosto težko pomagati ...

Vir: Gupta M, Patil AS, Staats P, et al. *Chronic Abdominal Discomfort*

Syndrome (CADS): A Narrative Review of Treatment Strategies. J Pain Research 2025; 18; 3451–62.

Uporaba albuterol-budezonida »po potrebi« pri blagi astmi

Blaga astma, ki prizadene od 50 do 70 % bolnikov z diagnozo astme, se pogosto šteje za bolezen z majhnim tveganjem. Vendar pa se huda ali smrtna poslabšanja še vedno pojavljajo pri osebah z redkimi simptomi astme, pri čemer je do 30 % poslabšanj in smrti zabeleženih pri bolnikih, zdravljenih zaradi blage astme, alitistih, ki imajo redke simptome.

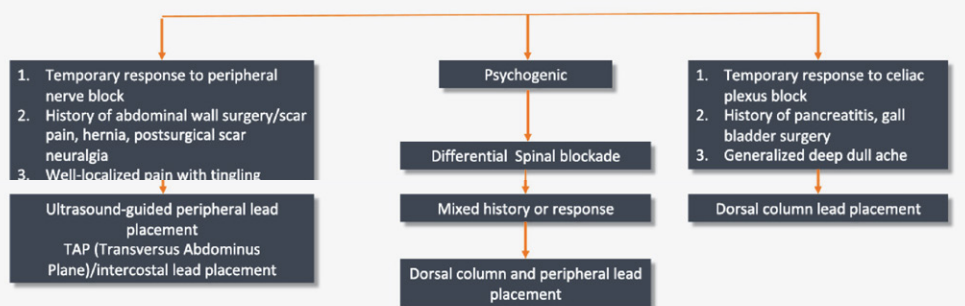
Uporaba albuterol-budezonida »po potrebi« (angl. »as needed«) se je izkazala za statistično značilno učinkovitejša zdravljenje pri zmanjšanju tveganja za huda poslabšanja astme v primerjavi z uporabo samo albuterola »po potrebi« pri bolnikih z zmerno do hudo astmo. Za blago astmo pa podatki o kombinaciji albuterol-budezonida niso bili na voljo. V ta namen je bila narejena popolnoma virtualna, decentralizirana, večcentrična, dvojno slepa, dogodkovno usmerjena klinična raziskava faze 3b (raziskava BATURA), v katero so bili vključeni udeleženci, stari 12 let ali več, z neustrezno nadzorovano blago astmo kljub zdravljenju s kratkodelujočim β_2 -agonistom (SABA) z ali brez nizkega odmerka inhalacijskega glukokortikoida ali antagonist levkotrienskih receptorjev.

Udeleženci so bili naključno razporejeni v razmerju 1 : 1 v eno od dveh skupin:

- kombinacijo fiksnega odmerka 180 μ g albuterola in 160 μ g budezonida (vsak odmerek je vseboval dva vdih po 90 μ g in 80 μ g) ali
- 180 μ g albuterola (dva vdih po 90 μ g),

ki so ju uporabljali po potrebi do največ 52 tednov.

Primarni cilj je bilo obdobje do prvega hudega poslabšanja astme, ocenjeno z analizo časa do dogodka v populaciji z učinkovitim zdravljenjem, medtem ko je bil ključni sekundarni cilj prvi pojav hudega poslabšanja v



Slika 1: Predlagani nevromodulacijski pristop pri klinični sliki, kjer prevladuje visceralna bolečina.

»intention-to-treat« populaciji. Sekundarni cilji so vključevali letno stopnjo hudih poslabšanj astme in izpostavljenost sistemskim glukokortikoidom. Od 2421 udeležencev v populaciji za celotno analizo (1209 v skupini albuterol-budezonid in 1212 v skupini albuterol) je bilo 97,2 % starejših od 18 let; 74,4 % jih je na začetku uporabljalo samo SABA. Raziskava je bila predčasno prekinjena zaradi dokazov o učinkovitosti ob vnaprej določeni vmesni analizi zbranih podatkov. Hudo poslabšanje se je pojavilo pri 5,1 % udeležencev v skupini albuterol-budezonid in pri 9,1 % v skupini albuterol v populaciji zdravljenih (HR 0,53; 95 % IZ, 0,39–0,73) ter pri 5,3 % in 9,4 % v »intention-to-treat« populaciji (HR 0,54; 95 % IZ, 0,40–0,73; $p < 0,001$ za obe primerjavi). Letna stopnja hudih poslabšanj astme je bila manjša v skupini albuterol-budezonid kot v skupini albuterol (0,15 vs. 0,32; razmerje stopenj 0,47; 95 % IZ, 0,34–0,64), prav tako tudi povprečni letni kumulativni odmerek sistemskih glukokortikoidov (23,2 mg vs. 61,9 mg letno). Neželeni učinki so bili med skupinama primerljivi.

Raziskovalci so zaključili, da je z »zdravljenjem po potrebi« (priložnostna uporaba) s kombinacijo albuterol-budezonida manjše tveganje za hudo poslabšanje astme v primerjavi s priložnostno uporabo monoterapije z albuterolom pri raziskovancih z nezadostno nadzorovano blago astmo. Tveganje za hudo poslabšanje je bilo pri uporabi kombinacije albuterol-budezonida za 47 % manjše kot pri uporabi albuterola, kar je privedlo do predčasne zaustavitve raziskave po načrtovani vmesni analizi. Poleg tega je bila ob končni analizi podatkov letna stopnja hudih poslabšanj za 53 % manjša pri albuterol-budezonidu kot pri albuterolu, celotna letna izpostavljenost sistemskim glukokortikoidom pa za 63 % manjša pri albuterol-budezonidu.

(Raziskavo sta financirali Bond Avillion 2 Development in AstraZeneca).

Vir: LaForce C, Albers F, Dani-lewicz A, et al. As-Needed Albuterol–Budesonide in Mild Asthma. *N Engl J Med* 2025; 393: 113–24; doi: 10.1056/NEJMoa2504544.

Dolgoročni izidi zgodnje operacije v primerjavi s konvencionalnim zdravljenjem brezsimptomne hude mitralne regurgitacije

»Timing« kirurškega zdravljenja brezsimptomne hude mitralne regurgitacije ostaja predmet razprav (ameriška in evropska priporočila se razlikujejo – preberi v članku). V pričujoči opazovalni raziskavi so primerjali dolgoročne izide zgodnjega kirurškega posega s konvencionalno strategijo zdravljenja pri brezsimptomnih bolnikih s hudo mitralno regurgitacijo. V obdobju od 1996 do 2016 je bilo vključenih 1063 zaporednih brezsimptomnih bolnikov (673 moških; povprečna starost $\pm$ SD, 51 ± 14 let) s hudo degenerativno mitralno regurgitacijo in ohranjeno funkcijo levega prekata. Bolnike so prospektivno spremljali 12 let (mediana; interkvartilni razpon, 8–17 let). Zgodnja operacija je bila opravljena pri 545 bolnikih, pri 518 bolnikih pa je bila izbrana konvencionalna strategija zdravljenja. Stopnje skupne in kardiovaskularne smrtnosti med obema strategijama so primerjali z uporabo »propensity score adjustment«^{**}.

Rezultati: V skupini z zgodnjim kirurškim posegom ni bilo operativnih smrti, popravilo mitralne zaklopke pa je bilo uspešno izvedeno pri 97 % bolnikov. Med spremljanjem je zaradi kardiovaskularnih vzrokov umrlo 8 (1,5 %) bolnikov v skupini z zgodnjo operacijo in 54 (10,4 %) bolnikov v skupini s konvencionalnim zdravljenjem (razmerje tveganj 0,17 [95 % IZ, 0,07–0,40]; $p < 0,001$). Skupno je v

skupini z zgodnjim kirurškim zdravljenjem umrlo 74 (13,6 %) bolnikov zaradi kateregakoli vzroka, v skupini s konvencionalnim zdravljenjem pa 116 (22,4 %) (razmerje tveganj 0,72 [95 % IZ, 0,52–0,99]; $p = 0,046$). V analizi 358 parov, ujemajočih se po »propensity score«, je imela skupina z zgodnjo operacijo statistično značilno manjše tveganje kardiovaskularne smrtnosti kot skupina s konvencionalnim zdravljenjem (razmerje tveganj 0,18 [95 % IZ, 0,08–0,43]; $p < 0,001$) in tudi manjše stopnje kardiovaskularne smrtnosti (5,6 % vs. 17,4 % v 20 letih; $p = 0,002$). V primerjavi s konvencionalno zdravljeno skupino je imela skupina z zgodnjo operacijo prav tako manjše tveganje skupne smrtnosti (razmerje tveganj 0,66 [95 % IZ, 0,47–0,93]; $p = 0,018$) in manjše stopnje skupne smrtnosti (28,2 % vs. 33,9 % v 20 letih; $p = 0,015$).

Raziskava, v katero je bilo vključenih več kot 1000 bolnikov, z izredno dolgim obdobjem spremljanja (> 20 let), ima zadostno statistično moč, da je v analizi s »propensity score adjustment« zaznala pomembno razliko v skupni smrtnosti med obema strategijama zdravljenja. Na temelju tega so raziskovalci zaključili, da je v primerjavi s konvencionalnim zdravljenjem zgodnja operacija povezana z boljšimi dolgoročnimi izidi pri brezsimptomnih osebah s hudo mitralno regurgitacijo in ohranjeno funkcijo levega prekata. Gre za pomembno raziskavo, na temelju katere se bo morda spremenila doktrina zdravljenja, izvedena pa mora biti v visokospecializiranih centrih za zdravljenje srčnih zaklopk – poudarjajo avtorji.

Vir: Park SJ, Kim M, Son J, et al. Long-Term Outcomes of Early Surgery Versus Conventional Treatment for Asymptomatic Severe Mitral Regurgitation: A Propensity Analysis. *Circulation* 2025; doi: 10.1161/CIRCULATIONA-HA.125.074560.

^{**} »Propensity score adjustment« je statistična metoda, ki se uporablja predvsem pri opazovalnih raziskavah. Z njo se poskuša skupine(i), ki jih(ju) primerjamo, izenačiti (uravnovežiti) – kot bi bile randomizirane.

Evropski subspecialistični izpit iz mišično-skeletne radiologije (EDiMSK)

Mitja Rupreht, Vladka Salapura, Žiga Snoj

Nenehno izobraževanje v medicini

Nenehno strokovno izobraževanje (Continuing Medical Education, CME) je ključno za ohranjanje in nadgradnjo znanja zdravnikov. V večini evropskih držav je CME obvezno za podaljševanje zdravniške licence.

Izobraževanje iz radiologije na evropski ravni

Evropsko radiološko združenje (European Society of Radiology, ESR) je v sodelovanju z nacionalnimi radiološkimi združenji iz 38 držav ter vsemi trinajstimi radiološkimi subspecialističnimi združenji oblikovalo kurikulum za vse tri ravni izobraževanja, ki so prosto dostopni na spletni strani ESR (1, 2):

- Evropski kurikulum za dodiplomsko izobraževanje iz radiologije (Curriculum for Undergraduate Radiological Education, CURE, zadnja različica iz 2021) (1). ESR je izdal tudi prenovljeni učbenik v obliki e-knjige, namenjen tako dodiplomskemu kot deloma tudi podiplomskemu študiju (2).
- Evropski kurikulum za specializacijo iz radiologije (European Training Curriculum for Radiology, ETCR), posodobljen leta 2025. Raven I vključuje prva bolj splošna tri leta, raven II pa zadnji bolj usmerjeni leti specializacije (1).
- Evropski kurikulum za subspecializacijo iz radiologije na ravni III (European Training Curriculum for Subspecialization in Radiology, ETCRSR), zadnja različica iz 2024 (1).

Subspecializacije v radiologiji

Subspecializacija v medicini je zlasti v večjih centrih že dolgo realnost, čeprav pogosto nefor-

malna. Večina evropskih držav nima systemskega preverjanja znanja na subspecialistični ravni v radiologiji. ESR in Evropska zveza zdravnikov specialistov (European Union of Medical Specialists, UEMS) po zaključku terciarne ravni izobraževanja priporočata objektivno preverjanje znanja, idealno v obliki izpita (1, 3, 4).

ETCSR opredeljuje trinajst subspecialističnih področij oz. združenj. Dvanajst od njih omogoča pridobitev subspecialistične diplome z izpitom. Nekatera združenja, kot je Evropsko združenje za nevro-radiologijo, omogočajo pridobitev celo šestih subspecialističnih diplom (tabela 1). Slovenski radiologi aktivno sodelujemo pri pripravi več subspecialističnih izpitov. V nadaljevanju je predstavljen subspecialistični izpit iz mišično-skeletne (MSK) radiologije.

Evropska diploma iz mišično-skeletne radiologije

Evropska diploma iz mišično-skeletne radiologije (EDiMSK) je priznanje strokovne odličnosti, ki spodbuja standardizacijo in akreditacijo izobraževanja in prakse na področju MSK-radiologije v Evropi in širše. Potrjuje usposobljenost na ravni III (ETCSR) in je priznana s strani ESR. Imetnikom omogoča večjo prepoznavnost njihovega znanja in veščin znotraj stroke, pri pacientih in v javnosti.

Zgodovina

Evropsko združenje mišično-skeletne radiologije (European Society of Musculoskeletal Radiology, ESSR) je bilo ustanovljeno leta 1993 s pokojnim prof. dr. Vladimirjem Jevtičem, dr. med., iz UKC Ljubljana med ustanovnimi člani, kasneje tudi predsednikom in častnim članom združenja. Odbor za izobraževanje ESSR je začel delovati leta 2003, ko je bil uveden tudi program EDiMSK.

Tabela 1. Evropska radiološka subspecialistična združenja in diplome (5)

Subspecializacija (raven III)	Evropsko radiološko subspecialistično združenje	Evropski subspecialistični izpit in diploma	Priznavanje ESR	Priznavanje UEMS- CESMA
Radiologija dojke	EUSOBI	da	da	ne
Radiologija srca in ožilja	ESCR	da	da	ne
Torakalna radiologija	ESTI	da	da	ne
Urgentna radiologija	ESER	da	da	ne
Gastrointestinalna in abdominalna radiologija	ESGAR	da	da	ne
Radiologija glave in vratu	ESHNR	da	da	ne
Intervencijska radiologija	CIRSE	da	da	da
Mišično-skeletna radiologija	ESSR	da	da	ne
Nevroradiologija	ESNR	da (več diplom)	ne	da
Onkološka radiologija	ESOI	ne	ne	ne
Pediatrična radiologija	ESPR	da	ne	ne
Urogenitalna radiologija	ESUR	da	da	ne
Informatika v radiologiji	EUSoMII	ne	ne	ne

Kratice: EUSOBI: European Society for Breast Imaging, Evropsko združenje za radiologijo dojke; ESCR: European Society of Cardiovascular radiology, Evropsko združenje za srčno-žilno radiologijo; ESTI: European Society of Thoracic imaging, Evropsko združenje za torakalno radiologijo; ESER: European Society of Emergency Radiology, Evropsko združenje urgentne radiologije; ESGAR: European Society for Gastrointestinal and Abdominal radiology, Evropsko združenje gastrointestinalne in abdominalne radiologije; ESHNR: European Society of Head and Neck Radiology, Evropsko združenje radiologije glave in vratu; CIRSE: Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, Evropsko združenje kardiovaskularne ter intervencijske radiologije; ESSR: European Society of Musculoskeletal Radiology, Evropsko združenje mišično-skeletne radiologije; ESNR: European Society of Neuroradiology, Evropsko združenje nevroradiologije; ESOI: European Society of Oncologic Imaging, Evropsko združenje onkološke radiologije; ESPR: European Society of Pediatric Radiology, Evropsko združenje pediatrične radiologije; ESUR: European Society of Urogenital Radiology, Evropsko združenje urogenitalne radiologije; EUSoMII: European Society of Medical Imaging Informatics, Evropsko združenje za medicinsko slikovno informatiko

Struktura in pogoji za pristop

Raven potrebnega znanja je določena z ETCSR, ki se posodablja na dve leti ob sodelovanju Odbora za izobraževanje ESR in Odbora za izobraževanje ESSR (5). Na podlagi ETCSR je definiranih 27 področij tako iz anatomije in fiziologije, znanja na podlagi poznavanja slikovnih metod kot seveda patologije in minimalno invazivnih slikovno vodenih terapevtskih metod (tabela 2).

Zato lahko k izpitu pristopijo le specialisti radiologije, ki opravljajo delo na področju MSK-radiologije vsaj dve leti. To dokažejo z izpiskom iz Radiološkega informacijskega sistema s številom in vrsto opravljenih preiskav in posegov na MSK-področju. Pogoji so tudi članstvo v ESR in ESSR, vsaj 50 točk CME na izobraževanjih,

priznanih s strani ESSR, in še nekateri drugi, objavljeni na spletni strani ESSR (6).

Izpit se izvaja enkrat ali dvakrat letno: na letnem kongresu ESSR in občasno na letnem kongresu ESR. Poteka v angleškem jeziku, sestavljata ga pisni in ustni del.

Pisni del

Od leta 2024 poteka spletno. Vsebuje 40 vprašanj s štirimi možnimi odgovori, od katerih je eden pravičen. Na voljo je 60 minut. Programsko opremo za izvedbo zagotavlja ESR. Vprašanja pripravljajo vseh osem pododborov ESSR in jih najprej pregleda skupina za oceno, sestavljena iz starejših uglednih članov ESSR (5). Stopnjo težavnosti se določi po Angoffovi metodi, ki predvideva, koliko kandidatov bo

predvidoma pravilno odgovorilo na vprašanje z možnimi vrednostmi od 0 do 100 %. Vrednost določita zgoraj omenjena skupina za oceno ter Odbor za izobraževanje ESSR. Vrednosti so redno preverjane in se lahko spremenijo po poizpitni analizi. Na podlagi teh vrednosti so vprašanja razdeljena v tri skupine (lažja, srednja in težja) z enakovredno zastopanostjo na izpitni poli. Za uspešno opravljen izpit je treba pravilno odgovoriti na 28 od 40 vprašanj (70 %).

Ustni del

Kandidati, ki so uspešno opravili pisni del, pristopijo k ustnemu delu. Vsak kandidat obravnava tri primere bolnikov pred dvema izpraševalcema s strukturirano izpitno polo (7), na osnovi kliničnih podatkov, na podlagi

Tabela 2: Področja mišično-skeletne radiologije, prirejeno iz ETCSR, MSK-del (1, 5)

Znanje anatomije in fiziologije	Znanje in veščine na podlagi modalitet	Znanje patologije in zdravljenja
Podrobna MSK-anatomija	Rentgenska preiskava, tudi meritev kostne gostote	Razvojne anomalije
Razvoj skeleta	Diaskopija	Prirojene bolezni
Anatomske variante	Ultrazvok	Akutne poškodbe
	Računalniška tomografija	Kronične poškodbe in obraba
	Magnetna resonanca	Mehkotkivne poškodbe
	Hibridne slikovne metode	Artritis
		Nevrološke motnje, ki prizadenejo MSK-sistem
		Mišične motnje
		Vezivnotkivne bolezni
		Okužbe
		Metabolične in endokrine bolezni
		Kostni tumorji
		Mehkotkivni tumorji
		Tumorjem podobna stanja
		Ocena po zdravljenju MSK-bolezni
		Zapleti ortopedskih vsadkov in protez
		Poznavanje načinov zdravljenja
		MSK intervencijske metode

katerih mora izbrati vrstni red potrebnih slikovnih preiskav. Na delovni postaji PACS (Picture Archiving and Communication System) nato kandidat analizira slikovne preiskave. Izpraševalca ocenjujeta dve ravni kompetenc:

- osnovno, kjer je treba izkazati vse tri kompetence (prepoznavanje sprememb, njihova razlaga v logičnem vrstnem redu in postavitve dokončne ali kratke diferencialne diagnoze),
- dodatno, pri kateri mora izkazati vsaj eno od dveh (logični vrstni red nadaljnjih slikovnih preiskav za postavitev končne diagnoze ter seznanjenost z nadaljnjo klinično obravnavo). Tudi te primere pripravijo vsi pododbori ESSR in jih potrdi skupina za oceno.

Priprava na izpit

ETCSR predstavlja katalog potrebnega znanja, veščin in kompetenc, ne navaja pa specifične literature. Kandidati se pripravljajo na več

načinov z naslednjimi viri (za člane ESSR):

- prost dostop do revije *Seminars in Musculoskeletal Radiology* ter znižana naročnina na *Skeletal Radiology*,
- članki in vsebine na spletnih straneh pododborov ESSR,
- tečaji in šole pododborov ESSR,
- letni kongres ESSR, kjer je velika večina predavanj od 2021 naprej spletno dostopna na strani ESSR,
- spletni seminarji ESSR, ki so prav tako dostopni članom od njihovega začetka leta 2018,
- skupno je trenutno na spletni strani ESSR dostopnih 310 posnetkov, pri čemer predstavitev z letnega kongresa 2025 še niso na voljo (8),
- v pripravi je tudi zbirka primerov pisnih in ustnih vprašanj.

Nadzor in kontrola kakovosti

Za izvedbo in kakovost izpita je odgovoren Odbor za izobraževanje

ESSR v sodelovanju s predsedniki pododborov ESSR. Pred in po izpitu sta tudi sestanka izpraševalcev ter skupine za oceno vprašanj. Kandidati se z oddajo prijave odpo-vedujejo pritožbi na vsebino izpita.

Prehodnost in veljavnost

Prehodnost izpita se giblje okrog 50 %. Uspešni kandidati pridobijo naziv »European Diploma of Musculoskeletal Radiology« s kratico EDiMSK, ki jo lahko navajajo za imenom.

Diploma, pridobljena pred 2015, ima neomejeno veljavnost, vendar ni priznana s strani ESSR. Leta 2015 je bil program izpita prenovljen v skladu z zahtevami ETCSR. Zato ima nova diploma veljavnost pet let. Za podaljšanje veljavnosti morajo imetniki zbrati vsaj 20 CME kreditnih točk na izobraževanjih, priznanih s strani ESSR, ter biti člani ESSR in ESSR.

Priznavanje in prihodnost

Diplomo EDiMSK kot standard priznava ESR. Priznanje vseh ESR subspecialističnih diplom traja tri leta, obnova pa je možna ob izpolnjevanju meril ESR (9). Za ohranitev priznavanja s strani ESR poteka nadzor izpita s strani ESR vsak šesti izpit ali vsaka tri leta. Diploma EDiMSK je priznana tudi v Sloveniji, kjer so tudi sicer priznani vsi subspecialistični izpiti iz radiologije.

Na letnem kongresu ESR 2025 je bila ena od sej namenjena tudi predstavitvi teh diplom s strani predstavnikov vseh subspecialističnih združenj, na kateri smo se lahko seznanili z različnimi načini njihovega izvajanja ter pridobili koristne informacije za njihovo izboljšavo.

Leta 2023 je bila med imetniki diplom EDiMSK izvedena anketa (10). Večina je vsaj 50 % delala kot MSK-radiologi, nekaj tudi kot splošni radiologi. Večina dela v zasebnem sektorju ali v splošni bolnišnici. Razlogi za opravljanje izpita so bili osebni, pogoj za zaposlitev ali pogoj za certifikacijo ustanove (npr. sarkomski center).

Število kandidatov narašča tudi zunaj Evrope, kar dokazuje njen mednarodni pomen. Še vedno čakamo tudi prvega slovenskega imetnika diplome.

Evropski svet za ocenjevanje znanja zdravnikov (Council of European Medical Specialist Assessment, CESMA) je svetovalno telo UEMS, ustanovljeno leta 2007 z namenom izvajanja priporočil ter usklajevanja izvajanja preverjanja znanja zdravnikov na evropski ravni. CESMA spodbuja združenja, odgovorna za izvajanje preverjanja znanja na evropski podiplomski ravni, za pridobivanje priznanja s strani CESMA-UEMS, kar je naslednji cilj ESSR.

Zaključek

Prispevek predstavlja primer preverjanja znanja na subspecialistični ravni iz mišično-skeletne radiologije na področju MSK-radiologije. Zbrane izkušnje so lahko uporabne tudi pri oblikovanju preverjanja znanja na zgodnejših ravneh.

Ob tem velja poudariti, da predstavlja subspecialistična diploma izkaz dodatnih kompetenc in ne nadomešča znanja splošne radiologije, ki ostaja ključno za vzdrževanje kakovostne 24/7 radiološke obravnave bolnikov.

Viri

1. Curriculum for Undergraduate Radiological Education (CURE), European Training Curriculum for Radiology (ETCR), European Training Curriculum for Subspecialization in Radiology (ETCSR) <https://www.myesr.org/education/training-curricula/>, dostopano 22. 6. 2025.
2. <https://www.myesr.org/education/>

- modern-radiology-ebook/, dostopano 22. 6. 2025.
3. <https://www.myesr.org/education/>, <https://www.essr.org/diploma/> Dostopano 5. 7. 2025.
4. <https://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training/cesma>. Dostopano 5. 7. 2025.
5. Weber MA, Adriaensen M, Drakonaki E, Martinoli C, Vanhoenacker F, Robinson P, Ruprecht M. European Diploma in Musculoskeletal Radiology: Written Part of the Exam. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2025;29(3):462-467.
6. <https://www.essr.org/diploma/> Dostopano 5. 7. 2025
7. Weber MA, Ruprecht M, Drakonaki E, Martinoli C, Vanhoenacker F, Robinson P, Adriaensen M. European Diploma in Musculoskeletal Radiology: Oral Part of the Exam. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2025;29(3):468-478.
8. <https://www.essr.org/e-learning/> Dostopano 6. 7. 2025
9. ESR Criteria for Subspecialty Diploma Endorsement, verzija 2024, <https://www.myesr.org/education/>, dostopano 31. 7. 2025.
10. Adriaensen M, Ruprecht M, Martinoli C, Vanhoenacker F, Robinson P, Drakonaki E. The European Diploma in Musculoskeletal Radiology: Past, Present, and Future. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2024;28(3):352-355.

Izr. prof. dr. Mitja Ruprecht, dr. med., Radiološki oddelek, UKC Maribor, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, član Izvršilnega odbora ESSR 2023–2025

Prof. dr. Vladka Salapura, dr. med., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, predsednica Združenja radiologov Slovenije

Izr. prof. dr. Žiga Snoj, dr. med., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, član Odbora za izobraževanje ESSR

O psihoterapiji z nekoliko drugačnega zornega kota

Anica Mikuš Kos

Ob dolgoletnih razpravah o Zakonu o psihoterapiji in ob različnih strokovnih stališčih se mi zdi prav predstaviti tudi širši pogled na

psihoterapijo v epidemiološki, javnozdravstveni in družbeni perspektivi – pogled, ki presega vprašanje, komu naj bo dovoljeno izvajati psihoterapijo. Sem otroška psihiatriinja in bom zato predstavila stanje na področju varstva duševnega zdravja

otrok, to je po definiciji Unicefa oseb, starih do 19 let. Glede na pomen, ki ga pripisujemo obdobju otroštva in odraščanja za duševno zdravje v odrasli dobi, usmeritev na ta izsek prebivalstva nikakor ni zanemarljiva.

Naj najprej na kratko povzamem vlogo psihoterapije v današnjem času. Mentalne lastnosti – kognitivne sposobnosti, sposobnost čustvene regulacije, prilagodljivost, psihična odpornost in še mnoge druge lastnosti, ki so podstat tega, kar imenujemo duševno zdravje, postajajo vse pomembnejše za materialno, čustveno, odnosno, socialno in zdravstveno dobrobit posameznika. Zaradi zahtevnosti sedanjega časa glede mentalnega delovanja (obremenitve, zahteve po prilagodljivosti in hitrosti delovanja ...) je vse več ljudi, ki ne ustrezajo zahtevam časa in so izpostavljeni hudim pritiskom. Ti povzročajo čustvene stiske, ki se z intenziviranjem pri mnogih spremenijo v stanja, katerim dodelimo naziv duševne motnje. Tudi razvojni tehnološki dosežki in digitalizacija, ki sodoločajo način življenja, predstavljajo posebne izzive in dejavnike tveganja za notranje duševno ravnovesje otrok. Vse to se odraža v porastu števila otrok z duševnimi motnjami. Pri odzivu posameznika so seveda pomembni tudi njemu lastni biološki dejavniki.

K porastu števila oseb z duševnimi motnjami prispevata tudi družbena ureditev in psihološka stroka s tem, da sta pripravljene prekalificirati vse večje število odklonov od pričakovane odzivanja, čustvovanja, vedenja in delovanja v medicinske kategorije duševnih motenj. Največ primerov za zadnjo trditev najdemo na področju duševnih motenj v obdobju otroštva. Otroke, za katere smo nekoč rekli, da imajo v riti črve ali mravlje, smo danes preimenovali v otroke z motnjo aktivnosti in pozornosti (ADHD). Vzpostavitev te diagnoze je v množico otrok z duševnimi motnjami pripeljala 3–6 % celotne osnovnošolske populacije. Pričakovano se je pojavila tudi diagnoza za tiste, ki so v šoli počasni in zaradi tega slabo uspešni – motnja kognitivne počasnosti, ki še ni vstopila v uradne klasifikacije duševnih motenj, je pa o njej že veliko publikacij. Najpogostejši simptomi te motnje so: počasnost odzivanja, mišljenja in motorike, zaspanost v

dnevnem času, dnevno sanjarjenje, hitra utrudljivost, pomanjkanje motivacije, pomanjkanje energije, apatičnost, manjša aktivnost (Becker in Willcutt, 2019). Ne vemo še, koliko dodatnih otrok bo pristalo med duševno motenimi, ko se bo diagnoza usidrala v prostor stroke in razširila v javnosti. K temu je treba takoj dodati, da psihiatrizacija odklonov prinaša otroku tudi koristi v času šolanja, ker mu zagotavlja vsaj neko mero pomoči in prilagoditev zahtev in pedagoških pristopov v šolskem sistemu.

Število otrok, ki imajo po veljavnih klasifikacijah duševne motnje, narašča. Nekateri govorijo o epidemiji duševnih motenj. Te slabšalno vplivajo na kakovost življenja in zdravja ter povzročajo trpljenje otrok z motnjo in njihovega okolja. Glen (2020) opozarja na statistiko samomora, ki kaže, da je po podatkih Centra za kontrolo bolezni SZO samomor drugi vzrok smrti v populaciji oseb od 10. do 19. leta starosti. Kar bolj zaskrbljuje ekonomiste in politike, pa predstavljajo finančne obremenitve družbe in druge za družbo negativne posledice duševnih motenj. Naj omenim le podatek, da so stroški zdravljenja duševnih motenj v bogatem svetu med vrhnjimi na lestvici denarja, ki ga države namenjajo zdravljenju različnih skupin bolezni. Duševne motnje otrok imajo še vrsto drugih družbeno škodljivih posledic, ki sežejo od nizke šolske in delovne storilnosti do nekaterih problemov kriminalitete. Razumljivo je, da v predstavljenih družbenih okoliščinah naraščajo potrebe po pomoči ljudem z duševnimi motnjami.

Razviti svet je osvojil medicinski model odpravljanja duševnih motenj, to je zagotavljanje strokovne terapijske pomoči – psihoterapevtske ali medikamentne ali novih elektromagnetnih in drugih fizikalnih posegov v delovanje možganov, ki so šele na pohodu. Pomoč je usmerjena v zdravljenje posameznika, to je spreminjanje, izboljševanje posameznika s težavo. Intervencije pomoči se dogajajo v strokovnih institucijah, predvsem

v odnosu eden na enega (terapevt – pacient), v večinoma dolgotrajnih procesih. Pomoč izvajajo strokovnjaki medicinskih, psiholoških in psihoterapevtskih področij, katerih visoko usposabljanje traja ali naj bi trajalo vrsto let (univerzitetni študij + specializacija), to je kakih 8–10 let. Psihoterapija je pojmovana kot prednostna metoda zdravljenja duševnih motenj in metoda, ki naj bi se izvajala ob drugih medicinskih metodah. V javnosti in v strokovnih krogih pa je pojmovana kot panacea, osnovno sredstvo odpravljanja duševnih motenj pri posamezniku.

Koliko otrok prejema pomoč duševnozdravstvenih strokovnjakov?

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) naj bi imelo 13,4 % otrok duševne motnje (Polanczyk idr., 2015). V bogatih državah (Evropa, ZDA, Avstralija, Kanada ...) prejema strokovno pomoč 25–30 % tistih, ki bi po kriterijih mednarodnih klasifikacij duševnih motenj imeli potrebo in pravico do strokovne pomoči. Pejovic-Milovancevic (2021) navaja, da je strokovno pomoč v dvanajstih mesecih v Evropi prejelo le 25,6 % otrok z duševnimi motnjami, 31,5 % v najbogatejših državah in 18,9 % v manj bogatih evropskih državah. Med njimi so nesorazmerno malo zastopani otroci iz okolij z najvišjimi dejavniki tveganja za duševno zdravje. Število strokovnjakov in služb je v najbogatejših državah močno nezadostno glede na potrebe. Vendar ni le pomanjkanje strokovnjakov vzrok za ogromen razkorak med potrebami in možnostmi strokovne pomoči. Veliko potencialnih uporabnikov, zlasti mladostnikov, ne vidi koristi v ponujenih vsebinah in oblikah pomoči.

Za kritično obravnavo javnozdravstvene vloge delovanja specialističnih duševnozdravstvenih služb za otroke so tudi pomembne ugotovitve o majhni učinkovitosti obeh osnovnih

pristopov zdravljenja – psihoterapije in terapije z zdravili. Revija *Annual Review of Clinical Psychology* je leta 2023 (Weisz idr., 2023) objavila metaanalizo delovanja psihoterapije za mlade, ki je pokazala omejenost njenih učinkov. V zaključkih članka lahko preberemo, da so učinki psihoterapije manjši pri mladostnikih kot pri odraslih, da je izboljšanje stanja doseženo pri manj kot polovici obravnavanih pacientov, da so učinki odvisni od življenjskega konteksta in da v petih desetletjih obstoja in razvoja psihoterapije njena učinkovitost pri mladostnikih ni porasla.

Psihoterapija, ki je prednostna metoda zdravljenja duševnih motenj, ima v epidemiološki perspektivi majhen vpliv na duševno zdravje skupnosti. V epidemiološki perspektivi prispeva k ozdravljenju majhnega števila otrok z duševnimi motnjami – kakim 10–15 % otrok iz celotne množice otrok bogatega sveta, ki imajo ali bi jim pripadala medicinska diagnoza duševnih motenj. Vsekakor pa pomaga določenim uporabnikom in je ob vseh omejitvah doslej najučinkovitejši pristop k odpravljanju ali omiljenju duševnih motenj otrok in mladostnikov. Tudi če dodamo učinke drugih metod zdravljenja duševnih motenj pri otrocih, lahko ugotovimo, da je učinkovitost obstoječih strokovnih služb majhna. Zaskrbljujoč je članek Jensena (2020) z naslovom *Izginjajoča vrednost z dokazi podprti terapiji. Mar je naše ekspertno znanje o duševnem zdravju nerelevantno?* Avtor ugotavlja, da ima zdravljenje duševnih motenj otrok kratkotrajne ugodne učinke in večje izboljšanje kot placebo terapija, vendar ni nobenih ugotovljenih razlik v dolgoročni koristnosti terapije glede na to, ali je bila izvajana vedenjska terapija, medikamentna terapija ali kombinacija obeh. Tudi koncept na dokazih slonečih terapij se je izkazal kot nerealno obetajoč. V realnem svetu je učinkovitost terapije mnogo manjša kot v eksperimentalnih izvedbah. Zaradi vsega zgoraj napisanega ni čudno, da Topol idr. (2022)

ugotavljajo, da pri varovanju duševnega zdravja zdravstveni model ne deluje. Dodajam: ne deluje v javno-zdravstvenih in epidemioloških razsežnostih.

Ob tem pa je treba opozoriti, da so teorije in koncepti, na katerih sloni psihoterapija, imeli in imajo pomembne širše učinke družbenih razsežnosti, kot so pojmovanje in razumevanje duševnih dogajanj, stališča in prakse vzgoje. Dober primer za to je psihoanalitična paradigma, ki je znatno prispevala k prepoznavanju nezavednega, pomenu in vlogi seksualnosti.

Kaj storiti, da bi zmanjšali breme duševnih stisk in motenj za posameznika in za družbo?

Smiselni odgovor je usmeritev v preventivo. Toda tudi na tem področju sta sedanja družba in stroka malo učinkoviti. Mnogih velikih ogroževalcev duševnega zdravja ne moremo odpraviti. To so predvsem vojne, druge oblike nasilja, negativni socialni dejavniki, pa tudi številne družinske disfunkcije. Očitno je, da prizadevanja za preventivo doslej niso uspela omejiti porasta duševnih motenj v otroškem obdobju. To seveda nikakor ne pomeni, da preventiva, pojmovana v najširšem smislu, ne ostaja osnovni pristop.

Ko govorimo o zdravljenju, je vprašanje, kaj lahko storimo tukaj in sedaj za otroke z duševnimi motnjami, kako naj jim zagotovimo pomoč. Prvi in prevladujoči odgovor je povečati število strokovnjakov in strokovnih služb; pri tem je mišljeno predvsem psihoterapevtsko področje. Ta zahteva stroke in javnosti je povsem legitimna. Toda tudi če vidimo rešitev v tem, da pomnožimo število strokovnjakov in zagotovimo vsakemu otroku in mladostniku z duševno motnjo strokovno pomoč, je

vprašanje, ali zmoremo oz. smo kot družba pripravljeni toliko vložiti v duševno zdravje otrok, in seveda je tu še dejstvo, da bi do usposobljenosti zadostnega števila strokovnjakov preteklo še mnogo let.

Danes je razširjeno geslo »Duševno zdravje v vse politike«. To nikakor ne pomeni vključevanja psihoterapevtov v vsa področja družbenega delovanja, temveč odpravljanje sistemskih virov motenj in krepitev varovalnih dejavnikov in psihične odpornosti znotraj različnih sistemov. Ideja je lepa, predstavlja prispevek k demedikalizaciji obravnave duševnih motenj. Pristop se v veliki meri prekriva s široko zasnovano v socialne sisteme usidrano preventivo. Vgrajevanje takih pristopov v vzgojno-izobraževalni sistem se je izkazalo kot koristno. In spet – to vgrajevanje ne pomeni vnašanja psihoterapije v šolski ali vrtčevski prostor, temveč – ko gre za otroke s težavami – nudenje psihosocialne podpore in pomoči v okviru šolskega vsakdana s strani vzgojiteljic, učiteljev, z vrstniško pomočjo, z razvijanjem podporne psihosocialne klime razreda in šole.

Prenos in razdelitev nalog je metoda, ki širi delovanje duševnozdravstvenih služb s tem, da ga razpodeli med različne službe in druge organizirane dejavnosti, ki vplivajo na otroka (Kazdin E., 2018). To omogoča strokovnjakom na drugih področjih, povezanih z duševnim zdravjem otrok (zdravnikom, medicinskim sestram, učiteljem, vzgojiteljicam ...), in tako imenovanim »laikom« brez strokovne izobrazbe, ki je blizu področju duševnega zdravja, da pomagajo otrokom in staršem. S tem lahko dosežemo znatno večje število otrok, tudi tiste, ki sicer ne bi nikoli dobili pomoči strokovnih služb. Seveda je delitev nalog odvisna od narave motnje, od konteksta in od razpoložljivih virov pomoči.

V sozvočju s tem geslom je usmeritev k aktiviranju naravnih virov pomoči. To so viri podpore, krepitev psihične odpornosti, aktiviranja notranjih sil posameznika za obvladovanje duševnih stisk, izgub, travm, ki

so skozi tisočletja pomagali ljudem, da so brez »psiho« strokovnjakov preživeli v psihološkem smislu duševne rane in okrevali. Ti viri so v naravnih življenjskih okoljih, v odnosih in socialnih mrežah, v skupnosti. Mnogi se v sedanjem času krčijo in je njihovo vzpodbujanje velikega pomena tako za dobrobit družbe kot za duševno zdravje članov skupnosti. Zanje uporabljajo tudi izraz »nemedicinski viri pomoči«, kar priča o tem, v kolikšni meri smo medikalizirali in izključili iz normalnega življenja pomoč osebam z duševnimi težavami. Primer življenjskega okolja, v katerem je možno na sistemski ravni aktivirati mnoge podporne, pomožne in varovalne dejavnike, je za otroke šola – učitelji, vrstniška pomoč, različne skupinske dejavnosti, ki krepijo povezanost z oddelčno skupnostjo, preprečujejo osamljenost ...

Usmerjenost k naravnim virom pomoči se odraža v naslovih člankov specializiranih strokovnih revij s področja otroške psihiatrije in sorodnih strok, v katerih je vse več objav o pomenu gibanja pri zdravljenju depresivnih motenj v otroštvu, o pomenu socialnih stikov za duševno zdravje, o vrednosti razvijanja empatije in prosocialnega vedenja za duševno zdravje, pa tudi o vrednosti v šole vgrajenih programov varovanja duševnega zdravja otrok, torej o zaščitnih in zdravih dejavnostih, ki niso področja delovanja duševnozdravstvenih specialistov. Dvorsky idr. (2021) pišejo o magiji vsakodnevnega življenja, ki omogoča otrokom, da obvladujejo izzive in težave. Avtorji pišejo, da odpornost izhaja predvsem iz magije običajnega življenja in običajnih človeških virov v otroku, njegovi družini, zunajdružinskih odnosih in skupnosti.

Kar zadeva povezovanje in sodelovanje stroke z naravnimi viri pomoči, je pri odraslih vse bolj razširjen pristop »socialnega predpisovanja«, to je vzpodbujanja, posredovanja in lajšanja vključevanja klienta s težavami v različne dejavnosti – interesne, športne, socialne, umetniške, ki jih

organizirajo nevladne organizacije ali delujejo kot drugačne skupinske aktivnosti. Stroka se angažira pri zagotavljanju pomoči naravnih virov zunaj zdravstvenih ali duševnozdravstvenih institucij (Larkin M., 2025). Torej, stroka prepozna pomen naravnih virov pomoči in povezuje svoje delovanje z njimi.

Patel in Rahman (2015) nas prepričujeta, da je najpomembnejši korak k spremembam, potrebnim za uveljavljanje globalne zaščite duševnega zdravja, pogumna agenda, ki mobilizira skupnostne vire, kot so laični psihosocialni pomočniki, uporaba mobilnih in elektronskih tehnologij, skupaj z izboljšanjem učinkovitosti in dostopnosti strokovnih služb.

Predstavljenim konceptom pomoči je blizu shema stopenjske pomoči, ki jo najdemo v priročnikih za psihosocialno zaščito otrok na vojnih področjih (IASC, 2007). Osebo jo vidim kot ustrezno tudi za mirnodobska ali t. i. normalna okolja. Vsi otroci v skupnosti (šola, krajevna skupnost ...) naj bi bili deležni prizadevanj za krepitev psihične odpornosti in odpravljanje dejavnikov tveganja. Za otroke z razvojnimi, učnimi in blažjimi psihosocialnimi težavami naj se aktivirajo naravni viri pomoči – znotraj skupnosti (pomoč šole, vrstnikov, prostovoljcev ...), glede na problem ob sodelovanju s strokovnjaki za duševno zdravje otrok. Pomoč otrokom z duševnimi motnjami naj izvajajo specialisti za duševno zdravje in za sorodne stroke (npr. specialna pedagogika) ob vključevanju naravnih virov pomoči.

Zaključna misel

Večina otrok, izpostavljenih najtežjim izkušnjam, okreva tudi brez pomoči strokovnjakov. Pri tem jim pomagajo notranje sile in podpora naravnih okolij. Nekateri potrebujejo več pomoči, znatno manjši del je tistih, ki potrebujejo pomoč duševnozdravstvenih specialistov.

Zaradi razsežnosti, škodljivosti pojava duševnih stisk in motenj v

obdobju otroštva in doraščanja ter trpljenja, ki ga povzroča, je očitna nuja aktiviranja naravnih virov in pomoči oseb brez specialističnih strokovnih kompetenc, ki lahko delujejo kot psihosocialni pomočniki v sodelovanju s strokovnjaki ali pod mentorstvom strokovnjakov ali samostojno. Strokovnjaki – ne le, da nas ni dovolj, tudi ne moremo zagotoviti vsega, kar otrok potrebuje za ozdravljenje in okrevanje. Nimamo npr. vpliva na otrokov življenjski kontekst in na veliko večino škodljivih vplivov. Povezovanje z viri v naravnih okoljih, tudi v zunajdružinskih okoljih – z viri v institucijah, v katerih otroci preživljajo svoj vsakdan, medsektorsko povezovanje, aktiviranje družbenih in skupnostnih virov pomoči, bi moralo biti sestavni del delovanja strokovnjakov za duševno zdravje otrok.

Ob tem pa opozarjam, da je trpljenje tisto, ki je vselej prisotno ob duševnih ranah, ne glede na to, kakšen bo izid v prihodnosti. Zmanjševanje trpljenja otrok bi moralo biti etično in logistično vodilo v prizadevanjih za dobrobit in zaščito otrok pred duševnimi ranami in ob duševnih ranah.

Če se vrnem k vprašanju, komu naj bo dovoljeno opravljanje psihoterapije: najtežje motnje, zlasti tiste, pri katerih so v etiologiji pomembno soudeležene biološke komponente, terjajo pomoč visoko kvalificiranih strokovnjakov. Blažje motnje, ki terjajo predvsem psihosocialne pristope, pa lahko izvajajo osebe z manj medicinskih in drugih specialističnih znanj ter osebe, ki omogočajo otroku dobre korektivne izkušnje na področju medosebnih odnosov in na področju delovanja, mu nudijo človeško podporo, pa tudi nekatere socialne veščine in učno pomoč. Koristno bi bilo razmišljati o delitvi dela in sodelovanju specializiranih specialistov s strokovnjaki, ki tvorijo vsakdan otrok – vzgojiteljice, učiteljice, zdravstveni delavci, voditelji interesnih dejavnosti in mnogi drugi, in s skupnostjo – prostovoljci, nevladne

organizacije, lokalni politiki. V teh prizadevanjih so empatija, solidarnost in socialna odgovornost enako pomembne kvalitete kot specialna znanja o duševnem zdravju otrok.

Viri

Becker, S. P. in Willcutt, E. G. (2019).

Advancing the study of sluggish cognitive tempo via DSM, RDoC, and hierarchical models of psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 603–613.

Dvorsky M.R., Breaux R, Becker S. P. (2025)

Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic. *European Child and Adolescent Psychiatry* 30:1829–1831.

IASC Inter-Agency Standing Committee (2007).

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Inter-Agency Standing Committee Glenn C.R. et al. (2019) Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **,*, pp **, doi:10.1111/jcpp.13106

Annual Research Review: A meta-analytic

review of worldwide suicide rates in adolescents Catherine R. Glenn,^{1,2} Evan M. Kleiman,³ John Kellerman,¹ Olivia Pollak,⁴ Christine B. Cha,⁴ Erika C. Esposito,¹ Andrew C. Porter,¹ Peter A. Wyman,² and Anne E. Boatman¹

¹Department of Psychology, University of Rochester, Rochester, NY, ²Department of Psychiatry, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, ³Department of Psychology, Rutgers, The State University of New

Jensen, P. S. Editorial: The Vanishing Value of Evidence-based Treatments: Is Our Mental Health Expertise Irrelevant? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 60, Issue 4, 441–44

Jersey, New Brunswick, NJ, ⁴Department of Psychology, Teachers College, Columbia University, New York City, NY, US

Larkin M (2025) Social Prescribing Is Easing Clinicians' Load in Canada. *Medscape Medical News*, April 24, 2025

Kazdin A. E. (2018). Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(4), 455–472.

Patel V., Rahman A. (2015) Editorial Commentary: An agenda for global child mental health <https://doi.org/10.1111/camh.12083>. *Child And Adolescent mental health*. Volume 20, Issue 1, 3–4

Pejovic-Milovancevic, M. (2021). Communications of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1479–1482.

Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A., Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345–65.

Topol E. J., Verghese A., Insel T (2022). The Medical Model Doesn't Work for Mental Health - *Medscape*-Mar 25, 2022.

Weisz J.R., Venturo-Conerly K.E., Fitzpatrick O.M., Frederick J.A., Yi Ng M. (2023) What Four Decades of Meta-Analysis Have Taught Us About Youth Psychotherapy and the Science of Research Synthesis. *Rev Clin Psychol.*, Volume 19, May 9:19:79–105.

Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., spec. ped. in spec. psih., predsednica Slovenske filantropije

DOMUS MEDICA



**PREGLED
VSEH
STROKOVNIH
SREČANJ NA
ENEM MESTU!**
WWW.DOMUSMEDICA.SI

**OBIŠČITE NAŠO SPLETNO STRAN
WWW.DOMUSMEDICA.SI**

kjer najdete seznam in osnovne informacije o vseh strokovnih dogodkih, za katere je organizator podal vlogo za dodelitev kreditnih točk.

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

Preko te strani je možna e-prijava na vse dogodke.



INFORMACIJE:

Andreja Stepisnik
01 30 72 194

andreja.stepisnik@zss-mcs.si

»Forever young?« Medicina za dolgo, zdravo življenje

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

V zadnjih letih se je raziskovanje s tematiko »longevity« (dolgoživost) zelo povečalo. V ospredju so slogi življenja: prehrana in gibanje, pa tudi zdravila, ki so bila izvirno razvita za nekatere bolezni.

Zmanjševanje vnosa kalorij še ni dalo dokončnega odgovora. Tudi intermitentno stradanje ne. Je pa nekaj zdravil, npr. dolgotrajno zaviranje imunskega odgovora, ali t. i. senolitiki, ki v eksperimentu ciljajo na odstranjevanje celic, ki se nekako vnetno vnesejo v proces staranja.

Menda naj bi tudi zaviralci SGLT2 delovali geroprotektivno. Pozornost se usmerja tudi na antidiabetik metformin.

Vendar pa še vedno velja klasična preventiva: redna telesna dejavnost, nadzor arterijskega tlaka, nadzor krvnega sladkorja in maščob, nič kajenja ter uravnotežena mediteranska prehrana.

Vir: *Aerzte Steiermark*, oktober 2025

S polno močjo: Pobude za šport ter specialiste športne medicine

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Dežela Štajerska je dobro oskrbljena s športnimi dogodki. Pomembna pa bi bila podpora pri storitvah in izobraževanju specialistov športne medicine. Cilj Avstrijske družbe za športno medicino in preventivo (*Österreichische Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention*, ÖGSMP) je vpeljava lastne medicinske specialnosti.

Na Štajerskem deluje približno 2.300 športnih združenj s približno 380.000 člani. »Tisti, ki se ukvarjajo s športom, so aktivni. Pritegniti pa moramo tudi druge. Pri mladih je opaziti veliko zanimanje za gibanje v centrih za fitnes. Ampak ne gre le za postavljanje s športnim telesom na Instagramu, temveč za vzgojo otrok za raznolike športe. EKG pri otrocih – kot preventiva nenadne srčne smrti – je v nekaterih državah že obvezen, v Avstriji pa še ne. Mladostniki, ki so

športno zelo dejavni, naj bi bili čim prej predstavljeni zdravniku strokovnjaku športne medicine. Pozabiti pa ne smemo tudi na tiste, ki se začnejo ukvarjati s športom že kot zreli ljudje.«

Najprej velja poudariti, da je šport zdravilo – zelo učinkovito zdravilo. Predvsem vztrajnostni športi so za zniževanje krvnega tlaka pogosto učinkovitejši kot zdravila.

Zaenkrat si zdravnik/-ca lahko pridobi le diplomu iz športne medicine. Izobraževanje traja tri leta in obsega 120 teoretičnih ter 60 praktično orientiranih učnih enot. Cilj ÖGSMP pa je ustanovitev svoje specialnosti – specialist športne medicine. Ne kot konkurenca, temveč kot dopolnitev tega, kar zdaj delajo zdravnice in zdravniki, ki imajo le diplomu iz športne medicine.

Vir: *Aerzte Steiermark*, oktober 2025

»Update« v oktobru

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Povezava: www.kassenarzt-finden.at
(zavarovalniški zdravnik – iskanje)

S spletno stranjo www.kassenarzt-finden.at je Daniel Schalk iz Gradca postavil platformo, s katero se lahko pacientke in pacienti hitro in brez zapletov povežejo z zavarovalniškimi zdravnicami in zdravniki, ki imajo proste termine. Pobuda za to so bile njegove (tj. Schalkove) lastne negativne izkušnje pri iskanju zavarovalniških zdravnikov, ki so čim bližje pacientovemu kraju bivanja in pri katerih je čim manj čakanja na termin (pregleda). S tem servisom (platformo) hoče avtor pokazati naslednje: termine je možno dobiti, moralo pa bi biti za pacientke in paciente lažje.

Datum: 10. 11. 2025

10. novembra se bo prvič zgodila »Dolga noč urologije«. Med 17. in 21. uro bodo imele svoja vrata odprta vse urološke ordinacije in klinike. Moški, starejši od 45 let, si bodo lahko brez poprejšnje prijave dali prvič pregledati svojo prostato. Sodelujoče ordinaci-

je in klinike: www.losette.at/loose-tie/lange-nacht-der-urologie

Tema: Koliko se vi osebno ukvarjate s športom?

SZO priporoča 150 minut gibanja srednje intenzivnosti ali 75 minut gibanja visoke intenzivnosti na teden. Zato smo štajerske zdravnike vprašali tole: »Koliko pravzaprav se vi osebno ukvarjate s športom na teden?« Rezultati so pokazali, da je med zdravnicami in zdravniki mnogo zgledov: 52,5 % jih celo presega priporočila SZO, 25,9 % dosega priporočila SZO, 12 % se jih redno ukvarja s športom, četudi ne dosegajo priporočil SZO. Samo 9,5 % je takšnih zdravnic in zdravnikov, ki se s športom ne ukvarjajo. Med odgovori je naštet mešanica oblik športne dejavnosti: vztrajnostne oblike, razvoj moči (sile) in utrjevanje stabilnosti. Ostale zdravnice in zdravniki pa stavijo na hojo, nekateri prehodijo celo 12 km na dan.

Vir: *Aerzte Steiermark, oktober 2025*

Komentar: V bistvu gre za poudarke na začetku revije; povzetki zgoraj so le malo bolj zgoščena besedila treh izvirnikov. a) Simptomatično je, da se je nekdo odločil postaviti platformo za iskanje prostih terminov (za preglede) pri zavarovalniških zdravnikih. Platformo sem si ogledal, seveda je pa nisem preizkusil. Zdi se, da je v ozadju težava, da se pacienti zaradi pomanjkanja zavarovalniških zdravnikov raje obračajo na ambulan- te (*Ambulanzen*) v bolnišnicah, ki pa ne zmorejo navala pacientov. b) Značilno se mi zdi, da je ta urološka informacija usmerjena že na mlajše moške. Sprašujem se pa, kako bo v posameznih ordinacijah oz. klinikah potekal množični pregled prostat. c) Seveda gre za anketo in če so podatki resnični, so zdravnice in zdravniki lahko svojim pacientkam in pacien- tom zgled za telesno dejavnost. Anketa je dobra dopolnitev dveh člankov na prejšnji strani: o dolgoži- vosti ter o športu na avstrijskem Štajerskem in kako zdravništvo vidi telesno gibanje kot terapijo.

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš,
dr. med., Ljubljana,
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Razbremenilni pogovori v decembru 2025

Članom so, v oporo in pomoč v najrazličnejših življenjskih izzivih in stiskah, na voljo razbremenilni pogovori, ki so možni tudi po dogovoru, zunaj razpisanih terminov.

Ime	Datum	Čas
Brane Brinšek, dr. med.	Četrtek, 4. decembra 2025	15.00–17.00
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 8. decembra 2025	16.00–18.00
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 11. decembra 2025	16.00–18.00

Če bi potrebovali pogovor zunaj določenih terminov, nas o tem obvestite, da vam bomo lahko pomagali.

Za rezervacijo termina za pogovor po telefonu, ki je lahko povsem anonimna, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 (Vesna Habe Pranjič) ali po e-pošti: zdrom@zss-mcs.si, lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.

Komentar k zapisom

Isis, december 2025, št. 12

Anton Mesec

Str. 6, K naslovnici: Zanimivo, kako z uporabo visoke tehnologije skušajo izboljšati kakovost urinskih katetrov in na ta način prispevati k zmanjšanju okužb. Hkrati tudi lep primer štajerskega čezmejnega sodelovanja.

Str. 13, Opravičilo podjetja ...: Se je le nekaj premaknilo v zatiranju slaboumnih oglaševanj čudežnih zdravil.

Str. 19, Multidisciplinary Journal Club: Kakovostna rubrika s preskromnim nazivom »Strokovni kotiček« se začenja z grenkim uvodom. Avtor je obupal zaradi dosedanjega medlega odziva na prispevke in njegove pozive k sodelovanju. Morda pa so vrata le priprta, zato poziv vsem bralcem, da se izkažejo s prispevki s svojega področja, ki naj jih usklajuje profesor J. T.

Str. 22, Evropski izpit iz radiologije: Kam plujemo? Posodobljeni evropski radiološki kurikulum vključuje 13 subspecializacij. Združe-

nje za nevroradiologijo omogoča celo 6 subspecialnih diplom!

Str. 25, O psihoterapiji: Avtorica z bogatimi izkušnjami modro in umirjeno predstavlja mesto in domet psihoterapije v sodobni družbi. Blagodejno branje ob spremljanju nenehnih nepopustljivih konfrontacij v naših medijih ob aktualnem rojevanju (prenošenega?) Zakona o psihoterapevtski dejavnosti.

Str. 72, Kaj bi rekel dr. House? Kaj vse lahko sproži pozabljena prtljaga na strehi avtomobila. Če ima hudič mlade ... Upam, da kolega ne bo pisal nadaljevanja.

Str. 78, Čudež v Radovljici: *Nihil novi sub sole.* Spet zabavne kolesarske peripetije, kombinirane z malo fiziologije in s priporočili za dobre knjige.

Str. 81, Veter sprememb – vsaj tako naj ostane: Naslov je zelo poveden. Ob stalnem vsestranskem nezadovoljstvu v našem zdravstvu smo vendarle (vsaj v zobozdravstvu) pred mnogi mi drugje po svetu.

Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., Ljubljana,
antonmesec@gmail.com

Starostna diskriminacija in javno zdravje

Dušan Nolimal

Uvod

Diskriminacija je eden ključnih dejavnikov zdravstvenih neenakosti. V javnozdravstveni literaturi jo pogosto opredeljujejo kot niz politik, praks in vedenj, ki vzdržujejo neenakosti med družbeno določenimi skupinami. Deluje na treh ravneh: na individualni ravni, kjer se kaže v odnosih med zdravniki, drugim zdravstvenim osebjem in bolniki; na institucionalni ravni, kjer vpliva na dostop do zdravstvenih storitev; ter na strukturni ravni, kjer družbene norme sistematično prikrajšajo določene skupine prebivalstva. Predvsem v zahodnem, kapitalističnem, neolibe-

ralnem svetu, kjer je sočutja in časa za skupnost vse manj.

Raziskave jasno kažejo, da so starejši odrasli pogosto izpostavljeni diskriminaciji, ki se povezuje z večjo pojavnostjo kroničnih bolezni, depresije in dolgotrajnih zdravstvenih težav. Longitudinalne študije, kot je angleška raziskava ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), so pokazale, da zaznana diskriminacija pomembno povečuje tveganje za srčno-žilne bolezni, kronič-

Članek z navedenimi viri je objavljen na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije:
Za člane > Glasilo Isis > 2025 > Isis december 2025

ne pljučne bolezni in duševne motnje. Diskriminacija torej ne pomeni le osebne stiske, temveč ima merljive in dolgotrajne zdravstvene posledice, ki dolgoročno skrajšujejo življenje.

Predsodki zaradi starosti vodijo do resnih neenakosti – zamujenih ali zapoznelih diagnoz, pomanjkljivega informiranja o zdravniških odločitvah, neustreznega zdravljenja in celo odtegnitve kritične zdravstvene oskrbe. To področje je v družbi še vedno premalo prepoznano, posledice pa so lahko usodne. Posebej zaskrbljujoče je, da je starostna diskriminacija pogosto razumljena kot etično dopustna – za razliko od seksizma in rasizma, ki ju praviloma označujemo kot etično nedopustna. A jasne etične podlage za takšno razlikovanje ni, kar kliče k resnemu razmisleku.

V zdravniški stroki v Sloveniji velja, da starostna diskriminacija v zdravstvu vsaj na prvi pogled ni zaznana kot očiten in razširjen problem. Tudi osebne izkušnje mnogih starejših ljudi in njihovih svojcev nakazujejo, da so deležni skrbne in spoštljive obravnave. Kljub temu pa so javnomnenjske raziskave pokazale, da veliko ljudi meni, da diskriminacija obstaja oz. da je pomembna težava. Tudi raziskava institucije Zagovornika načela enakosti iz leta 2023 je razkrila, da petina vprašanih meni, da je bila v zadnjem letu vsaj enkrat diskriminirana, pri čemer so kot pogost vzrok navedli tudi starost.

Že pandemija covida-19 je to vrzel pokazala v vsej ostrini. Leta 2020 so bili številni stanovalci domov za starejše podvrženi triažnim odločitvam, pogosto brez možnosti dostopa do bolnišnic. Veliko jih je bilo preusmerjenih v paliativno oskrbo v razmerah, ki za to niso bile primerne. Skoraj dva tisoč umrlih v enem samem letu – eden najvišjih deležev na svetu – ni bil zgolj tragičen podatek, temveč dokaz, da sistem ni zmogel zaščititi najranljivejših. Šlo je za krizo človekovih pravic, ki je pokazala, kako nevarno je, če starost kot etična kategorija ostane prezrta ali relativizirana. Prav zaradi tega se v

Sloveniji pogosto odpira vprašanje, kakšno mesto ima starost v etičnem okviru zdravstva in javnega zdravja.

Domnevno spregledana starost

Na tem ozadju so se oblikovale razprave, v katerih je bila starost vse bolj prepoznana kot pomembno etično vprašanje. Mnogi v zdravniški stroki poudarjajo, da starost sama po sebi ni diskriminacijski dejavnik, temveč medicinsko pomemben parameter, ki vpliva na prognozo bolezni, uspešnost posegov in izbiro terapij. Tak pogled zagovarja stališče, da gre za nujno strokovno presojo, ki sama po sebi ne pomeni manjvredne obravnave. Hkrati pa se v praksi kaže, da brez jasnega etičnega okvira ostajajo odprti sumi in dileme: so bile odločitve, ki so v času pandemije prizadele starejše, strokovno neizogibne ali etično sporne? Toda podobna vprašanja se ne pojavljajo le v izrednih razmerah, temveč so del vsakdanjega zdravniškega dela, ko je treba ob omejenih virih tehtati med različnimi bolniki in se odločati, komu bo dana prednost. Kako v takih trenutkih zagotoviti pravičnost, preglednost in spoštovanje dostojanstva vseh?

Predstavniki civilne družbe in številni strokovnjaki, ki opozarjajo na naraščanje starizma ter se zavzemajo za dostojno starost, so izpostavili tudi problematične vrzeli v obstoječih zdravniških etičnih smernicah. V prenovljenem Kodeksu zdravniške etike (KZE), sprejetem leta 2016, starost ni navedena v seznamu osebnih okoliščin, pri katerih diskriminacija ni dopustna. Ta izpustitev je pri delu javnosti razumljena kot potencialno diskriminatorna sestavina in kot znak, da zaščita starejših ni bila dovolj jasno poudarjena.

Etika zahteva jasnost in doslednost. Starost kot osebna okoliščina nikoli ne bi smela biti razlog za izključitev, zanemarjanje ali opustitev zdravljenja. Ker zakon o pacientovih pravicah izrecno prepoveduje diskri-

minacijo zaradi starosti, bi bilo smiselno, da to prepoved jasno odražajo tudi etične smernice. Pri tem pa velja izpostaviti, da etični kodeksi niso nadrejeni zakonom in jim tudi niso podrejeni – gre za dva vzporedna sistema, ki se dopolnjujeta in skupaj usmerjata ravnanje v zdravstvu. Prav v tej dopolnitvi je njihova moč: zakon daje formalni okvir, etika pa ponuja širšo razlago in moralno vodilo.

V času pandemije se je pokazalo še nekaj drugega. Prav takrat, ko bi moral tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) ponuditi etični kompas, se je umaknil. Namesto da bi razprl vprašanja, pripravil smernice in omogočil javno razpravo, je ostal v ozadju in breme odločitev prepustil požrtvovalnim, a izčrpanim zdravnikom v klinični praksi. Ker NIJZ tudi ni opravil celovite analize dogajanja, na številna ključna vprašanja še vedno nimamo odgovorov. Ni sistematične ocene dogajanja v domovih za starejše, ni jasnega vrednotenja triažnih praks, ni niti odprte razprave o etičnih javnozdravstvenih dilemah ob koncu življenja.

Med zdravniško in javnozdravstveno etiko

Razprava o starostni diskriminaciji v zdravstvu je nujno nepopolna, dokler Slovenija nima jasnega institucionalnega okvira, ki bi presegel posamezne interpretacije in spore. Potrebujemo dokument, ki bi stroki javnega zdravja zagotovil lastno etično sidrišče – Kodeks etike javnega zdravja (KEJZ). Tak kodeks bi omogočil preglednost, okrepil zaupanje in postavil jasne meje za prihodnje odločitve. Predvsem pa bi dopolnil klinično medicino, ki jo ureja Kodeks zdravniške etike (KZE), ter preprečil vtis, da se diskriminacija starejših lahko razume kot nekaj opravičljivega.

Razlika med obema kodeksomoma je temeljna. KZE se osredotoča na razmerje med zdravnikom in posameznim bolnikom. Njegovo težišče je klinična praksa, kjer ima starost

pogosto pomen kot medicinski dejavnik pri prognozi bolezni, presoji tveganj in izbiri terapije. Javnemu zdravju pa je lastno drugačno izhodišče. Ukvarja se z zdravjem celotnih skupnosti, s preprečevanjem bolezni, zaščito ranljivih, zagotavljanjem pravičnega dostopa in oblikovanjem dolgoročnih politik. Zato javnemu zdravju ne zadošča klinična logika – potrebuje lasten, jasno utemeljen etični okvir.

Številne države so to že prepoznale. V ZDA so razvili vpliven okvir javnozdravstvene etike, ki poudarja spoštovanje človekovih pravic, pravično porazdelitev koristi in bremen ter transparentnost odločanja. Kanadski in britanski javnozdravstveni kodeksi jasno določajo, da morajo biti ukrepi sorazmerni, podprti z dokazi in usmerjeni v zaščito najranljivejših. Tudi Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) vse bolj opozarja, da brez etičnih meril javnozdravstveni ukrepi izgubijo legitimnost. V Nemčiji in Švici so bile v času covida etične komisije dejavno vključene v pripravo priporočil, kar je omogočilo večjo preglednost odločitev in zmanjšalo negotovost med zdravstvenimi delavci.

Slovenija tega koraka ni naredila. Čeprav je bila ob prenovi KZE leta 2016 večkrat dana pobuda, da bi NIJZ razvil poseben KEJZ, se to ni zgodilo. Pandemija je razgalila posledice te vrzeli: nejasne in protislovne smernice, preneseno breme odločanja na zdravnike klinične prakse in razprave brez etičnega kompasa. Posledično se je med zdravstvenimi delavci krepil občutek nemoči, med javnostjo pa nezaupanje.

Čas za odgovornost

Slovenija nujno potrebuje KEJZ. Ne kot še en tehnični dokument, temveč kot temeljni kompas, ki bi v prihodnje usmerjal ravnanje tudi v kriznih razmerah, varoval dostojanstvo ranljivih skupin in zagotavljal, da se etične dileme razrešujejo odprto in pregledno. Prav odsotnost takšnega

kodeksa je bila med pandemijo covida-19 ena največjih sistemskih pomanjkljivosti.

Čeprav se NIJZ rad pohvali s sodelovanjem v evropskih projektih na področju preventive in staranja, ostaja dejstvo, da kljub obstoju lastne Komisije za deontološka in etična vprašanja ni razvil KEJZ. V ključnih trenutkih se je umaknil v tišino. Ni pripravil celovite analize dogajanja v domovih za starejše, ni razprl etičnih dilem triažiranja in ni ponudil presoje učinkovitosti ukrepov. Tudi danes na številna politično občutljiva vprašanja še vedno ni odgovorov, čeprav mednarodne raziskave ponujajo vedno več novih spoznanj.

NIJZ bi moral imeti proaktivno vlogo – voditi razpravo, umirjati napetosti in ponujati etični okvir. A to vlogo je prepustil drugim, kot se pogosto dogaja pri politično občutljivih temah. Simbolično je, da je decembra 2021 Zagovornik načela enakosti v odločbi o diskriminaciji v DSO presojal ukrepe ministrstva in zdravstvenega osebja, pri tem pa se sploh ni posvetoval z NIJZ. To kaže, da se je osrednja javnozdravstvena institucija sama odpovedala svojemu vplivu pri oblikovanju etičnih standardov.

Tudi primerjava s tujino je poučna. Nemški svet za etiko (Deutscher Ethikrat) je že v prvih mesecih pandemije pripravil priporočila o triaži, zaščiti ranljivih skupin in transparentni komunikaciji, ki so pomagala usmerjati javno razpravo. Švicarska Nacionalna komisija za etična vprašanja v medicini (NEK-CNE) je oblikovala smernice o prioritetni obravnavi pacientov, etičnih dilemah v domovih za starejše in ravnesju med individualnimi pravicami ter kolektivno zaščito. Ta priporočila so zdravstvenim delavcem in politiki nudila jasen okvir, ki je preprečil, da bi etični vidiki zdrsnili v ozadje.

Slovenija takšnega etičnega kompasa še vedno nima. NIJZ bi moral prevzeti podobno vlogo, pa je ostal ujet v pasivnost in samozadoštnost. Vodstvo inštituta je bilo celo

večkrat prijavljeno Komisiji za preprečevanje korupcije (KPK) zaradi domnevnih kršitev integritete, a brez posledic. Takšno stanje spodkopava zaupanje in je dolgoročno nevzdržno. Zato je čas, da se vodstvo NIJZ pokliče na odgovornost. Če bi inštitut ob prenovi KZE ali ob odločbi Zagovornika načela enakosti pripravil KEJZ, bi Slovenija že imela jasen okvir, ki bi omogočal preglednejše in pravičnejše odločitve v institucionalnih in strukturnih dilemah. Tak kodeks ne bi bil le administrativni dokument, temveč prispevek k zaščiti dostojanstva in pravic vseh ljudi tudi v kriznih razmerah ter podlaga za obnovo zaupanja v stroko javnega zdravja.

Sklep

Razprava o diskriminaciji starejših v zdravstvu je več kot etično in pravno vprašanje – je ogledalo družbe. Posebej pandemija covida-19 je pokazala, kako ranljiva je zaščita starejših, ko ni jasnih pravil in odgovornega vodstva. Prav zato je oblikovanje Kodeksa etike javnega zdravja (KEJZ) nujen korak, ki presega ozko klinično logiko in v ospredje postavlja pravičnost, solidarnost ter spoštovanje človekovega dostojanstva. Vodstvo NIJZ je imelo več priložnosti, da začne ta proces, a jih je prezrlo. Zato danes ne zadostujejo več splošne razprave, temveč so potrebni jasna odgovornost, preglednost in trdna zaveza, da starost ali druge osebne okoliščine nikoli več ne bodo razumljene kot razlog za manjvredno obravnavo. Samo tako bo mogoče obnoviti zaupanje v stroko javnega zdravja in zagotoviti, da bodo tudi v prihodnje človekove pravice ostale varovane.

Prim. mag. Dušan Nolimal, dr. med., specialist javnega zdravja, Ljubljana

Predstavitev multidisciplinarnega konzilija za obravnavo bolezni lobanjske baze

Multidisciplinarni tim za bolezni lobanjske baze

Na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, UKC Ljubljana, od avgusta 2022 deluje multidisciplinarni konzilij za obravnavo bolezni lobanjske baze v sestavi otorinolaringologov, nevrokirurgov in nevroradiologov. Glavno vodilo konzilija je zagotoviti celostno obravnavo bolnika z boleznijo v področju lobanjske baze, tj. od diagnosticiranja do spremljanja bolezni po zaključku zdravljenja ne glede na vrsto zdravljenja (tj. kirurško ali nekirurško) in vrsto bolezni.

Konzilij poteka praviloma vsaj enkrat mesečno prvi četrtek v mesecu v fizični in oddaljeni obliki (tj. z uporabo spletne platforme Microsoft Teams), kar omogoča tudi predstavitev bolnikov iz ustanov izven UKC Ljubljana. Napotni zdravnik piše koordinatorju konzilija na

domen.vozel@kclj.si za prejem napotnega obrazca. Po ustrezni izpolnitvi in vrnitvi napotnega obrazca je bolnik uvrščen na naslednji razpisan konzilij. Datum konzilija koordinator uskladi z ostalimi rednimi člani konzilija.

Redni člani multidisciplinarnega tima za obravnavo bolezni lobanjske baze smo subspecialisti, ki se poglobljeno ukvarjamo z boleznimi lobanjske baze:

- doc. dr. Domen Vozel, dr. med., spec. otorinolaringologije (rinokirurgija in kirurgija sprednje lobanjske baze),
- doc. dr. Jure Urbančič, dr. med., spec. otorinolaringologije (rinokirurgija in kirurgija sprednje lobanjske baze),
- prof. dr. Saba Battelino, dr. med., spec. otorinolaringologije (otokirurgija, avdio-vestibulologija in kirurgija lateralne lobanjske baze),
- prof. dr. Roman Bošnjak, dr. med., spec. nevrokirurgije,
- dr. Tomislav Felbabić, dr. med., spec. nevrokirurgije,
- dr. Matej Vrabec, dr. med., spec. radiologije (nevroradiologija) in
- Matej Vouk, dr. med., spec. radiologije (nevroradiologija).

V primeru potrebe po dodatnem mnenju drugih specialistov se konzilija udeležijo tudi fakultativni člani (npr. specialist nuklearne medicine, infektolog, onkolog radioterapevt, onkolog internist, okuloplastični kirurg, maksilofacialni kirurg) ali se zaprosi za dodatno subspecialistično mnenje iz tujine.

Na konziliju obravnavamo bolnike vseh starosti z različnimi tumorskimi in netumorskimi boleznimi. V prvem letu obravnave je konzilij obravnaval približno 40 bolnikov z boleznijo na lobanjski bazi, od tega 30,8 % z benignim tumorjem, 30,8 % z malignim tumorjem, 12,8 % z okužbo in 25,6 % z drugo boleznijo (npr. bolezen



kostnega metabolizma, neinfekcijsko vnetje) (Urbančič idr. 2024). Na letni ravni opazamo trend rasti števila obravnavanih bolnikov.

Konzilij ni le dokazano učinkovit in kakovosten multidisciplinarni način obravnave bolnikov, temveč omogoča tudi kontinuirano izobraže-

vanje zdravnikov na področju redkih bolezni v področju lobanjske baze.

Za sodelovanje se vam zahvaljujemo.

Kirurško zdravljenje epilepsije zaradi kavernoma: uvajanje sodobnih načel v slovensko klinično prakso

Tomaž Velnar, Tilen Žele, Borut Prestor, Anja Čuš, Gal Granda, Nataša Kos, Nuška Pečarič Meglič, Mirjana Perkovič Benedik, Roman Bošnjak, Bogdan Lorber

Epilepsija je ena najpogostejših nevroloških bolezni, ki pomembno vpliva na kakovost življenja bolnikov in njihovih svojcev. Pri približno 30 % bolnikov protiepileptična zdravila ne zadoščajo za obvladovanje bolezni, zato je pri skrbno izbranih primerih kirurško zdravljenje učinkovita terapevtska možnost. Med lezijami v možganih, ki povzročajo epilepsijo, je kirurško zdravljenje posebej uspešno pri kavernomih. Odstranitev lezije in okoliškega patološkega tkiva je pri večini bolnikov dovolj za trajno odsotnost napadov. Junija 2025 je bil v Centru za epilepsije v UKC Ljubljana izveden prvi kirurški poseg po načelih sodobnega kirurškega zdravljenja epilepsije zaradi kavernoma v Sloveniji. Vsa predoperativna diagnostika ter multidisciplinarna strategija posega in pooperativnega zdravljenja sta bili načrtovani v Sloveniji. Pacientka s farmakorezistentnimi napadi je bila uspešno operirana z dobrim kliničnim izidom – popolno odsotnostjo napadov v obdobju spremljanja. Dogodek predstavlja pomemben mejnik v slovenskem zdravstvenem sistemu, saj dokazuje možnost izvajanja vrhunskega multidisciplinarnega zdravljenja epilepsije v domačem okolju in odpira pot nadaljnjemu razvoju programa kirurškega zdravljenja epilepsije.

Uvod

Epilepsija je ena najpogostejših kroničnih nevroloških bolezni, ki prizadene približno 5 % svetovne populacije vsaj enkrat v življenju. Gre za heterogeno skupino motenj, za katere so značilni ponavljajoči se epileptični napadi, ki se razlikujejo po klinični sliki, patofizioloških mehanizmih, pogostosti, trajanju ter sprožilnih dejavnikih (1). Manifestacije napadov so raznolike: od prehodne motnje zavesti, neodzivnosti ali

senzoričnih fenomenov do motenj govora, trzljajev, generaliziranih krčev z izgubo zavesti in nenadnih padcev. Poleg neposrednih tveganj za poškodbe med napadi epilepsija pomembno vpliva na vsakodnevno funkcioniranje, socialno vključenost, možnost zaposlitve ter psihično zdravje bolnikov. Anksioznost, depresija in socialna izolacija so pogosti spremljevalci bolezni, kar dodatno znižuje kakovost življenja (1, 2).

Prva izbira pri zdravljenju epilepsije so protiepileptična zdravila.

Napredek farmakoterapije je omogočil učinkovito obvladovanje bolezni pri večini bolnikov ob sprejemljivih neželenih učinkih, ki so pri vsaki generaciji zdravil manjši. Vendar pri približno 30 % bolnikov z epilepsijo zdravila ne zagotavljajo zadostnega nadzora nad napadi (3). Bolniki s farmakorezistentno epilepsijo so kandidati za dodatne terapevtske pristope, med katerimi ima kirurško zdravljenje posebno mesto. Kirurška resekcija epileptogenega žarišča je metoda izbora pri tistih bolnikih, pri katerih je mogoče natančno opredeliti anatomsko področje, iz katerega napadi izvirajo, in pri katerih odstranitev lezije in po potrebi okoliškega tkiva ali za širjenje epileptične aktivnosti pomembnih povezav v možganih ne predstavlja nesprejemljivega tveganja za izgubo pomembnih nevroloških funkcij. Uspešnost kirurškega zdravljenja je pri bolnikih z jasno lokalizirano žariščno epilepsijo visoka. Dolgoročno lahko popolno odsotnost napadov na ta način dosežemo pri 60 do 80 % operiranih pacientov (4, 5).

Ključ za uspeh predstavlja obsežen in natančen predoperativni diagnostični protokol, ki lahko včasih traja tudi nekaj let. Vključuje klinična spremljanja ter natančno in poglob-

ljeno diagnostiko. Pred načrtovanim posegom je tako pri izbranih pacientih treba opraviti oceno klinične slike iz opisov epileptičnih napadov in iz izvidov elektroencefalografije (EEG). Za objektivno preučevanje napadov in postavitev hipoteze o lokalizaciji epileptogenega žarišča je treba napade posneti z ustrezno dolgotrajno videoelektroencefalografijo. Ta omogoča natančno korelacijo med kliničnimi manifestacijami in elektroencefalografskimi spremembami. Podatki slikovnih metod o lokalizaciji strukturne lezije (slikanje z magnetno resonanco (MR), funkcionalno slikanje z MR, pozitronska emisijska tomografija, traktografija) in nevropsihološki pregled z oceno modalno specifičnih kognitivnih funkcij, odvisnih od mesta okvare v možganih, morajo konsistentno potrjevati lokalizacijo epileptogenega področja. V nejasnih primerih, še posebej pri tistih, kjer ne najdemo nobene lezije, ali pa je lezij več in ne vemo, katera je povezana z nastankom epileptičnih napadov, uporabljamo tudi invazivne metode diagnostike (stereo-elektroencefalografijo) (2–4). Najpogostejši razlog za neuspešen izid operativnega zdravljenja je odstranitev napačne lezije.

Del te zapletene diagnostike smo pri bolnikih s farmakorezistentnimi epilepsijami do sedaj postopoma uvajali pri nas, nekaj te diagnostike pa so bolniki opravili v tujini, kjer so v centrih za kirurško zdravljenje epilepsije tudi izvedli kirurške posege. V procesu začrtanega razvoja Centra za epilepsije v UKC Ljubljana pa je bil letos izveden prvi poseg, kjer so bili celotna priprava ter kirurško in pooperativno zdravljenje opravljeni pri nas.

Kavernomi kot vzrok epilepsije

Kavernom je benigni žilni tumor oziroma malformacija, ki jo sestavljajo nenormalno razširjeni kapilarni kanali brez normalne podpore žilnih sten. Najpogostejše se pojavlja v možganih, lahko pa tudi v hrbtenjači

(5, 6). Kavernomi lahko občasno krvavijo, kar vodi v nastanek hemosiderinskih depozitov in brazgotinjenja v okolici. To brazgotinsko tkivo ter razpadni produkti krvi dražijo okolisko zdravo možgansko tkivo in spodbudijo proces epileptogeneze, ki ustvari epileptogeno področje. Epilepsija je pogosta posledica kavernomov. Ocenjujejo, da približno 20 % bolnikov s kavernomi razvije epileptične napade, ki so največkrat pogosti in težko obvladljivi z zdravili. Kirurška odstranitev kavernoma je v primerih, ko je lezija prepoznana kot epileptogeno žarišče, zelo uspešna. Verjetnost dolgotrajne odsotnosti napadov po resekciji presega 80 %, kar je primerljivo ali celo boljše kot pri številnih drugih indikacijah za kirurško zdravljenje epilepsije (7, 8).

Prvi primer kirurškega zdravljenja epilepsije v Sloveniji v sklopu Centra za epilepsije

Junija 2025 je bila v Centru za epilepsije v Ljubljani izvedena prva operacija epilepsije zaradi kavernoma pri nas. Bolnica je veliko let trpela za trdovratnimi epileptičnimi napadi, kljub zdravljenju s protiepileptičnimi zdravili pa je imela tudi do 15 napadov dnevno. Diagnostični protokol je vključeval obsežno klinično in elektroencefalografsko oceno, nevroradiološko in nevropsihološko diagnostiko. Vsi izvidi so konsistentno kazali na kavernom v levem senčnem režnju kot epileptogeno žarišče. Med operacijo je bil kavernom odstranjen v celoti, skupaj z ozkim pasom patološko spremenjene možganovine v okolici. Poseg je potekal brez zapletov, nevroloških deficitov po operaciji nismo beležili. Okrevanje je bilo hitro in ugodno. Ob dvomesečnem spremljanju bolnica ni doživela nobenega epileptičnega napada, kar predstavlja izjemno spodbuden rezultat in potrjuje ustreznost diagnostičnega in terapevtskega pristopa.

Izvedba tega posega je pomemben mejnik pri obravnavi bolnikov s farmakorezistentno epilepsijo. Sama operacija in tehnični vidik odstranitve kavernoma nista nova v nevrokirurškem pogledu, saj smo doslej operirali že veliko bolnikov z različnimi lezijami, ki so bile tudi epileptogene. Je pa to prvi primer priprave pacienta z vidika epilepsije pri nas, kjer je kirurški poseg natančno voden ter podprt z nevrološko diagnostiko. Do zdaj so bili kandidati za kirurško zdravljenje napoteni v tujino, kar je pomenilo dodatne organizacijske in finančne ovire. Vzpostavitev domačega programa pa bo omogočala sodobno, celostno in varno obravnavo v domačem okolju ter bistveno izboljšala dostopnost do tovrstnega zdravljenja. To sicer ne pomeni, da bodo doma lahko operirani prav vsi pacienti z epilepsijo, saj bo še vedno obstajala potreba po sodelovanju z večjimi centri pri diagnostiki in zdravljenju, predvsem pri pacientih z nelezijskimi vrstami epilepsije in pri tistih, kje bodo potrebne invazivna diagnostika ter posebne vrste kirurških posegov za zdravljenje epilepsije, ki jih pri nas zaenkrat še ne izvajamo. V prihodnosti je naš cilj nadaljevanje in širitev programa kirurškega zdravljenja epilepsije. Pomembno je, da bi se vzpostavil sistem dosledne diagnostike, kar bo omogočilo izbiro ustreznih kandidatov in bi zagotovili interdisciplinarno sodelovanje nevrologov, nevrokirurgov, nevropsihologov, radiologov in drugega zdravstvenega osebja. Ob tem velja izpostaviti tudi pomen prizadevnega dela celotnega multidisciplinarnega tima, medicinskih sester, fizioterapevtov in drugih sodelavcev, brez katerih takšen uspeh ne bi bil mogoč.

Zaključek

Kirurško zdravljenje epilepsije je uveljavljen, učinkovit in varen pristop pri skrbno izbranih bolnikih, pri katerih je epileptogeno žarišče jasno lokalizirano. Opisani primer zdravljenja epilepsije potrjuje, da je mogoče

tudi doma doseči rezultate, primerljive z najboljšimi centri v tujini. Gre za pomemben korak k sodobni obravnavi epilepsije v naši državi, ki odpira nove možnosti za bolnike in prinaša bistveno izboljšanje kakovosti njihovega življenja.

Viri

1. Engel J Jr. What can we do for people with drug-resistant epilepsy? The 2016 Wartenberg Lecture. *Neurology*. 2016 Dec 6;87(23):2483-2489.
2. Kwan P, Brodie MJ. Definition of refractory epilepsy: defining the indefinable? *Lancet Neurol*. 2010;9(1):27-29.
3. Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, Eliasziw M; Effectiveness and Efficiency of Surgery for Temporal Lobe Epilepsy Study Group. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy. *N Engl J Med*. 2001;345(5):311-318.
4. Rosenow F, Lüders H. Presurgical evaluation of epilepsy. *Brain*. 2001;124(9):1683-1700.
5. Hammen T, Romstöck J, Dorfler A, Kerling F, Buchfelder M, Stefan H. Prediction of postoperative outcome in cavernoma-related epilepsy. *Epilepsia*. 2007;48(6):1114-1119.
6. Baumann CR, Schuknecht B, Lo Russo G. Seizure outcome after resection of cavernous malformations is better when surrounding hemosiderin-stained brain also is removed. *Epilepsia*. 2006;47(3):563-566.
7. Luyken C, Blumcke I, Fimmers R, Urbach H, Elger CE, Wiestler OD, Schramm J. The spectrum of long-term epilepsy-associated tumors: long-term seizure and tumor outcome after epilepsy surgery. *Epilepsia*. 2003;44(6):822-830.
8. Awad IA, Polster SP. Cavernous angiomas: deconstructing a neurosurgical disease. *J Neurosurg*. 2019;131(1):1-13.

Izr. prof. dr. Tomaž Velnar, dr. med., KO za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana

Doc. dr. Tilen Žele, dr. med., KO za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana

Prof. dr. Borut Prestor, dr. med., KO za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana

Anja Čuš, univ. dipl. psih., Center za epilepsije, UKC Ljubljana

Doc. dr. Gal Granda, dr. med., Center za epilepsije, UKC Ljubljana

Doc. dr. Nataša Kos, KI za medicinsko rehabilitacijo, UKC Ljubljana

Dr. Nuška Pečarič Meglič, dr. med., KI za radiologijo, UKC Ljubljana

Doc. dr. Mirjana Perkovič Benedik, dr. med., Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo

Prof. dr. Roman Bošnjak, KO za nevrokirurgijo, UKC Ljubljana

Mag. Bogdan Lorber, dr. med., Center za epilepsije, UKC Ljubljana

Pomen zgodnjega razvoja za vse nas, ki delamo z ljudmi

Breda Jelen Sobočan

V naših vsakodnevnih praksah se ljudje pritožujejo zaradi težav v komunikaciji s svojimi bližnjimi. Po pomoč se obračajo v upanju, da strokovnjaki, ki delamo s psihološkimi metodami, posedujemo hiter ključ do rešitev.

Psihoterapevtski pristop, ki se usmeri v jedro problema, pa najde ključ skrit globoko v našem najzgodnejšem, najbolj skritem nezavednem in predbesednem obdobju. (Še) ne-mišljeno se vedno znova re-aktivira in re-kreira v dialogu (ali monologu ali molku), ki ga odigravamo z drugim ...

Težava otroka v zvezi z varno predanostjo in odvisnostjo do drugih je povezana z izkušnjami z osnovnim negovalcem in drugimi bližnjimi ljudmi. Vsak otrok je rojen zelo neboljlen in s potrebo, da ga starši

(mati) nosijo v umu, saj mu samo to zagotavlja preživetje. V odnosu z negovalci, ki ga »razumejo«, vzpostavlja zaupanje in se lahko pomiri ter zanaša, da bo poskrbljeno tako za telesne kot za čustvene potrebe.

Mati in otrok ob rojstvu nista popolna neznanca. Mati ga je fantazirala, videla na ultrazvoku, čutila njegovo telesce in njegove ritme. Tudi otrok pozna materine telesne ritme in zven njenega glasu. Obenem pa sta soočena z realno podobo dveh ločenih bitij, ki morata ustvariti povsem nov komunikacijski sistem. Oba sta se na nek način rodila v nov svet.

Mnoge matere so ob prvorojencu izgubljene v identitetni transformaciji iz ženske v mater. Proces nastajanja matere iz hčere je za mnoge hudo

boleč. Nenadoma iz drugega zornega kota ugledajo svoj odnos z lastno materjo. Ob lastnem otroku se na nov način zavejo svojega zgodnjega otroštva. To velja za oba starša. Kot starši in kot strokovnjaki lahko potrdimo, da par, ki pride iz porodnišnice, pričaka polna hiša. Ob zibelki se najdetata dva odrasla, ki morata skrbeti za tri novorojenčke. Od teh sta dva očem nevidna, nepričakovano sta se namreč staršema rodila tudi njuna otroška dela sebstva. Ob lastnem novorojenčku se znotraj vsakega od njiju pokaže tudi njuna lastna izkušnja »biti nemočen dojenček, majhen otrok«. Če je ta lastni majhen otrok doživel preveč hudega, bo to težko breme za njun odrasli del, ki bi moral sedaj starševati. Ta notranji otrok je lahko osamljen, prestrašen, zlorabljen, zanemarjen, poln zamer do sovražnih, neobzirnih, vdirajočih ali zanemarjajočih lastnih staršev. Če pride do nezaveščene identifikacije z lastnimi neustreznimi starši in se

reaktivirajo do otroka sovražni deli, to prebudi prikazni v otroški sobi (Fraiberg).

Ne moremo dovolj poudariti pomena vezi med mladima staršema. Stabilizacija njunega odnosa ob prehodu razvojne faze je za vse tri temeljno sidrišče. Starša, ki sta drug drugemu varna priča in spoštljivo ravnata drug z drugim v tej kritični fazi, lahko naredita dovolj dober čustveni inkubator za svojega nezrelega potomca. Par, ki se zgubi med prikaznimi iz lastne zgodovine, ni sposoben dovolj dobro poskrbeti za malčka. Odvisen in ranljiv človeški otrok, kljub materialno usmerjenemu merjenju kakovosti življenja, od začetka pojava naše vrste potrebuje predvsem dovolj prisotnega, spočitega, predanega, uglasenega, sočutnega, potrpežljivega negovalca. Kapaciteta za zdravo starševanje je nekaj, kar kot družba premalo poudarjamo in sploh ne ozaveščamo ter razvijamo.

Materina kapaciteta za materinjenje se pokaže s tem, da zmore otroku ponuditi olajšanje za njegovo čustveno ali telesno trpljenje. Pomembno je, da zmore prepoznati in izraziti lastna čustvena stanja, na primer žalosti, zaskrbljenosti, tesnobe, sreče ...

To, kako se v neki družini ravna z neboljnostjo (otroka), je odvisno od transgeneracijskih vzorcev. Bolj ko so transgeneracijski vzorci nege zdravi, več možnosti ima otrok za varno navezanost.

Razvozlanje bo za mater lažje, če ima v svoji desni možganski hemisferi ponotranjeno dobro izkušnjo s svojo lastno materjo. Taka mati se lahko prepusti, da iz nje teče, brez ozaveščanja in truda, na otroka uglašen negovalni odnos. Če v njenem implicitnem odigravajočem delu izkušnje s primarno nego ni dovolj dobrih usedlin, bo ponavljala boleče vzorce ali pa se bo z naporom ozaveščanja borila proti njim. To je njen, bolj ali manj enostaven delež uglastve. Nedvomno pa je za sinhronizacijo odvisna od komunikacijskih signalov, ki jih otrok izraža skozi svoje telo, skozi svoje geste in glasove. Nepretr-

goma razvozlava, da razume signale, da lahko čim bolj ustrezno zadovolji otrokove potrebe.

Če sta uglasena, se mati dobro znajde v odtenkih joka, gestah rok, drži telesa, mimiki na obrazku, ki se bodo v mesecih izmenjave bolj ali manj gladko transformirali v simbolno izmenjavo potreb in notranjega sveta. Čustveni most med materjo in otrokom, ki ga gradita z uspešnimi izmenjavami in hitrimi popravili zgrešenih poskusov izmenjave, je trdna osnova za zdrav razvoj osebnosti. Izmenjava neverbalnih signalov, ki jih mati uspešno bere v otrokovi komunikaciji, jima obema prinaša veselje in navdušenje. Mati vabi otroka iz ne-mišljenega – telesnega – v simbolni svet izrekanja. Vsak trenutek njune izmenjave pospremi z govorico. Izbere pomene in jih za otroka poimenuje, od trenutka do trenutka, davno pred njegovo verbalno fazo. To je materin prispevek v otrokovo nastajajočo zmožnost mišljenja. Imeti ponotranjene simbole omogoča, da se lahko otrok na novo rodi v materni jezik.

Včasih pa uglasitev ni lahka. Lahko gre za otrokovo prirojeno, biološko omejitev ali za materino težavo materiniti. Zapleti lahko pripeljejo do težav pri uglastvi ali celo do prekinitve otrokove signalizacije materi. Mati, ki ne bere ali preslabo bere otrokove zgodnje signale, ga pusti »samega«. Bick reče, da je otroček kot brez skafandra vržen v vesolje. Grozi mu raztreščenje. Dojenček se mora sam spopadati s strahom pred psihološkim razpadom. Zelo majhen otrok nima zmožnosti za tako čustveno preizkušnjo, njegovi možgani niso dovolj zreli za konstruktivno samoregulacijo. Če nima staršev, ki bi ga znali zaščititi pred bojznimi in čustvenim trpljenjem, se zateče v primitivne oblike samozaščite, ki vpeljujejo način ne-mišljenja, ne-zavedanja. Služijo zgolj preživetju od trenutka do trenutka. Čas zapuščenosti je za dojenčka in malčka brezkončen.

Čustveno zapuščen otrok se obrambno oprime ene od telesnih

senzacij za adhezivno identifikacijo. Njegova pozornost je uporabljena za to, da se nalepi na neživi svet ali lastno telesno gibanje, napetost svojih mišic, da se s tem sam zameji in drži skupaj, tako telesno kot čustveno. Na nek način disociira od realnosti, jo zamegli, je ne misli, se iz nje ne uči, ampak jo »anestezira« in prebrodi. Vsa pozornost je usmerjena v samo-preživitveno nalogo. Razvija primitivno onnipotentno vedenje v smislu »Jaz lahko skrbim sam zase! Jaz ne potrebujem tebe, mamica!«. Za to mora vzpostaviti močno kontrolo. Uporablja in trenira negacijo ter zatiranje neugodja. Vse, kar je zares težko, zadrži v svojem telesu, nezaznano, nemišljeno. Ne zajoka, ne išče več stika z očmi, ne iztegne ročic proti mamici. Umolkne.

Staršem, ki se ne življajo, je lahko videti zelo »priden« otrok. Sprevedajo in ne razumejo, da se čustveni most do njih ne gradi. Starši so, žal, brez načrta zanj. Otrok v samoobrambi vse bolj umika signale za odnos in ukinja potrebo po njem. Vse bolj zida okrog sebe neprebojni zid brez oken in vrat. Kmalu bo zazidan v stolp svojega telesa in svoj konkreten, malo diferenciran in slabo premišljen notranji svet, v katerem pa bodo strašili, kot nočna mora, globoko zakopani občutki osamljenosti, izolacije, nerazumljenosti. Ne bo jih mogel komunicirati niti zavestnemu delu sebe, kaj šele zunanemu svetu. Tak način spopadanja s čustveno zahtevnimi situacijami bo za vse življenje ostal matrica za soočanja s čustveno nabitimi stanji: z besom, jezo, ranljivostjo, nemočjo, strahom, čustveno bolečino, zapustitvijo, strahom pred bližino ...

Pesnik je rekel »otrok je oče človeka« (W. Wordsworth, 1802: My Heart Leaps Up).

Če se zgodnje obdobje razvija slabo, smo priča otroku, ali odrasle mu, ki je ob bolj ali manj zahtevnih situacijah v čustveni regresiji. Regresivni simptomi prikrivajo neznosne občutke, s katerimi je sam in jih ne more obvladovati na konstruktiven

način. Če po otrokovih izkušnjah z negovalci neposreden izraz pritožbe in protesta ni dovoljen ali slišan, bo ostalo neugodno vznemirjenje ujet v telesu in somatskih simptomih.

Za delo z zgodnjimi odnosnimi travmami je pomembno poznavanje neverbalnih vzorcev interakcij. Nejasnost, nekoristnost, terapevtska neučinkovitost, negotovost so stanja, ki jih moramo nositi pomirjena v svojem telesu, saj moramo ponujati zelo visoko stopnjo pred-uglasitvene varnosti za močno obrambno naravnega bolnika.

Obenem je delo z najzgodnejšimi vsebinami proces, skozi katerega se nujno preoblikuje tudi strokovnjak sam ter njegovo razumevanje pomena in vpliva razvoja in zgodnjih procesov na naše celotno življenje.

Za strokovnjake, ki pridejo v timske delu v stik z zahtevno patologijo, je pomembno, da prevajajo nebesedno v simbolno. Vsak od članov tima išče in najde besede, torej simbolno izrekanje za opis svoje izkušnje in dela s to družino. Strokovnjaki nebesedno in predbesedno poimenujemo s pravimi imeni in naredimo uporabno za »mišljenje

situacije«. Podobno kot starši za otroka, vzdržimo in prebavimo zanje nerešljive čustvene vsebine. Skozi delo v terapiji, skozi občutek, da so razumljeni, postopoma razgradijo prej nerešljive probleme. Ko smo v terapevtskem stiku uspeli razumeti in nevtralizirati boleče reakcije, lahko pomagamo odraslim razviti večjo sposobnost »kontejniranja« otrokovih nevzdržnih čustvenih stanj. Pri otroku, ki je sprejet in razumljen, se začne razvijati zmožnost za mišljenje in govor, kar lahko vodi v normalen razvoj. Ko družina misli in komunicira svoje odnose, konflikte in probleme, ni več potrebe, da jih odigrava in uprizarja.

Tako ima za uspešno terapijo otrok delo s starši zelo velik pomen. Starši so ob otroku dve tretjini dneva in imajo zanj neprecenljiv pomen. Za dobro starševanje je velikega pomena notranja predelava izkušenj iz lastnega otroštva. Mnogi starši zaradi lastnih slabih izkušenj potrebujejo pomoč pri svojem stiku z majhnim otrokom. Velik dosežek je, ko dojamejo, da bo dobra uglasitev otroku pomagala pri zdravem razvoju. Mnogi jih potoži o grozi, da bodo

razvadili dojenčka! Ogorči jih otrokov protest, lastna volja in njegov upor pred intruzijami staršev! Staršem je v pomoč, da jim pomagamo razumeti otrokov notranji svet. Otroku bo v pomoč, da spodbujamo pripravljenost staršev za stik z otrokom, tudi ko se ta umika, je potlačen, odmaknjen. Da jim ni odveč spodbuda, da ga priključijo v odnos. Zelo pomembno je tudi, da ozavestijo, kako potrebno je, da v stiku z otrokom izražajo veselje in ugodje. Da se otroka razveselijo in da se veselijo z otrokom.

Če oba starša vstopata v odnos z dojenčkom tako, da zmoreta in znata govoriti o svojih čustvenih izkušnjah, je izjemnega pomena. Le skozi to, da lahko »slišita« samega sebe, bosta znala slišati tudi drug drugega, pa tudi otroka. V terapiji je zato velikega pomena, da skrbno poslušamo zgodovino staršev, ker ta določa sedanjost otroka in obstoječe probleme.

Breda Jelen Sobočan, dr. med., spec. psih., sistemska družinska psihoterapevka, Psihiatrična ordinacija, predsednica Združenja psihoterapevtov Slovenije

Minimalno invazivni kirurški posegi v proktologiji – zakaj so spremembe nujne

Valentin Sojar

Kirurško zdravljenje se je v zadnjih desetletjih pomembno spremenilo zaradi uporabe sodobnih tehnologij, ki omogočajo minimalno invazivnost, kar pomeni zmanjševanje poškodb tkiv, manj bolečin, krajše okrevanje in manj izrazite zaplete.

V prispevku predstavim minimalno invazivno metodo zdravljenja najpogostejših proktoloških stanj in bolezni. Uvedba kirurških posegov z laserjem predstavlja pomemben mejnik v zmanjševanju pooperacijske obolevnosti in v pospešenem okrevanju po kirurških posegih.

Uvod

Benigne proktološke bolezni: hemoroidalna bolezen, analna razpoka, analna fistula, pilonidalni sinus in analne bradavice, pogosto zahtevajo kirurško zdravljenje. Anorektalna regija je močno moto-senzorično in vegetativno oživčena zaradi svoje anatomske lege in kompleksne funk-

cije medeničnega dna kot celote. Vsak poseg v tem področju povzroča močan odziv, običajno hude bolečine in dolgotrajno okrevanje. Težave, diagnostika, terapija in okrevanje povzročajo tudi psihosocialno breme. Pacienti se zaradi strahu pred bolečino lahko ne odločijo za kirurško zdravljenje.

V zadnjem obdobju so kirurgi razvili različne kirurške tehnike, da bi zmanjšali breme za bolnika. Večinoma so se metode dolgoročno izkazale za manj uspešne od že poznanih klasičnih kirurških tehnik. Komaj v zadnjem desetletju zasledimo objave večjih študij, ki opisujejo uporabo minimalno invazivnih tehnik v proktologiji. Opisana je uporaba laserske tehnologije, ki je v proktologijo prešla iz drugih kirurških vej. Skokovito se povečuje število strokovnih objav o uporabi laserja. Objavljeni rezultati potrjujejo, da minimalno invazivno zdravljenje proktoloških bolezni z uporabo laserja pomembno zmanjšuje pooperacijsko bolečino in čas okrevanja. Močno je zmanjšana pogostnost zapletov zdravljenja. Dolgoročni rezultati zdravljenja pa so podobni ali celo boljši od klasičnih.

Tehnologija

Najpogostejše je opisana uporaba diodnih laserjev. Opravljene so bile številne raziskave vpliva različnih izvorov laserja na tkiva in s tem povezanih rezultatov zdravljenja. Prisoten je hiter tehnološki razvoj laserjev za uporabo v medicini. Uporaba svetlobne energije povzroči koagulacijo krvi in tkiv ter zmanjšanje volumna in zlepljenje. Poleg tega je vedno izražen tudi učinek fotobiomodulacije, procesa, ki uravnava aktivnost celic z uporabo določenih svetlobnih režimov in pripomore k normalizaciji delovanja celic, lajšanju bolečin in hitrejšemu zdravljenju ran. Pomembna je plitva globina poškodbe tkiva in dosežena temperatura v tkivu v primerjavi s klasičnim električnim nožem.

Tehnike kirurškega zdravljenja

Hemoroidalna bolezen (LHP – laserska hemoroidoplastika)

Klasično kirurško zdravljenje hemoroidalne bolezni je opisano kot ena najbolj bolečih izkušenj bolnikov po operaciji. Do nedavnega, skupno skoraj 100 let, je bil zlati standard kirurško izrezanje odvečnega in pomnoženega tkiva, ki povzroča krvavitve in izpadanje črevesa. Kljub uporabi različnih kirurških tehnik in nekaterih sodobnih tehničnih pripomočkov (spenjalniki, podvezovanje arterije po metodi HAL – RAR) je še vedno opisovana izrazita pooperacijska bolečina ob krajšem okrevanju. Glavna pomanjkljivost teh novejših tehnik so sicer redki, vendar zelo hudi zapleti. Šele konec 80. let prejšnjega stoletja je bila v literaturi prvič opisana tehnika zdravljenja hemoroidalne bolezni z uporabo laserja.

LHP je v strokovni literaturi opisana in ovrednotena metoda. Priporočeno je zdravljenje simptomatskih bolnikov s hemoroidalno boleznijo 2. in 3. stopnje, pogojno tudi s 4. stopnjo. Pri operaciji uporabimo posebej za to razvito lasersko sondo za enkratno uporabo. Sondo uvedemo skozi minimalno zarezo na koži v globino približno 3 cm submukozno v predel hemoroidalnega tkiva. Napravimo sistematično lasersko ablacijo

razširjenih venskih sinusov na tipičnih mestih. Uporaba svetlobne energije povzroči skrčenje tkiva in pričvrstitev na sluznico. Pomembno je, da tehnika z uporabo laserja ne vključuje izrezanja tkiva v področju zadnjika, kar je glavni vzrok za bolečino. LHP je mogoče kombinirati z dodatnimi posegi za učvrstitev ohlapne sluznice (mukopeksija) in odstranitev motečih kožnih gub ob zadnjiku. Dodatni posegi lahko povečajo bolečino po posegu. Poseg opravimo v regionalni ali splošni anesteziji in traja do 30 minut. Po operaciji bolnike odpustimo domov isti dan s standardno analgetično terapijo in navodili glede nege zadnjika in odvajanja blata. Priporočamo bolniški dopust 5 do 10 dni. Po posegu opravijo dve kontroli. Dolgoročni rezultati zdravljenja hemoroidalne bolezni z LHP v smislu ponovitve bolezni so primerljivi z izrezanjem hemoroidov.

Zaradi ugodnega učinka na bolečino in čas okrevanja po LHP je zaznati tudi premik v priporočenih načinih zdravljenja. Nekatere študije LHP v primerjavi s tradicionalnim zdravljenjem z elastičnimi ligaturami ali sklerozacijo potrjujejo boljši izhod zdravljenja z manj zapleti in hitrejšo okrevanje.

V lastni seriji skoraj 150 bolnikov opazamo izrazito zmanjšanje pooperacijske bolečine ter močno skrajšano okrevanje po posegu. Zapleti po posegu v smislu vnetja in otekanja so zelo redki in pomembno manj izraziti.



Laserska hemoroidoplastika – LHP



Stanje po laserskem zdravljenju pilonidalnega sinusa (SiLaC)

Sinus pilonidalis (SiLaC – Sinus Laser associated Occlusion)

Kirurško zdravljenje pilonidalne ciste je mogoče na različne načine. Eden od najbolj učinkovitih in tudi enostavnih je kirurško izrezanje obolelega dela kože s sinusom in sekundarno celjenje rane. Uspešnost zdravljenja je velika, možnost ponovitve relativno redka. Glavna pomanjkljivost tehnike z odprtim zdravljenjem je dolgotrajno celjenje odprte rane, ki lahko trajaj tudi več mesecev. To močno prizadene bolnike, ki so večinoma mlajši aktivni moški. Zgodovinsko so se razvile številne tehnike z namenom zmanjšanja obolenosti. Posegi so precej zapleteni in večji, zapleti pogosti, niso na splošno sprejeti s strani kirurgov in tudi bolnikov.

Uporaba laserja se je zgodovinsko pokazal kot ena od možnosti minimalno invazivnega zdravljenja. Tehnika je natančno opisana v literaturi. Objavljene so številne študije. Poseg lahko izvedemo v lokalni ali regionalni anesteziji, odvisno od velikosti sinusa in pacientove želje. Izvedemo širše odprtje primarnega in sekundarnih sinusnih ustij. Sledi skrbno mehansko izčiščenje vseh vraščenih dlak in mrtvega tkiva ter izpiranje sinusnega trakta. Ob koncu posega se opravi aplikacija laserja v celotni dolžini sinusnega trakta s posebno sondo, ki napravi kroglasto koagulacijo premera približno 2 mm. Energija povzroči

zlepljenje sten sinusa in koagulacijo kapilar. Ob koncu je videti le dve manjši odprtini na koži, ki se zacelita v dveh do treh tednih. Pooperacijska bolečina je majhna, telesno so pacienti aktivni od prvega dne. Do zacelitve ran odsvetujem kontaktne športe. Možni zapleti, npr. vnetje rane, so redki in enostavno rešljivi. Možnost ponovitve bolezni je okoli 10 %, podobno kot pri zdravljenju z odprto metodo. Po zazdravitvi priporočamo lasersko epilacijo dlak v okolici, kar zmanjšuje možnost ponovitve. V primeru ponovitve bolezni se metoda lahko ponovi. Poseg lahko kombiniramo z videoskopijo, kar je še posebej pomembno pri kompleksnih, velikih in razvejanih sinusih.

Analna fistula (FiLaC – Fistula tract laser closure)

Kirurško zdravljenje analnih fistul je izjemno zahtevno. Predvsem je za kirurge in paciente velik izziv zdravljenje kompleksnih fistul, ki zajemajo mišico zapiralko. Vedno je dolgotrajno in zahteva veliko znanja in izkušenj. Glavni zaplet kirurškega zdravljenja analnih fistul je inkontinenca za blato. Prav zato so se razvile številne kirurške tehnike, predvsem z namenom ohranitve mišice zapiralko.

Uporaba laserja za zdravljenje analnih fistul je ena od minimalno invazivnih metod z ohranitvijo mišice zapiralko in s tem kontinence za blato.

Tehnika je opisana v literaturi. Uporablja se laserska sonda, ki povzroča kroglično koagulacijo fistulnega kanala. Izdelane so tudi strokovne smernice za priporočene indikacije. Fistule, primerne za zdravljenje z laserjem, so praviloma z enim kanalom, potekajo preko mišice zapiralko in so dolge do 4 cm. Fistulni kanal mora biti relativno ozek, sicer se ne doseže dobrega učinka zlepljenja. Uspešnost zdravljenja v prvem poizkusu je okoli 60 %. V primeru neuspeha lahko ponovimo postopek in s tem povečamo možnost ozdravitve do skoraj 80 %. Pomembno je, da v literaturi ni opisanih pomembnih poslabšanj glede kontinence za blato. To je še posebej pomembno pri zdravljenju žensk, ki imajo fistule v sprednjem delu zadnjika. Okrevanje po posegu je hitro in z minimalnimi bolečinami.

Poseg pri razvejanih fistulah lahko kombiniramo z videofistuloskopijo.

Analna razpoka/fisura (LaFiP – Laser Fissure Plasty)

Zdravljenje analne razpoke je multimodalno in vključuje vedno najprej konservativne ukrepe, kot so mehčanje blata in lokalno topično zdravljenje. V primeru akutne analne razpoke lahko pričakujem dober učinek zdravljenja v do 90 %. Kronična analna razpoka je klinično in patofiziološko povsem drugo stanje. Poleg bolečine in krvavitve na blato je vedno prisotna kronična rana s sekundarnimi vnetnimi posledicami v obliki kožne gube na zunanji strani zadnjika in povečane analne papile v predelu anorektalnega prehoda – zobate črte. Zdravljenje je vedno najprej konservativno z mehčanjem blata in lokalnimi ukrepi. Kasneje lahko dodamo zdravljenje s topičnimi mišičnimi relaksanti (Diltiazem ali nitroglicer v kremi) ali neposredno apliciramo mišični relaksant (botulinusni toksin). Če so prisotni sekundarni znaki, se lahko odločamo za kirurško odstranitev. Le izjemoma je

indicirana sfinkterotomija, kirurška delna prekinitev mišice zapiralka.

Uporaba laserja se je izkazala kot ena od minimalno invazivnih metod za zdravljenje kronične rane in sekundarnih znakov kronične analne fisure. Z laserjem odstranimo kožno gubo in papilo ter z lasersko koagulacijo izčistimo dno kronične rane. Prednost laserske ablacije je pomembno manjša poškodba okoliškega tkiva, energija namreč prodre le do 2 mm v globino. Pri operaciji s pomočjo laserja odstranimo kožno gubo, analno papilo in osvežimo dno kronične razpoke. Okrevanje je manj boleče in hitrejše. Ugoden učinek LaFiP povzroči tudi fotobiomodulacija.

Analne bradavice

Zdravljenje analnih bradavic je skoraj izključno kirurško z odstranitvijo. Za odstranjevanje se uporabljajo različne ablativne metode: nož, električni nož, laser, zamrzovanje in podobno. Uporaba laserja je prenos metode iz dermatologije. Terapija z laserjem je manj boleča, se lahko ponavlja in ne povzroča dolgotrajnih posledic.

Zaključek

Kirurško zdravljenje benignih proktoloških bolezni in stanj je bilo zgodovinsko združeno z izkušnjo hude bolečine in dolgotrajnim okrevanjem. Minimalno invazivne metode kirurškega zdravljenja z laserjem so tudi v proktologiji v skokovitem porastu. Kirurško zdravljenje hemoroidov, pilonidalnega sinusa, analne fistule in analne razpoke je natančno opisano in

ovrednoteno v literaturi. Rezultati zdravljenja so zelo dobri, predvsem so pacienti po posegu zadovoljnejši zaradi pomembno manjših bolečin in hitrejšega okrevanja po posegih. Zapleti po zdravljenju z laserjem so relativno redki in manj hudi. V literaturi najdemo žal tudi opise hudih zapletov, ki so bili večinoma posledica nekritične uporabe tehnologije. Strokovnjaki opozarjajo, da je pred začetkom izvajanja potrebno strukturirano izobraževanje in kritična uporaba tehnologije. Zaradi relativno kratkega časa uporabe laserja se še vedno pojavljajo nekatera odprta vprašanja, predvsem glede zdravljenja analnih fistul.

Strokovno združenje za uporabo laserja v proktologiji (International Society for Laser in Proctology) skrbi za razvoj smernic in deloma za strukturirano izobraževanje. Kirurgi iz naše ustanove smo aktivni člani tega združenja in sodelujemo pri razvoju uporabe laserja v proktologiji. V naši ustanovi smo izvedli že tri interne praktične delavnice s pomočjo kolegov iz tujine in se udeležili izobraževanj v tujini. Do sedaj smo izvedli blizu 200 posegov, večinoma LHP in deloma SiLaC. Naše dosedanje izkušnje iz preteklih dveh let potrjujejo izjemno ugoden vpliv laserja na pooperacijsko bolečino in čas okrevanja.

Pozitivni učinki kirurških posegov z laserjem

1. Posegi so krajši od klasičnih.
2. Pooperacijska bolečina je pomembno manjša in traja krajši čas.

3. Zgodnji zapleti so pomembno manj pogosti.
4. Celjenje ran in okrevanje je pomembno krajše.
5. Ponovitve bolezni so pri pravilno izbrani indikaciji podobne.

Viri

1. Azadgoli B, Baker RY. Laser applications in surgery. *Ann Transl Med* ;4(23):452, 2016.
2. The LHP Recommendation Development Group. Best clinical practice recommendations for the management of symptomatic hemorrhoids via laser hemorrhoidoplasty: the LHP recommendations. *Tech Coloproctol* 29, 2 (2025).
3. Jin, L., Qin, K., Wu, R. et al. Laser hemorrhoidoplasty vs. rubber band ligation: a randomized trial comparing 2 mini-invasive treatment for grade II hemorrhoids. *BMC Surg* 24, 164 (2024).
4. Lie, H., Caesarini, E.F., Purnama, A.A. et al. Laser hemorrhoidoplasty for hemorrhoidal disease: a systematic review and meta-analysis. *Lasers Med Sci* 37, 3621–3630 (2022).
5. Romic, I., Augustin, G., Bogdanic, B. et al. Laser treatment of pilonidal disease: a systematic review. *Lasers Med Sci* 37, 723–732 (2022).
6. Garg P, Bhattacharya K, Yagnik VD, Mahak G. Recent advances in the diagnosis and treatment of complex anal fistula. *Ann Coloproctol*. 2024;40(4):321-335.
7. Majumder KR, Russell M. Short Term and Long Term Outcome of Laser Treatment in Patients with Chronic Anal Fissure. *Mymensingh Med J*. 2024
8. <https://isolp.org/> Mednarodno združenje za uporabo laserja v proktologiji

Prim. Valentin Sojar, dr. med., spec. krg., Medicinski center Iatros, www.iatros.si, valentin.sojar@iatros.si

Spoštovani avtorji,

prispevke nam pošiljajte na elektronski naslov: **isis@zss-mcs.si**. Prejem bomo potrdili s povratno pošto. Če ne prejmete potrditve, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo revije Isis

Krhkost in ranljivost pacienta in zdravstvenega osebja

8. simpozij Etika v medicini

Maks Lenart Černelč

Osmi simpozij je potekal 8. maja 2025 na spletu v organizaciji Katedre za medicinsko etiko, UL MF in UKC Ljubljana. Posvečen je bil krhkosti in ranljivosti pacienta ter zdravstvenega osebja pa tudi izzivom zelenega prehoda, prehrane in okolja. Skoraj 500 udeležencev potrjuje veliko zanimanje. Simpozij je pokazal, da etična vprašanja nimajo enoznačnih rešitev, temveč vabijo k premisleku in dialogu.

Tematske sklope so pripravili: prof. dr. Štefan Grosek, Maks Lenart Černelč, prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar in prof. dr. Maja Ovsenik. Moderatorji so bili prof. dr. Vesna Novak Jankovič, prof. dr. Adolf Lukanovič in asist. mag. Miha Oražem. Posebna zahvala gre predavateljem in g. Bojanu Veberiču z IT-tehniki Inštituta za patologijo za nemoteno izvedbo simpozija.

Posnetki predavanj so dostopni na spletni strani: <https://medicinskaetika.si>.

Udeležence sta v uvodu nagovorila **prof. dr. Štefan Grosek**, predsednik strokovnega odbora, in **g. Bojan Veberič**, predsednik organizacijskega odbora simpozija, in jih povabila k obravnavi izbranih tem.

Kratki povzetki štirinajstih predavanj:

Etika krhkosti in ranljivosti. Prof. dr. Roman Globokar je poudaril, da ranljivost ni le omejitve, temveč tudi vir moči. Predstavil je splošno (ontološko) in specifično (povzročeno) ranljivost ter izpostavil spoštljiv odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom, ki omogoča opolnomočenje slednjega. Bolnika je treba videti kot osebo z zgodbo in potenciali ter ga spodbujati v boleznih.

Krhkost otroka in mladostnika s posebnimi potrebami. Maks Lenart Černelč je ločil krhkost od ranljivosti. Na primerih nevroloških bolnikov je prikazal, da je krhkost telesna, psihološka in socialna. Pomembno je njeno zgodnje prepoznavanje z objektivnimi orodji, interdisciplinarna obravnavna, vzpostavitve nevrološkega centra in krepitev odpornosti posameznika.

Krhkost in ranljivost v neonatologiji.

Matevž Trdan, pediater in neonatolog, je ranljivost novorojenčkov opisal kot telesno, čustveno (pri starših) in miselno (soočanje z novimi dejstvi). Prenatalno svetovanje, spoštovanje staršev in družinsko usmerjena praksa izboljšujejo izide. Ranljivost osebja zmanjšujemo s timskim delom in iskreno komunikacijo.

Krhkost in ranljivost pacientov v povezavi z evtanazijo. Prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar je navedla, da zagovorniki poudarjajo avtonomijo in konec trpljenja, a je vprašljiva svobodna privolitev. Sporno je prikrito trpljenje zaradi mišičnih relaksantov in darovanja organov, saj je umik soglasja skoraj nemogoč. Opozorila je na porast primerov v Kanadi ter širitev na psihiatrične bolnike in otroke.

Vpliv krhkosti na izhod zdravljenja po abdominalni operaciji. Izr. prof. dr. Jan Grosek je krhkost opredelil kot zmanjšano fiziološko rezervo (pri četrtini odraslih). Tveganja so starost, bolezni, socialni položaj, debelost ... Ocena krhkosti bolje kot starost napoveduje zaplete in bi morala postati standard predoperativne obravnave.

Krhkost in ranljivost Lepe Vide v romanu Divje jezero. Alenka Höfferle Felc, dr. med., je predstavila roman moža primarija dr. Jožeta Felca, kjer Lepa Vida ponazarja osebno in narodovo ranljivost: lepota prinaša osamljenost, duševna bolezen odtujenost, starost občutek nepotrebnosti. Zgodba razkriva vpliv vojn in ideoloških pritiskov ter sporoča, da moramo bolnika razumeti glede na življenjski kontekst.

Krhkost pacientov z odvisnostjo od prepovedanih substanc in zdravil. Dr. Milan Krek je poudaril, da družba krhkost odvisnikov pogosto povečuje; neoliberalni model pa jo množi. Izvira že v spočetju – v genetiki, prenosu vedenjskih vzorcev in neugodnem okolju. Kaže se fizično, psihološko in socialno ter pogosto vodi v samomore in predoziranja. Pot iz odvisnosti otežuje družbena izključenost.

Krhkost in ranljivost ter umetna inteligenca: prijateljica ali sovražnica? Dr. Stjepan Štivić je dejal, da je UI lahko pomočnica ali grožnja. Ranljivost je neločljivo povezana s človekom in situacijsko pogojena; UI jo lahko ščiti ali izkorišča. Algoritmi prinašajo učinkovitost, a odpirajo dileme odgovornosti, preglednosti in nadzora. Nujne so jasne etične smernice.

Medicina in etika v ambulanti Pro bono. Dr. Nena Kopčavar Guček je predstavila ljubljansko ambulantno, kjer prostovoljno nudijo oskrbo osebam brez zavarovanja ter ob zdravljenju zagotavljajo preventivo in podporo. Soočajo se z etičnimi izzivi enakosti, avtonomije in neškodovanja ter s težavami dostopa do pripomočkov in poznega iskanja pomoči. Odsotnost omejitev zavarovalnic prinaša tudi prednosti.

Okolje, zrak in vpliv na zdravje. Matevž Lenarčič, biolog, pilot in raziskovalec, je opozoril na omejenost planeta, človeški pohlep in ignoranco. Črni ogljik je vzrok za 15–30 % antropogenega segrevanja in milijone smrti letno. Slovenska ekipa pod vodstvom prof. dr. Griše Močnika

ga meri v sodelovanju z ESA in NASA. Onesnaženje tali ledenike in ogroža vodne vire. Rešitev vidi v spremembi družbenih odnosov, učinkoviti rabi energije in pravičnejši delitvi bremen.

Zelena bolnišnica: mit ali resničnost. Dr. Marko Bitenc je opozoril na energetsko potratnost slovenskih bolnišnic, velik ogljični odtis, odpadke in zavrženo hrano. Zasnova zelene bolnišnice pa temelji na trajnostni gradnji, obnovljivih virih, urejenem ravnanju z odpadki in arhitekturi, ki izboljšuje izide zdravljenja; ovire so stroški in pomanjkanje politične volje, kot zgled pa je navedel novo bolnišnico na Golniku.

Hrana prihodnosti: trajnostne inovacije in etični izzivi. Doc. dr. Evgen Benedik je izpostavil debelost v razvitih in podhranjenost v revnih državah ter vpliv industrijske hrane na kronične bolezni. Rešitve vidi v trajnostnih tehnologijah (hidroponika, alge, umetno meso ...). Personalizirana prehrana z genetiko in UI pa prinaša etične dileme. Cilj je trajnostno in etično nahraniti človeštvo.

Kemični motilci in vpliv na žensko zdravje. Prof. dr. Ksenija

Geršak je opozorila na motilce endokrinega sistema iz industrije, pesticide, plastiko in kozmetiko, ki se kopičijo v prehranski verigi in povzročajo reproduktivne motnje pri živalih in ljudeh. Razvil se je sindrom ovarijske disgeneze. Epigenetski učinki segajo čez generacije, zato so nujne medgeneracijska pravičnost in neodvisne raziskave.

Novi dejavniki tveganja zaradi onesnažene vode in odgovornost zdravnikov. Izr. prof. dr. Miran Brvar je predstavil koncept eksposoma. V Sloveniji so težava: poliklorirani bifenili (PCB), nitrati, atrazin, svinec in PFAS; kritična sta kanal Co in načrtovana sežigalnica na Barju. Opozoril je, da tradicionalni zdravstveni nasveti niso dovolj – zdravniki morajo aktivno opozarjati na onesnaževanje in braniti pravico do čiste vode.

Vabimo vas na 9. simpozij Etika v medicini – Genetika in genomika, ki bo 14. maja 2026 potekal preko spleta.

Maks Lenart Černelč, študent medicine in humanistike, v imenu strokovnega in organizacijskega odbora

Evropski kongres spolne medicine: Premostitev vrzeli in graditev zdravja – odprta pot v spolno medicino

ESSM 2025, Dunaj, 20.–22. februar 2025

Gabrijela Simetinger, Irena Rahne Otorepec



Kongres ESSM (European Society for Sexual Medicine) je potekal na Dunaju, ki se lahko pohvali z največjo evropsko univerzo. Na kongresu je bilo obravnavanih veliko raznovrstnih tematik.

Strokovni del

Asist. dr. Simetinger je v četrtek, 20. februarja, predsedovala sklopu **Spolnost po porodu**. Ugotovili so, da se kažejo razlike glede na vrsto raztrganine ali narejene epiziotomije, da so razlike glede na vrsto poroda (vaginalni ali carski rez). V raziska-

vah, kjer niso ugotovili razlike, na spolnost žensk po porodu najbolj vpliva kakovost partnerskega odnosa. V sklopu **Spolno nasilje** so predavatelj izpostavili pojem CRSV (»conflict-related sexual violence«), ki ima tudi hude seksološke posledice: neplodnost, telesne poškodbe, psiho-emocionalna travma (depresija), vedenjske motnje, spolne motnje. Posledice so lahko dolgotrajne (generalizacija spolnih agresorjev, spolna fobija, spolna averzivnost, anorgazmi-



Asist. dr. Gabrijela Simetinger je četrta z leve.

ja, psihogena neharmoničnost, reaktivacija preteklih travm) z izrazito aktivacijo avtonomnega živčevja. Lahko pa se paradokсно pojavi t. i. »hiperlibidemija«. Predstavljen je bil kemseks, pri katerem gre za zavestni vnos psihoaktivnih in nepsihoaktivnih drog v kontekstu spolnih zabav in spolnih odnosov z namenom povečati, podaljšati ali vzdrževati spolne izkušnje; seks brez droge (trezni seks) postane nezanimiv, celo dolgočasen. Kemseks sinergistično povečuje s seksom sprožen fiziološki užitek, pospešuje pa tudi izpostavljanje idiosinergističnim spolnim praksam, obenem pa povzroča spolne motnje. Psilocibin v »čudežni gobi« povzroča halucinacije in ima psihedelčne učinke, v zadnjih letih se veliko uporablja v mikrodozah. Modafinil (»dopamine reacting inhibitor«) spodbuja kognitivne funkcije; zaenkrat sicer niso ugotovili nastanka odvisnosti, ima pa večinoma negativne učinke na moško spolno funkcijo.

Sledilo je odprtje kongresa, kjer je bila v znanstveni skupini ESSM predstavljena asist. dr. Gabrijela Simetinger.

Naslednji dan je bil sklop **Hormoni in spolna želja žensk**. Pri policističnih jajčnikih je veliko komorbidnih motenj in ženske imajo v spolnem življenju več težav in več

distresa. Ženske z zakasnelo puberteto (mozaični tip) redko zanosijo. V primeru aortne disekcije med porodom ima ženska boljše spolno življenje, če je v partnerskem odnosu. Bolezni ščitnice so v 10–15 % avtoimunska obolenja; hipotiroidizem zviša prolaktin, ki je negativni dejavnik pri spolni funkciji. Za izboljšanje spolnega življenja je pomembna ustrezna terapija, ki izboljša FSFI – indeks spolne funkcije pri ženskah. Predsednica WAS (World Association for Sexual Health) dr. Esben Esther Pirelli Benestad je imela predavanje **Hormoni in transspolni otroci ter mladostniki**, kjer je poudarila, da je za zmanjšanje »psihosocialnega« trpljenja pomembna zgodnja uvedba hormonskega zdravljenja z zaviralci pubertete. Terapija s testosteronom izboljša spolno željo, ker deluje na možgane, receptorje za testosteron pa so našli tudi v nožnici.

Seksologinja Evi Kirana je imela zelo strukturirano predavanje z novimi spoznanji **Različni obrazi anksioznosti in spolne disfunkcije**. Predstavljene so bile značilnosti petih tesnobnih stanj: anksioznost spolnega performansa oz. strah pred spolno izvedbo (tesnoba, ko se »bliža« spolni odnos, prevalenca je 5–25 %); spolna fobija (pri ženskah kot ekscesi-

ven strah pred goloto in pred penetracijo, pri moških pred izmenjavo telesnih tekočin, prevalenca je 6–68 %); spolni distres (zaskrbljenost, frustracija, občutki krivde pred spolnimi aktivnostmi in izkušnjami, prevalenca pri ženskah je 29 %, pri moških pa 25–75 %); navezovalna tesnoba (neprestano iskanje potrditve s strani spolnih partnerjev v strahu pred zapustitvijo) ter spolna somatizirajoča motnja (številna telesna simptomatika ob spolnih težavah, prevalenca je 5–7 % v splošni populaciji, več pri osebah s funkcionalnimi motnjami).

Profesor Mehmet Sungur, predsednik EFS (European for Sexology), je pri predstavitvi spolne terapije poudaril, da mora terapevt jasno vedeti, kako bo začel terapijo in katero težavo bo obravnaval prednostno, saj so poleg spolnih težav pogoste komorbidne motnje. Pri parih so pogosti nejasni cilji, pomanjkanje zavezanosti terapiji, pri paru starostnikov je pogosto v ospredju starizem. Zanimiva je bila misel, da možganska skorja ni vedno »najboljši partner« za terapijo.

Zadnji dan kongresa je bila delavnica, ki sta jo vodili **asist. dr. Gabrijela Simetinger** in dr. Anita Elias: A mind/body model for assessment and management of sexual pain, ki je bila zelo obiskana in z aktivnim poslušalstvom.

Novosti in zanimiva dognanja

Nagrado z oznako odličnosti je prejela raziskava o zdravljenju **Pe-yroniejeve bolezni** z novim zdravilom, ki vsebuje vibrio alginoliticus kolagenazo in ki je v primerjavi z zdravilom kolagenaza clostridium histoliticum cenejše, učinkovitejše ter manj škodljivo; za akutno terapijo se priporočajo nesteroidni analgetiki. Freya razvija tableto s testosteronom in PDE5I (Lybrido) za izboljšanje ženskih spolnih težav. Pri **dopplerskem UZ klitorisa** se pretoki spreminjajo glede na življenjska obdobja ter različne vrste terapije.

Klinično najpomembnejši podatek pa je, da operaciji TVT in TVO ne pokvarita vaskularizacije klitorisa. Predstavljen je bil film šivanja kožnega režnja pri uretralnih zapletih po faloplastiki in spolne motnje po operacijah v predelu medeničnega dna. Pomembno je, da se ženski pred operativnim posegom jasno predstavi najpogostejše kasnejše zaplete.

Rosella Nappi je v predavanju **Spolnost parov v srednjih letih** govorila o dvojni pavzi. Ob podaljšanju življenjske dobe žensk upada kakovost spolnega življenja, ki pa je najbolj odvisna od dobrega partnerskega odnosa in od psihosocialnih dejavnikov; pri moških je povezana z biološkimi dejavniki. Podrobno je bila predstavljena **terapija shematičnosti**, ki je učinkovita pri zdravljenju hudo travmatiziranih oseb in ki povezuje eksperimentalne, kognitivne ter čustvene tehnike. Središčna elementa (odnos med terapevtom in

klientom ter terapevtski proces) sodelujeta pri konceptualizaciji in »zdravilnosti«. Pojem »shema« pomeni miselni vzorec, narejen iz spominov, čustev, kognicij in telesnih senzacij in se razvije v zgodnjem ali poznem otroštvu; ključne so čustvene potrebe s poudarkom na varni navezanosti, avtonomiji, samoučinkovitosti, izkustvih ter kohezivni identiteti.

V predavanju **Spletne zmenkarije (Dat Apps)** smo izvedeli, da je bilo v 2024 spletno aktivnih več kot 350 milijonov ljudi: 55 % moških, 45 % žensk. Pozitiven vpliv tovrstnih zmenkov na ženske je: večja samoza-vest in avtonomija, manjša stigma, spremembe spolne vloge, varnost in izbira raznolikih preferenčnih vzorcev. Posledice pa so hude, ko se nezadovoljstvo s telesnim videzom popravlja z motnjami hranjenja; velika je izpostavljenost spolnemu nadlegovanju, prihaja do čustvene izgorelosti ter osiromašenosti kom-

pleksnih človeških interakcij, saj pride do »premika« smiselnih povezav k neskončnim možnostim in »instant« nagrajevanju.

Plakata

Simetinger G. Etiological factors of vaginismus – qualitative study

Rahne Otorepec I, Otorepec J. Non-organic dyspareunia in the Outpatient clinic for sexual health Ljubljana

Asist. dr. **Gabrijela Simetinger, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, specialistka spolne medicine, FECSM, medicinska seksologinja, Splošna bolnišnica Novo mesto, gabrijela.simetinger@siol.net**

Irena Rahne Otorepec, dr. med., specialistka psihiatrije, specialistka spolne medicine, FECSM, medicinska seksologinja, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Ambulanta za spolno zdravje, irena.rahneotorepec@gmail.com

19. Bregantovi dnevi – Intersubjektivnost

Aleksander Koroša

Za Bregantove dneve vem že precej dolgo. Vsa leta jih organizira Združenje psihoterapevtov Slovenije – ZPS (izšlo je iz Sekcije psihoterapevtov Slovenskega zdravniškega društva). Do nedavnega sem imel občutek, da ne spadam tja, ker ne znam dovolj, ker nisem psihoterapevt in podobno. Tema letošnjih Bregantovih dnevov je bila intersubjektivnost. Kongres je tokrat potekal v Mariboru.

»Zadnji avgust, poletje je šlo, siva te naredi še lepšo.

*Dosti mene je ti,
dosti tebe sem jaz,
dosti mene še zdaj leti.«*

Vlado Kreslin

Kongres se je začel v četrtek s predkongresnim predavanjem »These Speaking Hands«, kjer nam je psihoterapevtka za otroke, mladostnike in odrasle Jeanne Magagna iz Velike Britanije predstavila, kako in koliko novorojenčki in dojenčki komunicirajo z nami brez besed. Izpostavila je, da so roke poleg glasu vse, kar ima dojenček na začetku, in jih je zato pomembno pustiti proste, da lahko z njimi komunicira in vstopa v odnos z navezovalno osebo. Poudarila je, da ljudje komuniciramo tudi preko ritma, glasbe, risbe, igre in mnogih drugih neverbalnih načinov, ki jih je smiselno uporabljati v klinični praksi.

Po predkongresnem predavanju so bile, za tiste, ki smo se tako odločili, male izkustvene skupine. V naši skupini nas je bilo devet udeležencev in vodja skupine. Že prvi dan smo govorili o različnih temah, ki so za nas pomembne. Med kongresom smo se srečali šestkrat. Spregovorili smo o različnih temah, kjer je vsak lahko dodal svoj pogled in smo tako oblikovali našo intersubjektivnost.

*»Lahko bi bila idealen par
z diplomami in otroki.
Tudi to ima svoj čar,
komaj zdaj vem,
s krediti in obroki.«*

Vlado Kreslin

Sledila je velika skupina, ki smo jo imeli tudi v petek in soboto. To je skupina, kjer smo bili skoraj vsi



udeleženci. Pogovarjali smo se o temah, povezanih z ZPS in predlogi Zakona o psihoterapiji, ki so tik pred vrati ter korenito spreminjajo to področje. Prvi večer smo zaključili s pogovorom s predavatelji.

Ob uradnem odprtju bienala so podelili nazive psihoterapevt in supervizor članom, ki so od zadnjega kongresa dosegli kriterije.

Zaradi bolezni Hektorja Jogana je njegovo predavanje »Od tradicionalnega psihoanalitičnega pristopa do intersubjektivnosti« prevzel Borut Škodlar. Med tem predavanjem sem izvedel, da psihoanalitična koncepta transferja in kontratransferja predstavljata intersubjektivnost. Kar pomeni, da je intersubjektivnost že dolgo del psihoanalize, a so uporabljali druge besede.

Nato je ponovno predavala Jeanne Magagna. Tokratni naslov je bil »The Beginnings Tells the Tale«. Opozorila je, da je pri delu na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov lahko past, če mislimo samo pozicijo otroka, ne pa tudi pozicije starša (večina staršev se trudi biti čim boljših). Zelo pomembno se mi je zdelo sporočilo bistvenosti stika med starši in novorojenčki v enotah za intenzivno terapijo, saj pomembno izboljša preživetje novorojenčka.

Po tem predavanju smo imeli diskusijske skupine. Izbral sem

skupino z naslovom »Intersubjektivnost v partnerski terapiji«, kjer sta Anja Štefan in Breda Jelen Sobočan preko pravljič iz ustnega izročila predstavili to tematiko. Branje pravljič otrokom predstavi podrejeni položaj ženske kot običajen in se tudi tako vzdržuje neenakopravnost med spoloma, kar pare pogosto pripelje v partnersko terapijo. Skupne zgodbe ali pravljičice pa tudi gradijo intersubjektivnost para ali družine.

»Vse naše pravljičice so naše prve sanje.

Kdor ne sanjari več, naj ne zahaja vanje.

Vse naše pravljičice so stvarnost, ne prividi.

Kdor sam ni del tega, ne sliši in ne vidi.

Pustite nam ta svet nedolžen in drugačen.

Naj vsak, ki vanj je ujet, bo pristen, nepopačen.«

Vlado Kreslin

Sobota je potekala zelo podobno petku. Prvo sobotno predavanje je bilo naslovljeno »Intersubjectivity in schizophrenia and psychopathy – a matter of affection«. Predaval je danski psihiater Erik Sandsten. Opisal je shizofrenijo in psihopatijo skozi fenomenološki pogled. Pri shizofreniji pride najprej do motenj selfa, ki niso psihotične in se stopnjujejo vse do tega, da osebe slišijo zunanji glas.

Okvarjeno imajo tudi »ko-afektivnost« – sposobnost čutenja skupaj z drugimi. Psihopatija pa je intenzivna oblika antisocialnosti. Sandsten je navedel, da vsi lahko lažemo, psihopati pa to počnejo zelo gladko, brez sramu ali krivde, in da običajen sogovornik niti ne zazna laži takoj, ampak šele čez nekaj časa. Fenomenološki pogled na duševne motnje je bil zame nekaj novega.

Sledilo je predavanje psihiatra in filozofa Thomasa Fuchsa »Levels and Pathologies of Intersubjectivity in Autism and Schizophrenia«. Fuchs nam je predstavil, da obstajajo tri ravni intersubjektivnosti – primarna, sekundarna in terciarna intersubjektivnost. Med sabo so te ravni povezane, kar pomeni, da če ima nekdo oškodovanost na primarni ravni intersubjektivnosti, bo težko razvijal sekundarno, posledično pa tudi terciarno. Predavatelj je povedal, da je pri osebah z avtizmom največ težav na ravni primarne intersubjektivnosti. Pri shizofreniji pa govorimo o motnjah intersubjektivnosti na višjih ravneh.

Pri obravnavi težav z intersubjektivnostjo so zelo pomembne »re-embodiment« terapije, kot so gibalno-izrazna terapija, muzikoterapija, umetnostna terapija in psihodrama.

Po predavanjih so bile znova diskusijske skupine. Izbral sem predstavitev primera z naslovom »Anksiozne motnje pri mladostnikih«, kjer je pedopsihiatrinja Tina Ferlinc predstavila primer obravnave mladostnice po principih razvojno-analitične terapije. Večer smo zaključili z akustičnim koncertom Vlada Kreslina, ki je odlično povezal vsebine, ki smo jih slišali v preteklih dneh.

*»Dokler se srce ne ustavi,
do takrat bom pel
in nosil stvari v glavi,
ki jih ne bi smel.«*

Vlado Kreslin

Za konec nas je čakalo predavanje Polone Matjan Štuhca z naslovom »Intersubjektivnost kot mehanizem mentalizacije«. Odlično je opisala intersubjektivnost – »Srečanje sebe in

drugega v sedanjem trenutku». Vsebinsko predavanja je spretno povezala z živalskimi vrstami. Izvedeli smo, da študije kažejo, da mnoge živali zmorejo intersubjektivnost, ne zmorejo pa (vsaj zaenkrat še nismo dokazali) reflektivnih funkcij. Predavanju je sledil zaključek srečanja, kjer smo se poslovili od novih in starih znancev in prijateljev.

»Nekaj pa je še takih ljudi, ki se jih človek razveseli.«

Vlado Kreslin

Bregantovih dnevov sem se udeležil prvič. Srečanje sem zapustil s celo plejado čustev. V malih skupinah

sem dobil ogromno in še ob pisanju tega prispevka razmišljam o različnih temah in dilemah, ki smo jih tam odprli in prediskutirali. Besedila Vlada Kreslina, ki jih večinoma poznam, so se me močno dotaknila in se odlično prepletla z mojimi mislimi. Seveda pa sem tudi med predavanji slišal mnogo novega in nekatere stvari vidim na nov način. Ostane mi samo še, da nova znanja vključim v svoje vsakdanje delo. Glede na zahtevnost teme in predavanj bom moral za ta namen še vsaj enkrat prebrati zbornik in kakšno dodatno knjigo. Skratka, moja izkušnja je bila odlična in se že

veselim naslednjih Bregantovih dnevov.

*»Pravijo ti, da ne moreš
in da se ne da
skočiti čez reko,
kjer ni mosta zidanega,
da je itak vse brez veze
in le „Kdo si ti,
kaj pa moreš? Takle mamo!“
in podobne stvari.
Dá, dá, dá, dá, dá, dá, dá, dá, dá!
Dá, dá, dá, dá, dá, dá, dá, dá, dá!«*

Vlado Kreslin

Aleksander Koroša, dr. med., spec. otr.
in mlad. psih., ZD Murska Sobota
in NIJZ

Slovensko ortodontsko društvo in stalno podiplomsko izobraževanje v ortodontiji

Sanda Lah Kravanja

Slovensko ortodontsko društvo (SOD) s svojim več kot 30-letnim delovanjem nadaljuje s tradicijo stalnega podiplomskega izobraževanja za specialiste čeljustne in zobne ortopedije – ortodontije. V lastni organizaciji zagotavlja vsaj dve strokovni srečanja letno v domačem okolju, pogosto pa se zaradi sledenja trendom in aktualnim razmeram srečujemo tudi večkrat letno. Ob tem pripravimo tudi razstavo ortodontskih inštrumentov, materialov in pripomočkov, da sledimo novostim na tržišču.

Skoraj leto bo že, odkar smo v petek, 6. decembra 2024, izvedli tradicionalno decembrsko srečanje. Potekalo je v Grand hotelu Union Ljubljana, kjer gostujemo že od prvega srečanja v letu 1992 dalje.

Srečanje je potekalo z naslovom **Hibridna ortodontija – nova**

realnost v sodobni ortodontiji.

Predavatelj je bil dr. Ignacio Arcos Palomino, profesor na oddelku za ortodontijo na Mednarodni univerzi Katalonije v Barceloni v Španiji. Dr. Arcos Palomino ima več kot 15 let akademskih izkušenj v ortodontiji, s poudarkom na digitalnih tehnologijah in estetskih obravnavah. Svoje akademsko delovanje združuje z vodenjem zasebnih ordinacij, kar mu zagotavlja celovit pristop k ortodontski oskrbi. V svetu se znatno povečuje uporaba prozornih zobnih aparatov za obravnavo različnih malokluzij zaradi povečanega povpraševanja, zlasti med odraslimi in mladostniki, vendar pa večina obravnav še poteka z uporabo fiksni nosilcev. Napredek v digitalnih delovnih procesih ortodontom zagotavlja dragocena orodja. Te nove tehnologije omogočajo izbiro ustreznih mehanizmov, kombiniranje

različnih načinov zdravljenja in ortodontskih aparatov za ekspanzijo in/ali distalizacijo. Kombinirani pristop lahko izboljša učinkovitost in uspešnost zdravljenja ter odpravi omejitve, povezane z uporabo samo prozornih zobnih aparatov.

Predavatelj je v zaključku prvega dela predavanja opozoril, kako zelo pomembno je prepoznati omejitve prozornih zobnih aparatov, zlasti pri obravnavanju kompleksnejših premikov zobovja, saj to vpliva na celoten potek in trajanje zdravljenja. Za ortodonte je ključnega pomena temeljito razumevanje razpoložljivih tehnik in orodij. Pravilna izbira metod zdravljenja, ki jo vodi digitalno načrtovanje, je bistvenega pomena za učinkovito zadovoljevanje potreb pacientov in doseganje optimalnih ter stabilnih rezultatov.

V drugem delu predavanja z naslovom **Digitalno načrtovanje za mikrovijake** je dr. Arcos Palomino predstavil uporabo ortodontskih

Poročila s strokovnih srečanj



(1) Člani SOD na prednovoletnem strokovnem srečanju v Ljubljani, december 2024. (2) Jesensko strokovno srečanje na ZZS, oktober 2025 (z desne): Mojca Lajh, generalna sekretarka, asist. dr. Sanda Lah Kravanja, predsednica, in Martina Mikac Cankar, blagajničarka SOD. (3) Ustanovni in pokojni častni člani SOD (z desne): dr. Miroslav Milačič, prof. dr. Franc Farčnik, prim. dr. Metoda Rejc - Novak in asist. dr. Sanda Lah Kravanja, predsednica SOD od 2018. (4) Člani SOD na spomladanskem srečanju v Portorožu, april 2025.

mikrovijakov kot začasnih sidrnih naprav (TAD), ki postaja vse pogostejša v vsakodnevni praksi, ker poenostavlja kompleksna zdravljenja. Ekstraalveolarni mikrovijaki, nameščeni v nebo, ponujajo zanesljiv vir sidranja in pomagajo pri korekciji malokluzij v vseh treh prostorskih ravninah. V nekaterih primerih lahko zmanjšajo potrebo po kirurških posegih. Vendar pa je za uspešne rezultate ključnega pomena natančno vstavljanje mikrovijakov, da se preprečijo morebitni zapleti med namestitvijo ter delovanjem, ko prenašajo velike sile. Zahvaljujoč napredku v digitalnih delovnih procesih lahko načrtujemo in vodimo vstavljanje mikrovijakov z digitalno oblikovanimi in natisnjenimi vodili, kar izboljša

tako natančnost kot varnost zdravljenja.

Celodnevni predavanjem je sledila redna letna skupščina SOD, ki jo je vodila predsednica SOD, asist. dr. Sanda Lah Kravanja, srečanje pa smo zaključili s tradicionalnim prednovoletnim kosilom v Kristalni dvorani GH Union, kjer sta nas s krajšim glasbenim programom razveselila akademska glasbenika, tenorist Martin Sušnik ob klavirski spremljavi Mete Fajdiga.

Spomladansko srečanje SOD je potekalo 11. in 12. aprila 2025 v Portorožu z naslovom **Ortodontska obravnava po klasičnih metodah in z alignerji**, predavali pa so nam **dr. Simonetta Meuli**, **dr. Rafael E. Gallardo Galdón**, **dr. Fotis**

Exarchou in še zadnjič je bil med nami spoštovani učitelj **dr. Miroslav Milačič**. **Dr. Simonetta Meuli** prihaja s Katoliške univerze presvetege srca v Rimu v Italiji, kjer je diplomirala iz zobozdravstva in opravila specializacijo iz ortodontije. V predavanju z naslovom **Nova dognanja pri oskrbi rastočih pacientov s sistemom Invisalign** je predstavila klinične dosežke in primere z uporabo sistema Invisalign First in palatinalnim ekspanzermom za širjenje zgornje čeljustnice pri mlajših pacientih v obdobju rasti in razvoja.

Sledilo je predavanje **dr. Rafaela E. Gallarda Galdóna** iz Španije, profesorja na oddelku za ortodontijo na univerzah v Santiagu de Compostella, v Valenciji in Madridu. V

predavanju z naslovom **Biološki sistem: pristop k njegovi filozofiji in tehniki** je predstavil osnove rasti kraniofacialnega dela, etiopatogeno diagnozo, biomehanične osnove in tehnike ortodonske obravnave s fiksniimi ortodonskimi aparati, alignerji in mikrovijaki ter obsežno fotodokumentacijo lastnih kliničnih primerov.

Petkovo popoldne smo zaključili z **redno volilno skupščino SOD** 2025, na kateri je bilo potrjeno vodstvo SOD v dosednji sestavi.

V sobotnem delu strokovnega srečanja je najprej predaval **dr. Fotis Exarchou**, ki deluje v Grčiji in Nemčiji, saj je po doseženi izobrazbi na Univerzi v Solunu nadaljeval izobraževanje na Univerzi v Tübingenu. Predstavil je predavanje z naslovom **Izboljšanje predvidljivosti obdelave s sistemom alignerjev Spark: več nadzora – manj izboljšanj**. Gre za sistem novih materialov za alignerje Ormco Spark TruGen in TruGen XR, pri katerem poudarjajo njihove prednosti: večja natančnost printanja alignerjev in boljši stik alignerjev z zobmi, ki se odražata v večji estetiki glede prozornosti alignerjev in v predvidljivejših premikih zob. To vpliva na predvidljivost končnih rezultatov in okluzije ter manjše potrebe za izboljševanja/refinement pri primerih obravnave s Spark alignerji.

Predavatelj je svoje predavanje zaključil s prikazom vpliva ortodontske obravnave z alignerji na čeljustni sklep, ki se lahko odraža tudi z individualnimi težavami med zdravljenjem.

V zadnjem delu spomladanskega dela srečanja SOD smo še zadnjič poslušali predavanje sedaj že pokojnega spoštovanega učitelja in častnega člana SOD dr. Miroslava Milačiča, ki je v našem prostoru vse od leta 1992 pomembno pripomogel pri uvajanju ortodonskih obravnav z nesemnimi ortodonskimi aparati s tehniko ravnega loka. Dr. Milačič nam je še zadnjič predstavil predavanje z naslovom **Neobičajne ekstrakcije v ortodontiji**, podprto z dobro doku-



Interdisciplinarna obravnava pacientov z maksilofacialnimi kirurgi, ZZS, oktober 2025

mentiranimi kliničnimi primeri iz njegovega dolgega in plodnega kliničnega delovanja.

V jesenskem delu leta smo 3. oktobra 2025 na ZZS izvedli strokovno srečanje SOD z naslovom **Interdisciplinarna obravnava ortognatskih pacientov**, s predavatelji specialisti maksilofacialne kirurgije, ki so nam predstavili novosti, pomembne za ortodonte. Kot prva je predavala **prof. dr. Nataša Ihan Hren**, častna članica SOD, predstavila je **Osnove ortodonsko-kirurškega zdravljenja dentofacialnih nepravilnosti**. Sledilo je predavanje **Digitalno načrtovanje v ortognatski kirurgiji**, ki sta ga predstavila dr. Mojca Knez in dr. Žiga Kovačič v sodelovanju z dr. Davidom Vozličem. Zaključno predavanje na temo obstruktivne spalne apneje (OSA) je izvedel dr. Anže Birk: **Multi-disciplinarni pristop k obravnavi OSA**. V razpravi po predavanjih so nas predavatelji seznanili s spremembami zaradi ukrepov zdravstvene politike. Upamo, da te ne bodo vplivale na nadaljnje interdisciplinarne obravnave kompleksnih ortognatskih primerov zaradi odhodov specialistov.

Strokovnemu delu srečanja je sledil strokovni društveni del z naslovom **Aktivnosti SOD**, ki ga je vodila predsednica SOD asist. dr. Sanda Lah Kravanja in v katerem so člani razpravljali o aktualni problematiki na področju ortodontije. Srečanje smo

zaključili s prijetnim druženjem na kosilu v Klubu Domus Medica z obljubo, da se letos še enkrat snidemo na tradicionalnem decembrskem srečanju. Upravni odbor SOD je potrdil, da bo decembrsko srečanje spominsko, posvečeno letos preminulima ustanovnima in častnima članoma prim. dr. Metodi Rejc - Novak in dr. Miroslavu Milačiču. Program je že v pripravi in z velikim veseljem napovedujemo zaključno predavanje mednarodno priznanega in zelo priljubljenega predavatelja dr. Bjoerna Ludwiga z razširjeno ekipo, ki se s tem za nedoločen čas simbolično poslavlja od govornic.

Fotografije so iz arhiva SOD.

Asist. dr. Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med., spec. čeljustne in zobne ortopedije

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Instrumentalna analiza v artikulatorju

Delavnica, 3. 12. 2025, 8.00–13.00, Prodent, Zvezna ulica 2, Ljubljana

Vsebina: Uporaba artikulatorja, programiranje artikulatorja, razvrstitev artikulatorjev glede na geometrijsko zgradbo, tehnična izvedba funkcionalne okluzije.

Izvajalec delavnice: Branko Kašaj, dr. med. dent., UNI Heidelberg

Skeniranje v zobni ordinaciji

Delavnica, 3. 12. 2025, 14.00–16.00, Domus Medica

Vsebina: Razumevanje delovanja skenerjev, primerjava praktične uporabe različnih intraoralnih skenerjev, razumevanje, zakaj kakšen skener v praksi deluje drugače.

Izvajalca delavnice: Matej Praprotnik, dr. dent. med., in Samir Berisalić, demonstrator, zobotehnik

Protetična nadgradnja endodontsko zdravljenega zoba

Delavnica, 3. 12. 2025, 14.00–16.00, Domus Medica

Vsebina: Po končanem zdravljenju koreninskih kanalov je zob pogosto mehansko oslabil zaradi izgube zobne strukture. Tradicionalno je bila pri obsežnejši oslavitvi zobne krone nadaljnja oskrba izvedena z izdelavo zatiča in prevleke, saj je veljalo prepričanje, da je to najzanesljivejši način za povrnitev funkcije in trdnosti zoba.

Sodobni razvoj adhezivnih materialov, kompozitov in steklenih vlaken pa danes omogoča odmik od pristopa »vedno zatič in prevleka«. Z ustrezno izbiro materialov in tehnike je v številnih primerih mogoče zob ohraniti z minimalno invazivnim pristopom, ki upošteva biološko in mehansko ravnotežje ter dolgoročno prognozo zoba.

Izvajalka delavnice: asist. Duška Stopar, dr. dent. med.

Podaljšanje klinične krone

Delavnica, 3. 12. 2025, 14.00–16.00, Domus Medica

Vsebina: Kirurško podaljšanje klinične krone (KPKK) spada med najpogostejše kirurške posege v parodontologiji. Glavne indikacije so subgingivalna kariozna lezija, zunanja, cervikalna, vnetna razjeda korenine, subgingivalni zlom zobne krone, spremenjeno pasivno izražanje zoba in kratka klinična krona. Nekatera omenjena stanja ne omogočajo zadostne retencije protetičnih nadomestkov. V nekaterih primerih je KPKK kontraindicirana. Pri načrtovanju zdravljenja moramo namreč upoštevati razmerje med dolžinama klinične krone in klinične korenine, saj z osteotomijo poslabšamo statiko zoba. Najmanjše še sprejemljivo razmerje dolžin je 1 : 1.

Izvajalec delavnice: Urban Matoh, dr. dent. med., spec. parodontologije

3D-tiskanje v vsakodnevni praksi

Delavnica, 3. 12. 2025, 14.00–17.00, Domus Medica

Vsebina: Vabimo vas na delavnico 3D-tiskanja v zobozdravstvu, kjer boste spoznali uporabo digitalnega »chair-side« pristopa za hitro izdelavo kron, inlejev, onlejev, kirurških vodil, opornic in retainerjev. Predstavili bomo sistem Sprintray, materiale in programsko opremo ter prikazali praktični postopek 3D-tiskanja. Delavnica ponuja kratek vpogled v prednosti digitalnega zobozdravstva in njegov potencial v vsakodnevni praksi.

Izvajalka delavnice: Minea Gavran Liconga, dr. dent. med.

Keramika v vsakdanji praksi – metal ali polna keramika?

Predavanja, 4. 12. 2025, 9.00–15.45, Domus Medica

Vsebina: Izbor materiala za fiksno protetično oskrbo: kovinsko-porcelanske ali polnokeramične konstrukcije – indikacije in omejitve, Cement in cementiranje prevlek – ključni dejavnik?, Uporaba

laserja pri decementiranju keramičnih restavracij, Oskrba endodontsko zdravljenega zoba, Smernice za vzdrževanje protetičnih nadomestkov – vloga ustnega higienika za dolgotrajen uspeh protetične rehabilitacije, Zobozdravnik v primežu zahtev aktualne zakonodaje, tehničnih možnosti in finančnih vidikov izdelave fiksoprotetičnih nadomestkov, Predlogi in nadzori – kaj je novega?

Izvajalec: Zdravniška zbornica Slovenije

Seminar iz nujnih stanj v psihiatriji

Seminar, 5. 12. 2025, 9.00–13.00, Zoom

Vsebina: Udeleženci seminarja bodo spoznali urgentna psihiatrična stanja in poti obravnave. Predstavljeni bodo prikazi primerov z razpravo. Program: uvod v urgentna psihiatrična stanja in poti obravnave, prepoznavanje in obravnava samomorilne ogroženosti, akutna psihoza in njeni vzroki, pogostejše motnje razpoloženja in anksiozne motnje, delirij in diferencialna obravnava kognitivnega upada, preprečevanje oziroma obvladovanje agresivnega vedenja, uporaba psihiatričnih zdravil, prikazi primerov z razpravo, zaključek v vprašanji in razpravo.

Izvajalec: Marko Saje, dr. med.

Večerno srečanje s prof. dr. Bojano Beović, Self-management

Zoom, 7. 12. 2025, 19.00–20.30

Vsebina: Kako pridobiti 2–3 ure prostega časa na dan, optimizacija branja, pisanja in pošiljanja e-sporočil – novi standardi, ukinitve »multitaskinga«, jasno postavljene prioritete, načelo »manj je več« in kako s tem optimizirati vse dogodke, definiranje in odpravljanje tatov časa, odpravljanje perfekcionizma in odlašanje, kako dvigniti produktivnost in učinkovitost dela.

Izvajalec: Stratos akademija

Intenzivni trening: Self-management

Trening: 9. 12. 2025, 16.30–19.30, Domus Medica

Vsebina: Kako pridobiti 2–3 ure prostega časa na dan, optimizacija branja, pisanja in pošiljanja e-sporočil – novi standardi, ukinitve »multitaskinga«, jasno postavljene prioritete, načelo »manj je več« in kako s tem optimizirati vse dogodke, definiranje in odpravljanje tatov časa, odpravljanje perfekcionizma in odlašanje, kako dvigniti produktivnost in učinkovitost dela.

Izvajalec: Stratos akademija

Izobraževanje za glavne mentorje

Izobraževanje, 16. 12. 2025, 15.30–18.00, Zoom

Vsebina: Opravljeno izobraževanje je hkrati pogoj za imenovanje novih glavnih mentorjev in pogoj za ohranjanje funkcije že imenovanih glavnih mentorjev. Z namenom, da glavni mentorji svoje delo opravljajo še kakovostneje, ter z namenom, da so med opravljanjem funkcije glavnega mentorja seznanjeni s svojimi pravicami, nalogami in dolžnostmi, zbornica že sedaj organizira (sicer neobvezne) delavnice za glavne mentorje.

Izvajalec: Zdravniška zbornica Slovenije

Klinični izzivi v antikoagulacijskem zdravljenju

Strokovno srečanje: 18. 12. 2025, 19.30–20.30, Zoom

Vsebina: Reševali bomo probleme protitrombotičnega zdravljenja pri bolnikih, ki utrpijo veliko krvavitev ali trombembolični zaplet, bolnikih, ki jih čaka operacija, in pri starejših in krhkih bolnikih. Izbirali bomo najustreznejše protitrombotično zdravljenje ob zapletih pri bolnikih z rakom, antifosfolipidnim sindromom in bolnikih s trombozami na nenavadnih mestih.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije in Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje pri SZD

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si

Pregled in urejanje prijav: www.zdravniskazbornica.si (vstop v osebni profil preko »Prijava«, zavihek »Moje prijave«). **Potrdilo o izobraževanju** bo na voljo v nekaj dneh po dogodku v vašem osebni profilu (v zavihku »Moje prijave« v rubriki »Arhiv«).

Za dostop do osebnega profila potrebujete uporabniško ime in geslo. Če ju še nimata, pišite na: podpora@zds-mcs.si

3. ob 14.00 • PODALJŠANJE KLINIČNE KRONE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 14	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: delavnica Podaljšanje klinične krone	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zzs-mcs.si	

3. ob 14.00 • PROTETIČNA NADGRADNJA ENDODONTSKO ZDRAVLJENEGA ZOBA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 18	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: delavnica Protetična nadgradnja endodontsko zdravljenega zoba	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zzs-mcs.si	

3. ob 14.00 • 3D-TISKANJE V VSAKODNEVNI PRAKSI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: delavnica 3D-tiskanje v vsakodnevni praksi	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zzs-mcs.si	

3. 12.–26. 1. • NOVOSTI V PREVENTIVI, ZGODNJEM ODKRIVANJU IN ZDRAVLJENJU RAKA JAJČNIKOV

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 5
vsebina: Kako dualistični model karcinogeneze raka jajčnikov vpliva na sodobno obravnavo bolnic? Na to vprašanje odgovarja doc. dr. Maja Pakiž, dr. med., spec. ginekologije in porodništva s KO za ginekološko onkologijo in onkologijo dojke UKC Maribor	organizator: Adriassonara d.o.o.	prijave, informacije: Nives Pustavrh, T: 041 330 606, E: nives.pustavrh@adriassonara.eu , W: https://www.onco-academia.com/e-izobrazevanje/	

4. ob 8.30 • INTERDISCIPLINARNI SIMPOZIJ – UROTELNI KARCINOM SEČEVODA IN LEDVIČNEGA MEHA

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 7,2
vsebina: Namen srečanja je seznaniti strokovno javnost z izzivi v diagnostiki, zdravljenju in sledenju bolnikov z urotelnim karcinomom sečevoda in ledvičnega meha. Simpozij je namenjen vsem zdravnikom specializantom in specialistom, ki obravnavajo bolnike z urotelnim karcinomom, predvsem pa urologom, internistom onkologom, radioterapevtom in družinskim zdravnikom.	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Združenje za radioterapijo in onkologijo pri SZD, Združenje urologov Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.1ka.si/a/7eb945aa , informacije: Zvezdana Vukmirović, T: 01 587 94 95	

4. ob 9.00 • KERAMIKA V VSAKDANJI PRAKSI – METAL ALI POLNA KERAMIKA?

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	št. udeležencev: 260	kotizacija: 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: Izbor materiala za fiksno protetično oskrbo: kovinsko-porcelanske ali polnokeramične konstrukcije – indikacije in omejitve, Cement in cementiranje prevlek – ključni dejavnik?, Uporaba laserja pri decementiranju keramičnih restavracij – sponzorirano predavanje (Fotona, d.o.o.)	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zzs-mcs.si	

4.–5. ob 9.15 • 56. MEMORIALNI SESTANEK PROF. JANEZA PLEČNIKA: NOVOSTI V PATOLOGIJI GLAVE IN VRATU

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta UL, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: brez kotizacije	k. točke: 11,5
vsebina: izobraževanje za specialiste in specializante patologije, otorinolaringologije, oralne kirurgije in onkologije	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Inštitut za patologijo	prijave, informacije: prof. Nina Zidar, T: 01 543 71 03, E: tajnistvo.patologija@mf.uni-lj.si , W: www.patologija.si	

5. ob 7.30 • OBRAVNAVA TERAPEVTSKO ODPORNIH STANJ V PSIHIATRIJI

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Chengdujska 45	št. udeležencev: 90	kotizacija: 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje UPK Ljubljana (7.30–14.30)	organizator: UPK Ljubljana	prijave, informacije: Aljoša Lapanja, T: 01 587 21 00, E: aljosa.lapanja@psih-klinika.si	

5. ob 8.30 • REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO SZD

kraj: LJUBLJANA, NIJZ, Zaloška 29	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Tematika letošnjega Rednega letnega srečanja Sekcije za preventivno medicino z naslovom »Okoljski in ostali novi izzivi v javnem zdravju zahtevajo novo miselnost, znanja in veščine« bo namenjena razpravi o povezovanju okolja in zdravja ter krepitevi znanj in ukrepov za odzivanje na sodobne izzive. Strokovnjaki bodo predstavili pomen humanega biomonitoringa, vpliv podnebnih sprememb in grajenega okolja ter priložnosti evropskega procesa Okolje in zdravje.		organizator: Sekcija za preventivno medicino SZD	prijave, informacije: Romana Čepon, T: 041 714 841, E: romana.cepon@nijz.si , W: www.spm.si

5. ob 9.00 • IMUNOST

kraj: LJUBLJANA, Kristalna palača, BTC Ljubljana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: Na kongresu bodo priznani strokovnjaki predstavili osnove delovanja imunskega sistema, vlogo črevesne mikrobiote na imunski sistem, načine, kako stimuliramo imunski sistem, ter nekatere bolezni, povezane z nenormalnim delovanjem imunskega sistema. Posebna tematika bo tudi vloga imunskega sistema pri preprečevanju nastanka in zdravljenju raka. Več informacij najdete na W: www.medicomedia.si .		organizator: Inštitut za probiotike in funkcionalno hrano d.o.o.	prijave, informacije: Rok Orel, T: 070 70 60 70, E: dr.rok.orel@gmail.com , W: https://medicomedia.si/Dogodki/Imunost

5. ob 9.00 • DR. BJÖRN LUDWIG: ERRORS, MISTAKES, DRAMAS AND (NO) SOLUTION IN SIGHT?! CLINICAL EXCELLENCE IN ORTHODONTICS

kraj: ni podatka	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialisti člani SOD 200 EUR, specializanti 100 EUR, specialisti nečlani 280 EUR	k. točke: ***
vsebina: vabljen predavatelj dr. Björn Ludwiga za specialiste in specializante ortodontije		organizator: Slovensko ortodontsko društvo	prijave, informacije: Martina Mikac Cankar, T: 040 995 963, E: martina.mikac-cankar@zd-lj.si

5.–6. ob 14.00 • 8. SIMPOZIJ NOVOSTI V GASTROENTEROLOGIJI

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Ljubljansko gastroenterološko društvo Pro Gastro	prijave, informacije: Karin Pulevič, T: 01 522 85 15, E: karin.pulevic@kclj.si , W: https://progastro.si/domov/	

5.–6. ob 14.00 • DERMA FORUM V RIMSKIH TOPLICAH

kraj: RIMSKE TOPLICE, Hotel Rimski dvor	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Združenje slovenskih dermatovenerologov organizira strokovno srečanje Derma forum v Rimskih Toplicah.		organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov	prijave, informacije: Alojzija Miklič, T: 031 354 924, E: zsd.si.info@gmail.com

5. 12.–28. 1. • SODOBNA OBRAVNAVA GLOMERULOPATIJ C3

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Doc. dr. Andreja Aleš Rigler, dr. med., spec. interne medicine in nefrologije s KO za nefrologijo UKC Ljubljana, v predavanju pojasni etiologijo bolezni, ključno diagnostiko C3G in sodobne možnosti obravnave.		organizator: Adriasonara d.o.o.	prijave, informacije: Nives Pustavrh, T: 041 330 606, E: nives.pustavrh@adriasonara.eu , W: www.pharmonia.si

7. ob 19.00 • VEČERNO SREČANJE S PROF. DR. BOJANO BEOVIČ, SELF-MANAGEMENT

kraj: Zoom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 1,5
vsebina: Kako pridobiti 2–3 ure prostega časa na dan, Optimizacija branja, pisanja in pošiljanja mailov, Ukinitve multitaskinga, Jasno postavljene prioritete, Načelo »manj je več«, Odpravljanje tatov časa in perfekcionizma		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zss-mcs.si

8. • 1. SIMPOZIJ IZ BENIGNE IN MINIMALNO INVAZIVNE GINEKOLOGIJE

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Maribor	prijave, informacije: prijave: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Rebeka Gerlič, T: 02 321 28 13	

8.–12. • 40-URNI SEMINAR PALIATIVNE OSKRBE ZA SPECIALIZANTE KLINIČNIH STROK

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: 45	kotizacija: 245,90 EUR	k. točke: 40
vsebina: strokovno srečanje		organizator: Slovensko združenje paliativne medicine SZD	prijave, informacije: Maja Ebert Moltara, E: info@szpho.si

9. ob 9.00 • 34. SODOBNA INTERNA MEDICINA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, dvorana Julijana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: predstavitev sodobne diagnostike v interni medicini, aktualnih tem/novosti ter strokovnih in znanstvenih dosežkov na Interni kliniki	organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika	prijave, informacije: Zlatko Fras, T: 01 522 31 52, T: 041 367 527, E: zlatko.fras@kclj.si	

9. ob 16.30 • INTENZIVNI TRENING: SELF-MANAGEMENT

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 20	kotizacija: 97 EUR	k. točke: 3
vsebina: Kako pridobiti 2–3 ure prostega časa na dan, Optimizacija branja, pisanja in pošiljanja mailov – novi standardi, Ukinitve multitaskinga, Jasno postavljene prioritete	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: Andreja Stepišnik, E: mic@zss-mcs.si	

11. • FARMAKOLOŠKO ZDRAVLJENJE DEBELOSTI

kraj: LJUBLJANA, Diabetološka ambulanta, Vrazov trg 1	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: delavnica s primeri, namenjena družinskim zdravnikom	organizator: Slovensko osteološko društvo	prijave, informacije: Evelina Oltra, T: 01 522 35 64, 041 772 702	

11. ob 8.00 • SVITOV DAN 2025

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem, ki so vključeni v izvajanje programa. Predstavljamo teme s področja presejanja raka na debelem črevesu in danki ter novosti, izboljšave programa za zagotavljanje kakovosti njegovega izvajanja.	organizator: NIJZ	prijave, informacije: Urška Križaj, T: 01 244 15 44, E: organizacija.dogodkov@nijz.si	

11. ob 9.00 • OBVLADAJMO STRES, PREDEN STRES IN IZGORELOST NADVLADATA NAS – PRAKTIČNE TEHNIKE ZA OBVLADOVANJE STRESA

kraj: preko spleta (Zoom)	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 235 EUR	k. točke: 4
vsebina: spletni seminar s tehnikami za obvladovanje stresa, čustev in odzivov v zdravstveni praksi	organizator: Live Data poslovne rešitve d.o.o.	prijave, informacije: Matjaž Perčič, T: 040 22 55 49, E: info@live-data.si	

11.–12. ob 9.00 • NUJNA STANJA V OTROŠKI IN MLADOSTNIŠKI PSIHIATRIJI

kraj: LJUBLJANA, Center za mentalno zdravljenje UPK Ljubljana, Grablovičeva 44A	št. udeležencev: 40	kotizacija: 150 EUR (za specializante 100 EUR)	k. točke: ***
vsebina: dvodnevno strokovno srečanje o nujnih stanjih v otroški in mladostniški psihiatriji	organizator: UPK Ljubljana	prijave, informacije: Aljoša Lapanja, T: 01 587 21 00, 031 225 531, E: aljosa.lapanja@psih-klinika.si	

12.–13. ob 8.00 • UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: ZREČE	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje za mentorje študentov in specializantov družinske medicine, ki bo udeležencem omogočilo, da raziščejo idejo kompleksnosti v družinski medicini in se naučijo, kako lahko pri naših študentih, specializantih in kolegi vzbudimo strast do tega poklica.	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	prijave, informacije: Darinka Klančar, E: darinka.klancar@siol.com	

13. ob 9.20 • UPORABA AKUPUNKTURE V GINEKOLOGIJI – DOSEDANJE RAZISKAVE IN LASTNE IZKUŠNJE PRI UPORABI AKUPUNKTURE V GINEKOLOGIJI

kraj: LAŠKO, Thermana Laško, predavalnica	št. udeležencev: 60	kotizacija: 70 EUR (predavanja v Power Pointu, skupno kosilo, druženje)	k. točke: ***
vsebina: celodnevni strokovni seminar za člane SZAK pri SZD, splošne zdravnike in zobozdravnike ter ostale zainteresirane zdravnike	organizator: Združenje za akupunkturo SZD	prijave, informacije: Jadwiga Hajewska Kosi, T: 031 606 183, E: jadwiga.hkosi@gmail.com	

DECEMBER 2025

13.–14. ob 9.00 • DR. TANS BALANCE METHOD ACUPUNCTURE – GLOBAL BALANCE WORKSHOP**kraj:** NOVO MESTO, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu, Na Loko 2**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** 500 EUR, <https://www.szkma.si/post/dr-tan-s-balance-method-acupuncture-global-balance-workshop-13-14-december-2025>**k. točke:** v pos-topku

vsebina: Globalna »Balance metoda dr. Tan« je napreden sistem akupunkture, ki uravnoveša telo na podlagi povezav med meridiani in omogoča obravnavo notranjih bolezni ter čustvenih motenj. Osnovna načela metode so uporaba zrcaljenja in nasprotnih točk, hitra odprava simptomov ter izbor akupunkturnih točk po petih sistemih, ki združujejo I-Ching in kitajski telesni časovni cikel. Delavnica 13.–14. decembra 2025 v Novem mestu pod vodstvom dr. Adija Fromma nudi intenzivno izobraževanje s celostnim pristopom k akupunkturi.

organizator: Slovensko združenje za kitajsko medicino in akupunkturo

prijave, informacije: Uroš Nanič, T: 051 778 449, E: szkma.info@gmail.com, W: <https://www.szkma.si/post/dr-tan-s-balance-method-acupuncture-global-balance-workshop-13-14-december>

JANUAR 2026

16. ob 8.30 • 8. STROKOVNO SREČANJE O MEDICINSKO NEPOJASNJENIH STANJJIH (MNS)**kraj:** MARIBOR, Hotel Draš**št. udeležencev:** 90

kotizacija: zdravniki specialisti 99 EUR, zdravniki specializanti družinske medicine/dipl. med. sestre/zdrav. tehniki/upokojenci 49 EUR, študenti (redni) brezplačno

k. točke: 6

vsebina: Strokovno srečanje o medicinski nepojasnjenih stanjih je namenjeno zdravnikom družinske medicine, specializantom družinske medicine ter vsem zdravnikom, ki želijo pridobiti nova znanja o medicinski nepojasnjenih stanjih in se dodatno izobraziti na področju družinske medicine, hkrati pa tudi diplomiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in vsem tistim, ki sestavljajo strokovne skupine/time v osnovnem zdravstvu. Posebnost srečanja so praktične delavnice, delo v majhnih skupinah in multidisciplinarni tip predavateljev (zdravniki družinske medicine, TA in KVT psihoterapevti ...)

organizator: Zavod Just-A

prijave, informacije: doc. dr. Vojislav Ivetič, T: 051 336 036, E: info@just-a.si, W: www.just-a.si

16.–17. ob 8.50 • XI. SLOVENSKA ŠOLA TRANSTORAKALNE EHOKARDIOGRAFIJE, 1. TEČAJ**kraj:** ŠMARJEŠKE TOPLICE, Terme Šmarješke Toplice**št. udeležencev:** 48**kotizacija:** 300 EUR + DDV**k. točke:** ***

vsebina: predavanja, praktične delavnice, izpit, gradivo, pogostitve med odmori, kosila in večerja v petek

organizator: Združenje kardiologov Slovenije

prijave, informacije: Prijave sprejemamo do zasedenosti mest oz. do 8. januarja 2026. Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org, W: <https://www.sicardio.org/xi-slovenska-sola-transtorakalne-ehokardiografije-1-tecaj/>

16.–17. ob 14.00 • POSEBNA ZNANJA IZ MEDICINE ŠPORTA – MODUL 1: ŠPORT IN MEDICINA ŠPORTA**kraj:** LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije**št. udeležencev:** 40**kotizacija:** 390 EUR + DDV na modul**k. točke:** 4

vsebina: Moduli so namenjeni specialistom medicine dela, prometa in športa (MDPŠ), ki med specializacijo niso bili usmerjeni v medicino športa, vendar se želijo ukvarjati (tudi) z obravnavo športnikov, specializantom MDPŠ, specialistom in specializantom pediatrije/šolske medicine, ki bi želeli opravljati preventivne preglede registriranih športnikov do 12. leta starosti ali tudi kasneje, dokler je športnik v procesu šolanja, ostalim specialistom/specializantom, ki jih to področje zanima. Tečaj bo potekal v petih teoretičnih moduli z zaključnim kolokvijem iz vsakega modula in v praktičnem delu. Točen program tečaja bo objavljen v prvem tednu novembra na spletni strani združenja.

organizator: SZD – Združenje za medicino športa Slovenije

prijave, informacije: Petra Zupet, T: 040 84 00 87, E: petra.zupet@sportnamedicina.si, W: <https://sportnamedicina.si>

17. ob 9.00 • LUSKE**kraj:** LJUBLJANA**št. udeležencev:** 10**kotizacija:** 450 EUR**k. točke:** 6,8

vsebina: Z novimi pristopi želimo ustvariti naraven videz zob in vzpostaviti harmonijo zob, dlesni, nasmeha in obraznih razmerij. Oskrbo estetskih pomanjklivosti sprednjih zob začnemo z najbolj konservativno različico. Če z njo ne dosežemo zelenega rezultata, uporabimo bolj invazivne metode. Pogosto uporabimo kombinacijo več pristopov. Na delavnici bodo poleg objektivnih kriterijev estetike zob, dlesni in nasmeha predstavljeni načrtovanje oskrbe, različne preparacije zob, uporaba adhezivnih sistemov in cementiranje lusk.

organizator: Zobo-zdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen s.p.

prijave, informacije: Urška Brecl, T: 01 520 48 02, E: urska.brecl@prodent.si, W: <https://www.prodent.si/izobrazevanja>

23. • ŠOLA ANESTEZIOLOGIJE, REANIMATOLOGIJE IN PERIOPERATIVNE INTENZIVNE MEDICINE, MODUL 8: SPECIALNA ANESTEZIJA 3

kraj: MARIBOR, MF Maribor	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 195 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin	prijave, informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, E: tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si	

29. ob 9.00 • OSNOVE MEDICINSKEGA IZVEDENSTVA IN ZAVAROVALNIŠKE MEDICINE – 1. DAN SIST. ZDR. ZAV.

kraj: LJUBLJANA, ZZZS, Miklošičeva 24	št. udeležencev: 25	kotizacija: 600 EUR + DDV. Kotizacija pokriva vseh 8 izobraževalnih dni.	k. točke: v postopku
vsebina: Izobraževanje, pri prijavi imajo prednost izvedenci in nadzorniki ZZZS in ZPIZ.	organizator: ZZZS	prijave, informacije: Marjana Gaber, T: 01 30 77 467, E: marjana.gaber@zzzs.si	

30. ob 7.30 • IX. IZZIVI PRI ZDRAVLJENJU BOLEZNI ZAKLOPK: INFEKCIJSKI ENDOKARDITIS 2

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, predavalnica 1	št. udeležencev: 130	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen specialistom in specializantom kirurgije, kardiologije in vaskularne medicine, infektologije, anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, intenzivne medicine, perfuzionistom, študentom medicine, medicinskim sestram in vsem ostalim, ki jih ta tematika zanima.	organizator: Društvo slovenskih kardiokirurgov in Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja UKC Ljubljana v sodelovanju s Kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja in Kliničnim oddelkom za kardiologijo UKC Ljubljana	prijave, informacije: preko spletnega obrazca W: https://forms.gle/qukgDZnFgYmBgHdUA , T: 01 522 89 44, Urška Krašan, E: urska.krasan@kclj.si , Simona Rojs, E: simona.rojs@kclj.si	

5. ob 9.00 • DEDNI RAK V KLINIČNI PRAKSI

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, stavba C, predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Vabljeni timi družinske medicine, ginekologije, zaposleni v centrih za bolezni dojk in vsi drugi, ki jih zanima onkogenetika. Enodnevno izobraževanje z delavnico izračuna ogroženosti za raka dojk/jajčnikov. Kako napotiti na onkogenetsko obravnavo in koga? Kako poteka obravnavo? Kaj sledi ob izvidu?	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana	prijave, informacije: W: https://www.1ka.si/a/6b565fd0 (elektronske prijave), Barbara Stojanov, T: 040 556 787, E: bstojanov@onko-i.si	

6.–7. ob 14.00 • POSEBNA ZNANJA IZ MEDICINE ŠPORTA – MODUL 2: OKVARE IN POŠKODBE PRI ŠPORTU – DIAGNOSTIKA, REHABILITACIJA, PREVENTIVA

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: 40	kotizacija: 390 EUR + DDV	k. točke: 4
vsebina: Tečaj je namenjen specialistom medicine dela, prometa in športa, ki med specializacijo niso bili usmerjeni v medicino športa, vendar se želijo ukvarjati tudi z obravnavo športnikov, specializantom medicine dela, prometa in športa, specialistom in specializantom pediatrije ali šolske medicine, ki bi želeli opravljati preventivne preglede registriranih športnikov do 12. leta starosti ali kasneje, ter vsem drugim specialistom, ki jih področje zanima. Tečaj bo potekal v petih teoretičnih modulih z zaključnim kolokvijem in praktičnim delom.	organizator: Slovensko zdravniško društvo – Združenje za medicino športa Slovenije	prijave, informacije: Petra Zupet, T: 040 840 087, E: petra.zupet@sportnamedicina.si , W: www.medicinasporta.si	

7. ob 9.00 • RAZLIČNE PREPARACIJE ZOBA ZA ONLEJ – OSKRBA ZOBA OD PREPARACIJE DO CEMENTIRANJA

kraj: LJUBLJANA, Zvezna ulica 2A	št. udeležencev: 10	kotizacija: 450 EUR	k. točke: ***
vsebina: V stranskem predelu zobnega loka lahko zobe oskrbimo tudi z onleji. Za te se pogosteje odločimo v primeru večjih okvar zoba oziroma pri večploskovnih kavitetah ter pri avitalnih zobeh. Nemalokrat se pri oskrbi endodontsko zdravljenih zob z onleji in endokronami lahko izognemo oskrbi s fiksno protetičnim zatičkom in prevleko. Na delavnici bodo poleg različnih preparacij zob za onlej predstavljene prednosti takojšnje vezave adhezivnega sistema na dentin, dviga gingivalne stopnice s kompozitom, uporabe sodobnih adhezivnih sistemov in adhezivnega cementiranja.	organizator: Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen s.p.	prijave, informacije: Urška Breclj, T: 01 520 48 00, 070 772 527, E: urska.breclj@prodent.si	

Zbiranje izkaza interesa za najem ordinacij v Medicinskem centru v Postojni

Notranjska dobiva sodoben medicinski center prihodnosti

V Postojni se zaključuje obnova sodobnega medicinskega centra skupne površine 4.000 m², ki bo na enem mestu združil digitalno diagnostiko, specialistične dejavnosti, rehabilitacijo in preventivo. Center je zasnovan kot prostor, kjer se povezujejo tehnologija, medicina in človek – s ciljem ustvariti napredno okolje za strokovnjake in paciente. Objekt ima 90 lastniških parkirnih mest in odlično infrastrukturno povezavo z avtocesto ter mestnim središčem.

Pritličje – digitalna diagnostika

Pritlična etaža, velika 1.250 m², bo namenjena napredni digitalni diagnostiki: magnetni resonanci (MR), računalniški tomografiji (CT) in ultrazvočnim ambulantam. Prostore dopolnjujejo čakalnice, garderobe, sanitarije in tehnični prostori, kar omogoča organizirano in učinkovito izvajanje diagnostičnih preiskav.

1. nadstropje – spremljevalne dejavnosti in dobro počutje

Prvo nadstropje, velikosti 1.300 m², bo namenjeno dejavnostim, ki dopolnjujejo zdravstveno oskrbo:

- lekarna
- center za dnevno varstvo starejših
- ordinacije za alternativno in preventivno medicino
- predavalnica
- interni gostinski lokal
- eko trgovina
- medicinski butik

Gre za prostor, ki bo združeval medicino, znanje in dobro počutje – s poudarkom na skrbi za starejše in preventivi.

2. nadstropje – specialistične ambulate in rehabilitacija

Drugo nadstropje, veliko 1.300 m², je v celoti namenjeno medicinski dejavnosti. V njem bodo svoje prostore našle številne specialistične ambulate in rehabilitacijski center:

- fizioterapija, manualna terapija, laser, tecar
- dvorana za skupinske vadbne in rehabilitacijske
- ortoped in fizioterapevt
- kardiolog (UZ srca, obremenilno testiranje)
- angiološka ambulanta (žilne preiskave, manjši kirurški posegi)
- psihiatrija in psihoterapija
- medicina dela, prometa in športa
- laboratorij (odvzem krvi in spremljajoče storitve)
- pulmološka, internistična, ginekološka, revmatološka, dermatološka in nevrološka ambulanta
- ambulanta družinske medicine, pediatrična in endokrinološka ambulanta
- geriatrična ambulanta
- optika in okulist

Zasnova omogoča funkcionalne tlorise, sodobno tehnično infrastrukturo in prijetno naravno osvetlitev – vse, kar sodoben medicinski center potrebuje.

Vabilo k sodelovanju

Podjetje Salutem Int. d.o.o., slovensko podjetje, usmerjeno v razvoj in upravljanje zdravstveno-preventivnih centrov, vabi zdravnike, zdravstvene organizacije in podjetja, da izrazijo interes za najem prostorov v novem Medicinskem centru Postojna.

Prostore se bo uredilo po meri posamezne dejavnosti, s poudarkom na dolgoročnem sodelovanju, skupni viziji in po željah najemnikov v kontekstu celotnega centra.

Predvideno končanje notranjosti v Q2 2026.

Izkaz interesa pošljite na: uprava@salutemint.si

Salutem Int. d.o.o. – ustvarjamo prostore zdravja prihodnosti

Medicina dela Rogaška d. o. o.

Medicina dela Rogaška d. o. o., s sedežem in novo ordinacijo v Rogaški Slatini, Celjska cesta 7 (PC Sonce), išče

zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (m/ž)

za polni delovni čas. Ponujamo prijetno okolje za delo, stalne stranke in stimulatивно plačilo.

Dobremu zdravniku nudimo tudi možnost odkupa celotnega podjetja z medicinsko in drugo opremo ter prostorov (90 m²).

Informacije: prim. dr. Tihomir Ratkajec, dr. med., spec. MDPŠ,
T: 040 698 220

Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Vojnik

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnik specialist psihiatrije (m/ž)

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom,
- diploma medicinske fakultete,
- opravljena specializacija iz psihiatrije,
- veljavna licenca za delo na področju psihiatrije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Rok za prijavo je 30 dni od dneva objave.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev pošljite na naslov: JZ Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Kadrovska služba, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik.

Zdravnik (m/ž) v Ambulanti za družinsko medicino Triglav Med medicinskega centra

Lokacija dela:

Ljubljana

Odgovornosti delovnega mesta:

- delo zdravnika specialista družinske medicine v ambulanti za družinsko medicino

Zahteve delovnega mesta:

- visokošolska izobrazba druge stopnje (7. raven) s področja medicine (doktor medicine),
- opravljena specializacija in veljavna licenca s področja družinske medicine,
- vpis v register zdravnikov,
- najmanj 5 let delovnih izkušenj,
- poznavanje uporabe orodij Microsoft Office (Word, Excel, Outlook, PowerPoint).

Prednosti delovnega mesta:

- delo v medicinskem centru, kjer je kakovost in varnost na prvem mestu,
- karierni razvoj,
- različna strokovna izobraževanja in usposabljanja,
- sodelovanje s strokovno ekipo sodelavcev,
- urejeno in prijetno delovno okolje.

Vrsta delovnega razmerja:

Delovno razmerje z izbranim kandidatom bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev pošljite na naslov kadrovska@triglavmed.si.

Zdravnik (m/ž) v Ambulanti za medicino dela, prometa in športa Triglav Med medicinskega centra

Lokacija dela:

Ljubljana

Odgovornosti delovnega mesta:

- delo zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa v ambulanti za medicino dela, prometa in športa

Zahteve delovnega mesta:

- visokošolska izobrazba druge stopnje (7. raven) s področja medicine (doktor medicine),
- opravljena specializacija in veljavna licenca s področja medicine dela, prometa in športa,
- vpis v register zdravnikov,
- najmanj 5 let delovnih izkušenj,
- poznavanje uporabe orodij Microsoft Office (Word, Excel, Outlook, PowerPoint).

Prednosti delovnega mesta:

- delo v medicinskem centru, kjer je kakovost in varnost na prvem mestu,
- karierni razvoj,
- različna strokovna izobraževanja in usposabljanja,
- sodelovanje s strokovno ekipo sodelavcev,
- urejeno in prijetno delovno okolje.

Vrsta delovnega razmerja:

Delovno razmerje z izbranim kandidatom bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev pošljite na naslov kadrovska@triglavmed.si.

Zdravnik (m/ž) v Ambulanti za zdravstveno varstvo žensk Triglav Med medicinskega centra

Lokacija dela:

Ljubljana

Odgovornosti delovnega mesta:

- delo zdravnika specialista ginekologije in porodništva v ambulanti za zdravstveno varstvo žensk

Zahteve delovnega mesta:

- visokošolska izobrazba druge stopnje (7. raven) s področja medicine (doktor medicine),
- opravljena specializacija in veljavna licenca s področja ginekologije in porodništva,
- vpis v register zdravnikov,
- najmanj 5 let delovnih izkušenj,
- poznavanje uporabe orodij Microsoft Office (Word, Excel, Outlook, PowerPoint).

Prednosti delovnega mesta:

- delo v medicinskem centru, kjer je kakovost in varnost na prvem mestu,
- karierni razvoj,
- različna strokovna izobraževanja in usposabljanja,
- sodelovanje s strokovno ekipo sodelavcev,
- urejeno in prijetno delovno okolje.

Vrsta delovnega razmerja:

Delovno razmerje z izbranim kandidatom bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev pošljite na naslov kadrovska@triglavmed.si.

V spomin profesorju Milanu Dimitrijeviću (1931–2025)

Janez Zidar

Profesor Dimitrijević, za mnoge od nas dr. D ali Mićo, je bil vse prej kot vsakdanja oseba in je zato v ljudeh lahko izzval ambivalentne občutke. S svojimi ravnanji je znal presenečati. Zato se vsaj delno čutim odvezanega od klišejskega podajanja njegovih biografskih in bibliografskih podrobnosti. Naj zadošča, če rečem, da je bil rojen v Nišu in da je študij medicine končal v Ljubljani. Med specializacijo je bil leto dni na Karolinskem inštitutu v Stockholmu in eno leto na Inštitutu za nevrologijo v Londonu. Po opravljenem specialističnem izpitu in zagovoru doktorata je ustanovil Inštitut za klinično nevrofiziologijo v Ljubljani, kmalu za njim pa podobno ustanovo še v ZDA (Houston, Teksas). Tam je bil kasneje profesor rehabilitacijske medicine in je dalj časa vodil Oddelek za obnovenno nevrologijo in nevrobiologijo človeka. Je avtor več kot 180 publikacij in urednik petih knjig, ki v glavnem znanstveno in klinično utemeljujejo novo nevrološko specialnost – obnovenno nevrologijo.



Prof. Dimitrijević na proslavi ob 50-letnici Inštituta za klinično nevrofiziologijo septembra 2019 (foto: Danica Tyler)

Nisem imel priložnosti za daljše delo z dr. D. Ko sem še kot študent prišel na Inštitut za klinično nevrofiziologijo, je bil že v ZDA. Mnoga najina kratkotrajna srečanja so bila v tujini, v hotelih. Tako sem spoznal njegovo obilno samozavest, ki je včasih delovala kot magnet, in njegovo bujno domišljijo. Gotovo je bila spontanost ena njegovih najdragocenejših lastnosti, ki mu je omogočila navezovanje pristnih stikov z ljudmi, ne glede na njihov položaj. Preveč čustvenosti navadno velja za žensko lastnost. Mićo pa je znal biti čustven na povsem neizumetničen in prijeten način.

Njegova narava je bila dinamična in energična in je za podobno vedenje znal motivirati tudi druge. Že zelo zgodaj je našel sodelavce, ki jim je vsem po vrsti omogočil izobraževanje v tujini, kar je za dolga leta postala običajna inštitutska praksa. Bivanja v tujini so bila študijska in raziskovalna. Rezultat so bila številna prijateljstva, ki so trajala desetletja in na osnovi katerih je nastalo mnogo skupnih publikacij in knjig. Mnogim nam je omogočil tudi obisk na svojem oddelku v Houstonu. Tudi tem bivanjem so praviloma sledile objave v znanstvenih časopisih.

Med enim takšnih daljših študijskih obiskov je umrl dr. Janez Faganel. Bil je med Mićotovimi zgodnejšimi sodelavci. Iz spoštovanja do njega je dr. D dal pobudo, naj inštitut vsako leto priredi strokovno predavanje v spomin na preminulega kolega, in dogodek v prvih letih podpiral tudi finančno. Predavanje je res postalo tradicija. Preraslo je celo v eno- ali dvodnevni strokovni sestanek, ki smo ga poimenovali »Simpozij v spomin dr. Janeza Faganela«. Letos organiziramo že 41. po vrsti.

Dr. D je imel mnogo prijateljev, znal pa je skrbeti tudi za vzdrževanje prijateljstva. Spominjam se starih časov, ko je v vsakem mestu, kamor ga je zaneslo, kupoval razglednice, da jih je potem pošiljal prijateljem. Tudi aktovke, ki jih je prenašal po svetu, so bile polne razglednic. Zelo je pazil, katero bo komu poslal. Največkrat jih je že izbral z mislijo na naslovnika. V časih

elektronske komunikacije je ta navada žal zamrla.

Nevsakdanost profesorja Dimitrijevića je bila tudi, da je imel redek dar v znanih in splošno sprejetih stvareh videti kaj novega. Gre za sposobnost otroškega, naivnega gledanja na stvari. Serija šestih člankov, ki jih je objavil v reviji Brain in je začela izhajati leta 1967, je taka. Takšne pa so tudi njegove zadnje raziskave hrbtenjače. Ko se je zdelo, da je o miotatičnih refleksih znano že vse, jih je začel izvajati enkrat s hitro ponavljajočimi se ritmičnimi in drugič z naključnimi dražljaji. V prvem prime-

ru se je velikost odzivov sčasoma začela manjšati, v drugem pa ne. Ta pojav, habituacijo refleksov, je razložil tako, kot da ima hrbtenjača svojo »pamet«, ki se celo v tako togem sistemu, kot je monosinaptični refleks, »naveliča« ponavljanja in se na take dražljaje ne odziva več.

Mićota (tako smo govorili) upravičeno štejemo za očeta slovenske klinične neurofiziologije. Vedno pa je poudarjal, da je ni ustvaril iz nič. Omenjal je veliko vlogo svojih predhodnikov in učiteljev: Alfreda Šerka, Albina Seliškarja, Ivana Marinčiča in Andreja O. Župančiča.

Pa seveda tudi pomen svojih številnih sodelavcev.

Bil je odličen in vnet pripovedovalec. Lahko bi rekli, da celo več kot to. Bil je pridigar, njegovo verovanje pa je bila nevrozanost.

V imenu vseh prijateljev in sodelavcev se profesorju Dimitrijeviću zahvaljujem za njegov prispevek k slovenski neurofiziologiji, za dolgotrajno druženje in za to, da je z nami delil svoje poklicne in osebne ideale.

**Janez Zidar, Inštitut za klinično
neurofiziologijo**

Moji spomini na profesorja Milana Dimitrijevića

Profesor Milan Dimitrijević (1931–2025) je bil zunanji sodelavec in konzultant današnjega URI – Soča za področje klinične neurofiziologije še v času, ko smo se imenovali Zavod za rehabilitacijo invalidov (ZRI).

Leta 1955 je diplomiral na MF UL ter 1961 opravil izpit za specialista

nevropsihiatrije. Leta 1966 je postal doktor znanosti, 1971 pa profesor neurologije na MF UL.

Leta 1968 se je poročil z Meto Lavrenčič iz Ljubljane, ki je diplomirala na MF leta 1954 ter se po zaključeni specializaciji iz fizikalne medicine in rehabilitacije zaposlila v ZRI, kjer je prevzela vodenje oddelka za bolnike s tetra- in paraplegijo. Bila je med prvimi specialisti te stroke v Sloveniji in verjetno tudi v Jugoslaviji. Tako kot pred njo Milan, se je tudi ona leta 1974 zaposlila v Baylor College of Medicine v Houstonu in med drugim potovala z Zdravniki brez meja tudi na Kitajsko. V Ljubljani sta se jima rodili dve hčerki, Danica in Maja. Meta je umrla 6. novembra 2017 v Houstonu.

S profesorjem Dimitrijevićem so v ZRI sodelovali profesorji Franjo Gračanin, Slobodan Grobelnik in Martin Štefančič, številne sodelavce pa je imel tudi na Fakulteti za elektrotehniko, npr. profesorje Lojzeta Vodovnika, Alojza Kralja in Tadeja Bajda.

Meni je bil Milan drag prijatelj in učitelj, ki mi je vedno dajal nasvete in usmeritve, kadar sem ga za to zaprosil. Njegovo priporočilo je bilo pomembno, da so me zaposlili v ZRI in da sem dobil specializacijo iz fizikalne in rehabilitacijske medicine. Dvakrat sem ga za več tednov obiskal v Houstonu in se izpopolnjeval na rehabilitacijskem oddelku kolidža Baylor, ki ga je vodil profesor Martin Grabois. Gostoljuben je bil že v Sloveniji, ko nas je vse vabil pod svoj kozolec oz. čebelnjak v Sorški dolini ob jezu, v katerem so plavale belouške. Vsak je nekaj prinesel s seboj in vsega je bilo dovolj, hrane in pijače. Danes je njihova družinska lesena brunarica v Ribčevem Lazu pri Bohinju, kjer smo ga pogosto obiskovali.

Tudi v Houstonu se nas je na njegovo povabilo zvrstilo kar lepo število. Bil je pobudnik cele verige mednarodnih interdisciplinarnih simpozijev o zunanji kontroli človekovih udov, ki so se začeli v Opatiji ter nadaljevali v Dubrovniku in širom sveta. Razpolagal je z znatnimi finanč-



nimi sredstvi Vivian Smith Foundation, bogate mecenke iz Houstona.

Ko je bil letos zaradi poškodbe medenice sprejet na URI – Soča, sem ga 1. junija popoldne obiskal in takrat je nastala priložena fotografija. Spremljala ga je hčerka Danica. Povedal je, da bo hčerka Maja po svoji upokojitvi prišla živeti v Slovenijo.

Tega dne je izrazil željo, da mu pomagam pridobiti slovensko državljanstvo, saj že ima ameriško, kot ga imata poleg slovenskega tudi njegovi hčerki. Podpisal je tudi ustrezno pooblastilo, da lahko v njegovem imenu urejam vse potrebno.

Po našem zakonu o državljanstvu in postopku izredne naturalizacije je moral poslati potrdilo o nekaznovanju (FBI), o ameriški in slovenski pokojnini, kopijo rojstnega in poročnega lista, kar sem vse predložil resornim organom, prevedeno pri naših uradnih prevajalcih. Najprej se je zataknilo na Ministrstvu za visoko šolstvo, znanost in inovacije. Negativno mnenje so utemeljili z razlogi, da ni vpisan v zbirko podatkov pri Javni agenciji za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS (ARIS) in da nima ažurirane bibliografije.

Očitno so spregledali, da je rojen leta 1931, številne njegove objave, tudi najvišjega ranga, pa so zanemarili. Poleg številnih priznanj iz tujine je v Sloveniji prejel nagrado Sklada Borisa



Prof. Dimitrijević na proslavi ob 50-letnici Inštituta za klinično neurofiziologijo septembra 2019 (foto: Danica Tyler).

Kidriča (1968) in nagrado Borisa Kidriča (1975). 24. aprila 1981 je bil izvoljen za dopisnega člana SAZU. Tudi podatek, da je v času naše vojne finančno pomagal Fakulteti za elektrotehniko v Ljubljani in jim s tem omogočil nadaljevanje raziskav, pri resornem ministrstvu ni pomagal. *Sancta simplicitas!* Na Ministrstvu za zdravje pa v več kot enem mesecu niso našli časa (ali znanja) za odgovor.

Očitno pri nas državljanstvo brez težav dobijo športniki, umetniki in

mladi perspektivni znanstveniki, s čimer se seveda vsi strinjamo.

Zdi se, da na državni ravni svojim znanstvenikom svetovnega formata ne znamo podeliti ustreznega priznanja.

Obvestilo o zavrnitvi bi našega profesorja brez dvoma zelo prizadelo, posebno če bi dobil v roke uradno brezosebno besedilo. To mu je bilo na vso srečo prihranjeno.

Črt Marinček

V spomin – dr. Janja Stanič (1940–2025)

Zdravnica, ki je poslušala tudi tisto, česar bolnik ni izrekel

Na ljubljanskih Žalah smo se 19. septembra 2025 poslovili od dr. Janje Stanič, specialistke nevropsihatrije, kolegice, prijateljice, žene, matere, babice. Zadnjega slovesa se je udeležilo veliko ljudi – tistih, ki so z njo delili delo, stisko, spoštova-

nje. Soprog Julijan ji je posvetil ganljive besede, ob katerih je zazvenela domača pesem. Tiho, kot je živela.

Janja Stanič se je rodila 12. septembra 1940 v Ljubljani. Odraščala je v ljubeči družini. Posebej poveza-

na je bila z mamo, ki ji je privzgojila ljubezen do znanja in kulture.

Bila je odlična učenka, navdušena bralka, ljubiteljica umetnosti, ki se je učila igrati violino in je rada obiskovala opero in gledališče.

Po maturi leta 1959 se je vpisala na Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Istega leta se je poročila z Julijanom Staničem, uspešnim glasbenikom in



športnim pedagogom. Rodila sta se jima sinova Iztok in Rok. Kljub družinskim obveznostim je študij uspešno končala leta 1967.

Po stažu se je zaposlila na Ortopedski kliniki v Ljubljani kot zdravnica anesteziistka, kjer je delala do leta 1970. Dve leti je volontirala, saj si je želela specializirati psihiatrijo. Priložnost je našla v Psihiatrični bolnišnici Begunje na Gorenjskem, kjer je delala leto in pol.

Po specialističnem izpitu se je leta 1976 zaposlila na nevropsihiatričnem oddelku Vojne bolnice v Ljubljani kot civilna zdravnica. Delovala je v okolju, kjer se je stroga vojaška hierarhija pogosto križala z ranljivostjo mladih vojakov. Kot razmišljujoča osebnost z globokim kulturnim ozadjem se je večkrat znašla med poklicno dolžnostjo in človeškim sočutjem. Njene presoje niso bile le strokovne, temveč tudi moralne – kadar je mogla, se je odločala v prid človeku.

To obdobje je bilo zanjo zahtevno in naporno, tudi travmatično, a prav v njem se je razodela kot zdravnica z izjemnim občutkom za etiko in človeka.

Leta 1980 se je zaposlila na Psihiatrični kliniki v Polju, kjer je večino svojega poklicnega življenja vodila oddelek A3. S kolegico prim. Mihaelo Mišo Trtnik Snoj, vodjo sosednjega oddelka A4, sta bili izje-

men tandem. Dopolnjevali sta se tako harmonično, da sta bila oddelka A3 in A4 med vzorno vodenimi na kliniki. Na teh oddelkih so obravnavali diagnostično in terapevtsko najzahtevnejše bolnike, ki so po hospitalizaciji nadaljevali zdravljenje ambulantno. Številnim je bila dr. Staničeva skoraj kot nadomestna mati – razumevajoča, vedno v oporo in pomoč, hkrati pa strokovno natančna in odločna.

Imela je veliko ambulanto v Polju, ki jo je vodila še nekaj časa po upokojitvi. Ob kliničnem delu je opravljala dežurstva, sodelovala pri pedagoškem delu na Medicinski fakulteti, vodila vaje s študenti in specializanti psihiatrije ter sodelovala v raziskavah, zlasti na področju poporodnih duševnih motenj.

Še dolgo po upokojitvi je delovala kot konziliarna psihiatrinja v Domu starejših občanov Vič - Rudnik (enota Kolezija), kjer je s svojo visoko strokovnostjo in izkušenostjo skozi leta pomagala številnim varovancem.

Prosti čas je namenjala družini, plavanju in smučanju, dejavnostim, ki so ji prinašale ravnovesje in veselje. Ohranjala je živ stik s kulturo, zlasti z gledališčem in resno glasbo, ki sta ji bila navdih in notranje zatočišče.

Tako so ji leta službovanja minevala »skoraj idilično lepo« – kot je sama rada poudarila – ob družinskih

radostih, delu, kulturi, rekreaciji ... Posebej jo je razveselil prihod vnukov: Urban (1996) in Veronika (2000).

V zadnjih letih se je spopadala z resnejšimi zdravstvenimi težavami, ki so ji otežile vsakdan in omejile številne dejavnosti. A njen duh je ostajal neuklonljiv – ohranila je optimizem in ostajala dejavna, kolikor je največ zmogla.

V soboto, 6. septembra 2025, je potožila, da se ne počuti dobro, nato pa nenadoma postala neodzivna. Sprejeta je bila na Nevrološko kliniko, kjer so svojci ves čas bedeli ob njej in upali na najboljše. Toda huda možganska kap je bila usodna. Vsem nam draga kolegica je zaspala za vedno 14. septembra.

Dr. Janja Stanič je bila zdravnica z izjemno zmožnostjo poslušanja in razumevanja. Cenjena je bila zaradi svoje sočutnosti, topline in iskrene predanosti poklicu. S svojim delom in značajem je na Psihiatrični kliniki pustila trajno sled – dragocen kamenček v mozaiku, ki ga bodo njeni sodelavci in bolniki trajno nosili v spominu.

Njeni družini in vsem bližnjim izrekamo iskreno in globoko sožalje.

*V imenu njenih kolegic
in kolegov psihiatrov
Milan Ličina in Jože Darovec*



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino
Slovenian Institute for Transfusion Medicine



Z nami življenje teče dalje že 70 let

Ivica Marić, Irena Briel, Natalija Lamprecht

Ko so 4. junija 1945 v Centralni vojni bolnici v Ljubljani konzervirali prve steklenice krvi, si verjetno nihče ni predstavljal, da bo iz tega nastala ena najsodobnejših transfuzijskih služb v Evropi. Sedemdeset let kasneje Zavod RS za transfuzijsko medicino (ZTM) ostaja srce nacionalne preskrbe s krvjo in zdravili iz krvi, nosilec razvoja celičnih terapij, diagnostičnih storitev in zanesljiv partner slovenske medicine.

Začetki: iz vojnih razmer v sistemsko delovanje (1945–1955)

Prve povojne potrebe po krvi so zahtevale improvizacijo, iznajdljivost in pogum. Leta 1945 je bil ustanovljen transfuzijski oddelek pri Centralni vojni bolnici, ki ga je že leto kasneje prevzela Medicinska fakulteta v Ljubljani. Že v letih 1947–1949 so se začele ustanavljati prve transfuzijske postaje pri slovenskih bolnišnicah, začela se je izdelava ABO in Rh-serumov, hkrati

so potekali prvi tečaji za usposabljanje transfuzijskega osebja. Pravi prelom je prineslo leto 1953, ko je bilo pod okriljem Rdečega križa Slovenije uvedeno prostovoljno, neplačano in anonimno krvodajalstvo – temelj vrednot, ki nas vodijo še danes. Dve leti pozneje, decembra 1955, je bil ustanovljen Zavod LR Slovenije za transfuzijo krvi, današnji ZTM. S tem je bila vzpostavljena strokovna, organizacijska in etična osnova sodobne transfuzijske dejavnosti.

Rast, raziskovanje in strokovna neodvisnost (1958–1970)

Selitev na Šlajmerjevo 6 leta 1958 je zaznamovala začetek novega obdobja ZTM. Razvili smo sistem strokovne statistike, razširili laboratorijsko diagnostiko in vzpostavili lastno proizvodnjo serumov. Uvedli smo tudi prvi informacijski sistem s šifriranimi darovalci, kar je pomenilo velik korak k varnosti in sledljivosti





transfuzij. V šestdesetih letih smo postavili temelje sodobne transfuziologije: uvedli smo navzkrižni preizkus (1963), začeli s komponentno terapijo (1965) in leta 1965 pripravili prvi krioprecipitat za zdravljenje hemofilikov. Istega leta smo izdelali tudi prve odmerke anti-D imunoglobulina, s katerimi smo uvedli zaščito RhD-negativnih žensk po porodu – mejnik, ki je rešil življenje nešteto novorojenčkov RhD-negativnih nosečnic ter izboljšal porodno varstvo v Sloveniji.

Sodobna tehnologija in varnost (1970–1990)

Sedemdeseta leta so prinesla prehod na odvzem krvi krvodajalcem v plastične vrečke, kar je bila podlaga za komponentno terapijo. Razvili smo terapevtske plazmaferenze in citafereze. Povečali smo varnost transfuzij – uvedli testiranje darovane krvi na prisotnost virusa hepatitisa B, v osemdesetih letih uvedli testiranje na povzročitelje aidsa (1986), začeli avtomatizacijo obdelave podatkov in informatizacijo celotnega procesa. Leta 1990 smo sodelovali pri prvi avtologni presaditev kostnega mozga s pripravo krvotvornih matičnih celic iz periferne krvi. Prav ta dosežek je spodbudil ustanovitev registra nesorodnih darovalcev Slovenija Donor, ki še danes uspešno deluje in se širi.



Informacijska doba in celovit sistem kakovosti (1991–2010)

V devetdesetih letih smo vzpostavili računalniško voden proces transfuzije, uvedli testiranje krvodajalcev na povzročitelje hepatitisa C (1993) in vpeljali načela dobre proizvodne prakse. Med prvimi zdravstvenimi ustanovami v Sloveniji smo leta 2004 pridobili certifikat ISO 9001, uvedli sistem hemovigilance za celo Slovenijo in uveljavili Zakon o preskrbi s krvjo, ki je področje transfuzijske medicine uskladil z evropskimi standardi. V tem obdobju smo razvili nacionalno mrežo transfuzijskih

centrov po vsej Sloveniji, ki jo strokovno vodi in koordinira ZTM.

Razvoj celičnih terapij in mednarodno sodelovanje (2010–2020)

V zadnjem desetletju smo se razvili v učni in raziskovalni center z mednarodnim ugledom.

Uvedli smo fotoferozo, izolacijo celic CD34+, razvili avtologne serum-ske kapljice za oči in se vključili v evropske projekte, kot je TRANSPONSE, ki utrjujejo naš položaj na presečišču transfuzije, imunoterapije in regenerativne medicine.

ZTM je tudi nosilec certifikata kakovosti JACIE za področje odvzemov, obdelave in shranjevanja krvotvornih matičnih celic ter prva javna institucija v Sloveniji s certifikatom GMP na področju zdravil za napredno zdravljenje.

Med prvimi na svetu smo začeli rutinsko določati plodov genotip *RHD* iz krvi nosečnice, kar je omogočilo

Osebna izkaznica ZTM

Število zaposlenih: 350

Organiziranost: ZTM v Ljubljani s pripadajočimi Centri za transfuzijsko dejavnost: Novo mesto, Trbovlje, Slovenj Gradec, Izola, Jesenice in Nova Gorica. Oskrbujemo in strokovno podpiramo SB Brežice, poročnišnici Kranj in Postojna.

Delo poteka neprekinjeno: 24 ur na dan, vse dni v letu (24/7/365).

Zbiranje krvi: Vsako leto sprejmemo približno **60.000 krvodajalk in krvodajalcev**, tako v transfuzijskih centrih kot na **250 terenskih krvodajalskih akcijah** v 60 krajih po Sloveniji.

Zberemo 70 % vse krvi v Sloveniji.

Priprava komponent krvi: Letno pripravimo približno **110.000 enot**.

Priprava zdravil iz krvi: albumini, imunoglobulini in faktorji strjevanja krvi

Diagnostika: Izvedemo **več kot 1 milijon diagnostičnih storitev** (3.500 molekularnobioloških preiskav).

Podpora transplantacijam: Opravimo približno **4.000 storitev**, ki **podpirajo presaditve organov in krvotvornih matičnih celic**.

Terapevtske storitve: Letno izvedemo več kot **4.000 terapevtskih postopkov**.

Leto	Mejniki
1945	Prvi odvzemi in konzerviranje krvi v Centralni vojni bolnici Ljubljana
1953	Uvedba prostovoljnega, neplačanega krvodajalstva, organizacijo krvodajalstva prevzame Rdeči križ Slovenije
1955	Ustanovitev Zavoda LR Slovenije za transfuzijsko medicino
1963–1967	Uvedba navzkrižnega preizkusa, komponentne terapije, anti-D zaščite
1969	Začetek HLA-tipizacije
1970–1980	Prehod na plastične vrečke, testiranje na hepatitis B
1986	Uvedba testiranja krvi na HIV
1990–1995	Zbiranje krvotvornih matičnih celic iz periferne krvi, prva avtologna presaditev kostnega mozga, ustanovitev registra Slovenija Donor
	Uvedba testiranja krvi na hepatitis C, uvedba genske tipizacije HLA
2000	Uveljavitev Zakona o preskrbi s krvjo, začetek testiranja darovane krvi na virus hepatitisa C z metodo PCR
2002	Začetki hemovigilance
2007	Patogenska inaktivacija trombocitov, uvedba testiranja prisotnosti virusne DNA/RNA za HIV, HBV in HCV (angl. nucleic acid testing oz. NAT)
2010–2020	Razvoj celičnih terapij, evropski projekti, digitalizacija
2025	70 let ZTM – sodobna, humana in povezana transfuzijska služba Slovenije

ciljno, varno in racionalno uporabo IgG anti-D zaščite. S sistemom telemedicine smo povezali vse transfuzijske centre po Sloveniji, kar je omogočilo enotno, varnejšo in hitrejšo obravnavo bolnikov ter hkrati izboljšalo razporeditev in obremenjenost našega strokovnega osebja. Naš sistem kakovosti temelji na naprednem nadzoru »hladne verige«, avtomatizaciji procesov in popolni sledljivosti darovane krvi – od darovalca do bolnika (»od vene do vene«).

Sedem desetletij kasneje

Sedemdeset let našega dela ni le zgodba o krvi – je zgodba o zaupanju, solidarnosti in napredku.



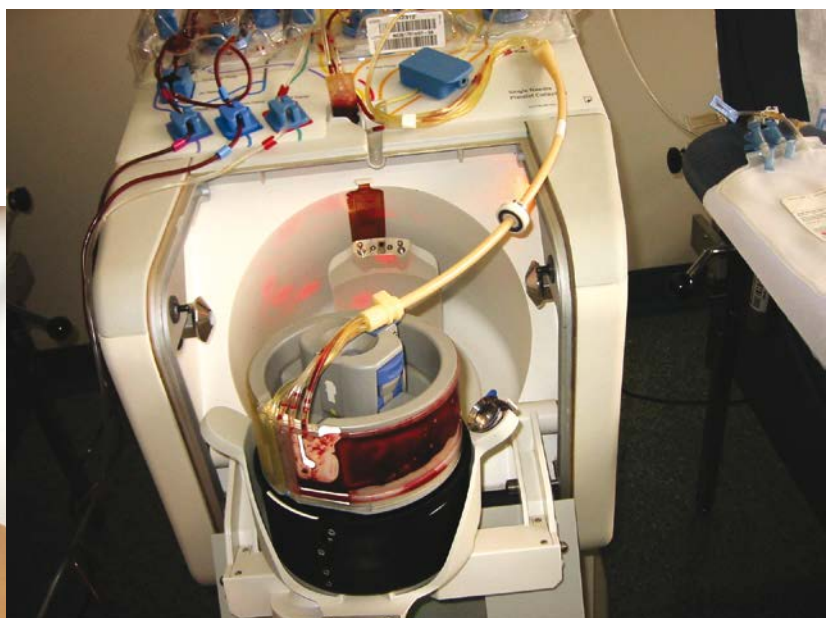
S ponosom, skupaj z Rdečim križem Slovenije, sodelujemo pri promociji krvodajalstva v Sloveniji. Kampanje, kot so »Daruj energijo za življenje«, »Postani del moštva«, so prispevale k ozaveščanju o pomenu krvodajalstva in pridobivanju krvodajalcev. Vsako leto več kot 90.000 krvodajalcev z nami soustvarja sistem, ki zagotavlja varno kri za vse bolnike.

S kampanjo »Daj se na seznam« pa skupaj s Slovenskim društvom za limfom in levkemijo vzpodbujamo

javnost, predvsem mlade, k vpisu v register darovalcev krvotvornih matičnih celic Slovenija Donor.

Od prvih zbranih steklenic krvi leta 1945 do današnjih sofisticiranih celičnih terapij smo zrasli v ustanovo, ki združuje humanost, znanost in tehnologijo. Poleg krvodajalstva izvajamo še napredne diagnostične in terapevtske storitve, ki omogočajo najsodobnejšo in najboljšo obravnavo krvodajalcev, nosečnic in bolnikov.

S pogledom v prihodnost ostajamo zavezani razvoju naprednih terapij



in diagnostičnih postopkov, digitalizaciji in sodelovanju z mednarodnimi partnerji – a naš cilj ostaja isti kot pred sedmimi desetletji: oskrba bolnikov z varno, kakovostno in ustrezno krvjo. S tem izpolnjujemo svoje poslanstvo in upravičujemo

zaupanje krvodajalcev, darovalcev celic in tkiv, pacientov in uporabnikov storitev.

Hvala vsem, ki skupaj z nami ustvarjate zgodbo o uspehu slovenske transfuzijske medicine.

Dr. Ivica Marić, dr. med., spec. transf. med., strokovni direktor ZTM

Prim. Irena Brič, dr. med., spec. transf. med., predstojnica Oddelka za diagnostične storitve ZTM

Mag. Natalija Lamprecht, PR

Prim. Franc Peternel – devetdesetletnik

Roman Korenjak

Življenjski jubileji vedno ponujajo priložnost, da se oziramo na jubilatovo življenjsko pot. Primarij Franc Peternel je opravil pionirsko delo in izjemno prispeval k razvoju skupinske psihoterapije v psihiatriji, skupinske psihoanalitične psihoterapije in skupinske analize v Sloveniji.

Najbrž mu je bil že v prvih začetkih ljub skupinski matriks, kot mrežo vseh individualnih odnosov v skupini imenuje začetnik skupinske analize Foulkes. Tako mu je bila blizu ideja terapevtske skupnosti, ki se je v zgodnjih 60. letih začela razvijati v Klinični psihiatrični bolnišnici v Polju. Tam je Franc Peternel kot mlad specialist nevropsihiatrije začel z vodenjem srednje skupine pacientov s psihozami, kar je tedaj veljalo za skoraj nedoumljivo novost. Oddelek, ki ga je vodil, je veljal po njegovi pripovedi kot »odložišče najtežje patologije«. Po vsaki od teh skupin je osebje oddelka, ki je bilo prisotno na skupinah, sedlo skupaj in predelovalo, kaj se je na skupini dogajalo. Dogajalo se je veliko. Marsikateri pacient, ki je bil povsem potopljen v svet psihoze, je sčasoma spet zmožal začeti plesti mrežo bližnjih in daljnih socialnih odnosov. Premiki so se zgodili tudi med osebjem, saj je čez čas začela na oddelku delovati tudi izkustvena skupina osebja.

V iskanju novega in dodatnega znanja se je Franc Peternel na pobudo takratnega predstojnika Klinične bolnišnice Polje, prof. dr. Miloša Kobala, leta 1975 podal na enomesečni obisk nekaterih psihiatričnih in psihoterapevtskih ustanov v Londonu. Takrat je spoznal oblike poglobljenega skupinskega dela, zato se je naslednje leto kljub trdoti in negotovosti življenja vrnil v London na uvodni študij skupinske analize, ki je trajal eno leto. Osvojeno znanje in pridobljene izkušnje so mu pomagali pri delu s pacienti v bolnišnici Polje.

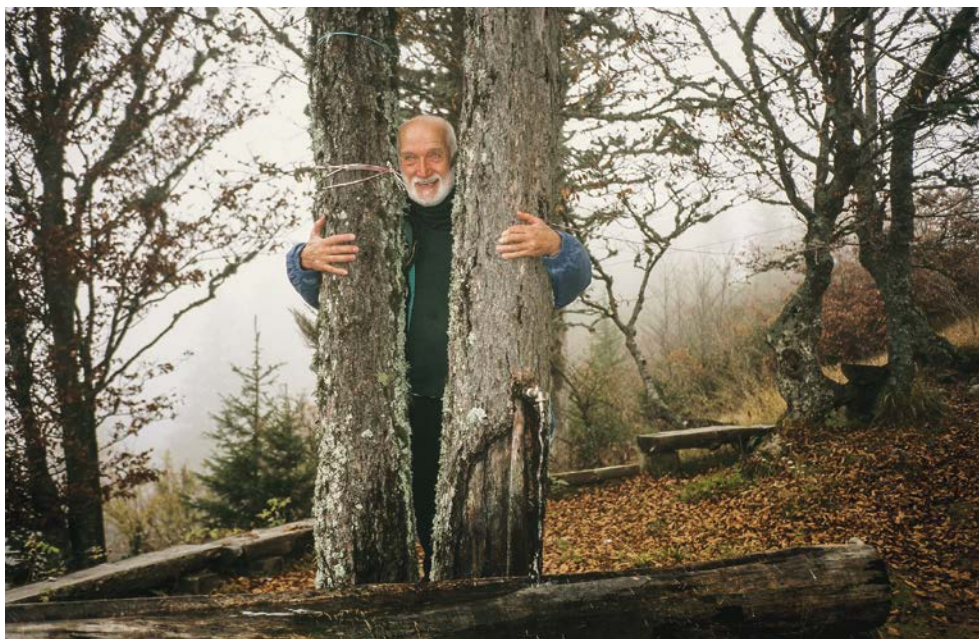
Po daljšem premoru je sredi 80. let odšel še za štiri leta ponovno v London na nadaljevalni oziroma diplomski študij skupinske analize. Vse je bilo povezano z velikimi odrekami, saj je ob spominjanju na ta čas zapisal: »Želja po polni analitski edukaciji (bolezenski pritisk v edukativni embalaži, ki se ga na začetku nisem zavedal) me je tako prevzela, da mi pravzaprav ni bilo težko zaživeti in živeti ves čas v Angliji zelo, zelo skromno – prav špartansko. Elemente slednjega sem že prej gojil leta, ne vedoč, da mi bo pri učenju analitične psihoterapije prišlo tako zelo prav.« Po njegovem je bila srčika londonskega izobraževanja lastna osebna analiza v skupini, ki je »osvetljevala – jasnila misterij biti in bivanja ter

kazala pot k odgovoru na kdo sem jaz. Osvobodila me je številnih zadrž – blokad, ki so me v življenju ovirale in me tako osvobajale.« Moral je torej, kot je ugotavljal, v »prostovoljno izgnanstvo, da sem našel sebe.« V Londonu je kot prvi Slovenec pridobil naziv kvalificirani skupinski analitik.

Res je našel sebe. Po vrnitvi v Ljubljano je začel z organizacijo enoletnih študijev skupinske analize. Nekaj let zatem je v povezavi z londonskim inštitutom za skupinsko analizo začel z nadaljevalnim in diplomskim študijem skupinske analize. Tedaj se je zgodil v Sloveniji pravi razcvet skupinske analize, saj je bilo na prelomu tisočletja promoviranih kar 18 skupinskih analitikov in analitičark.

V vmesnem času je bil pobudnik ustanovitve Slovenskega društva za skupinsko analizo (SDSA) in njegov prvi predsednik. Namen novoustanovljenega društva je bil razvijanje in uveljavljanje skupinske analize v slovenskem prostoru in vzpodbujati vse, ki so vodili kakršnekoli psihoterapevtske skupine, k stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju. V SDSA je vzpodbujal ustanovitev Inštituta za skupinsko analizo, ki je prevzel skrb za izobraževanje.

Vsa leta je skrbel za povezavo z londonskim inštitutom za skupinsko analizo in s svojo človeško toplino tudi za stike s skupinskimi analitiki iz različnih evropskih držav.



Njegovo bogato delovanje je obsegalo različna področja. Tako je v bolnišnici v Polju redno vodil malo skupino osebja in srednjo skupino delovnih terapevtov in supervizijsko skupino na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo, ki smo je bili nekateri dolga leta deležni. Za naš strokovni in

osebni razvoj žlahtna in dragocena izkušnja. To skupino smo sestavljali terapevti različnih usmeritev. Metka Kramar, klinična psihologinja, ki je bila tudi članica te supervizijske skupine, je pred kratkim zapisala svoje doživljanje, da supervizorjevih (Pernelovih) intervencij sploh ne

zna opisati. Zdelo se ji je, kakor da bi bil neviden, hkrati pa je neviden zagotavljal varen prostor za razprave izkušenim in manj izkušenim članicam in članom, v atmosferi popolnega medsebojnega zaupanja, brez tekmovalnosti, brez soljenja pameti drug drugemu, pač pa v vzdušju medsebojne podpore, kar bi lahko ponazorili z besedami Leva Milčinskega: počutili smo se kot ribe v vodi.

Franc Pernel je nedvomno opravil pionirsko delo v razvoju skupinske psihoterapije v Sloveniji in kasneje skupinske analize. Predvsem je znal mlajšim kolegicam in kolegom na neviden način posredovati analitično dinamsko razmišljanje in vrednotenje različnih psihičnih motenj in težav, ustvarjal je topel, zaupljiv in spoštljiv odnos ter s tem nakazoval, da naj bi bilo slednje prisotno v vsakem psihoterapevtskem odnosu, tako v individualni kot tudi v skupinski psihoterapiji.

Roman Korenjak, spec. klinične psihologije

Jež in MRSA

Nina Mazi

Superbakterija MRSA iz nabora stafilokokov se je pojavila že veliko pred kritično, nepremišljeno in neustrežno rabo antibiotikov v klinični praksi.

Znanstveniki z univerze v Cambridgeu so s poglobljeno raziskavo ugotovili, da se je nevarni tip stafilokokov, odporen na meticilin – MRSA, ki povzroča antibiotično rezistenco, v naravi pojavil veliko pred uporabo antibiotikov pri človeku in živalih. Biologi in infektologi poudarjajo, da ježi na svoji koži nosijo glivico in bakterijo, ki se med seboj nenehno bojujeta za preživetje. Glivice izločajo baktericid – antibiotično snov, ki naj bi uničila bakterijo, v odgovor na njihova »morilska prizadevanja« pa je bakterija razvila močno odpornost in se prelevila v nevarni *Staphylococcus aureus*, odporen na meticilin – MRSA. Britanski znanstveniki ugotavljajo, da kar 60 odstotkov ježev nosi na svoji koži tip MRSA, imenovan mecC-MRSA, ki povzroča 5 % vseh okužb z MRSA pri

človeku. Raziskovalci z Otoka poudarjajo, da so MRSA sprožili naravni biološki procesi in ne pretirana raba antibiotikov. Prve pomembne evidence o pojavu te nevarne bakterijske/stafilokokne okužbe so se pojavile pred dobrimi 200 leti. MRSA, ki od nekdaj velja za neozdravljivo oz. smrtonosno, so verjetno že šteti dnevi. Znanstvenikom je uspelo razviti molekularni kompleks polyamin, ki sproži kalcinacijo MRSA v kamnito gmoto, ovito v kalcijevo lupino, ki nevtralizira oz. uniči njeno protiantibiotično delovanje, hkrati pa tudi uniči nevarni stafilokok, ki povzroča bolnišnično okužbo.

Viri: University of Cambridge Research Report, University of Bath Research Report, www.phys.org

Nina Mazi, Ljubljana

Jaron Zapel Lanier: Čigava je prihodnost

Mladinska knjiga, 2025

Nina Mazi

Raziskave pričajo, da se človek nad svojo prihodnostjo (v normalnih razmerah) praviloma globlje zamisli dvakrat na leto: med poletnimi počitnicami (zlasti tik pred, med in po povratku v običajno delovno/življenjsko okolje) in na prehodu v novo leto. Poleg revizije preteklosti se tedaj najbolj zavzeto ukvarja s predvidevanjem in načrtovanjem prihodnosti. Slednje pa je pogosto dokaj jalovo početje, saj na tisto, kar prihaja, pogosto sploh ne more vplivati. Prihodnost namreč še ni v njegovi domeni. Tudi in predvsem zato, ker se še ni pomiril oz. še ni opravil s preteklostjo ter še ni resnično doživel, okusil, izkusil in izživel sedanjosti. Zato je razumljivo, da mu prihodnost (še) ne pripada.

Komu sploh pripada prihodnost? Pričujoče (na videz retorično) vprašanje v svojem najnovejšem delu osvetljuje domiselni ameriški računalničar, vizualni umetnik, filozof, predavatelj, tehnolog, skladatelj klasične glasbe in avtor, Jaron Lanier. Pod drobnogled vzame informacijsko tehnologijo in njeno vlogo v digitalni ekonomiji, ki človeka obravnava, vrednoti in pojmuje kot skupek podatkov in informacij, človeštvo pa predstavlja kot entiteto, s katero je mogoče dobro služiti, manipulirati in si jo podrežati. Žal se v tej smeri ne razvija le informacijska ekonomija, marveč se po tiho vse bolj zavzeto uveljavlja tudi v sodobnem zdravstvu. Svoje imenitne, drzne in (trenutno še) dokaj nenavadne zamisli Lanier utemeljuje z dejstvom, da je sodobni človek postal talec in suženj informacijske tehnologije in ekonomije. Obema je treba pristriči peruti in ju omejiti oz. usmerjati z ustrezno pravno ureditvijo. Pa tudi dopolniti s humano, moralno-etično podkrepljeno vizijo razvoja posameznika in družbe. Avtorjeve provokativne, skorajda nepojmljive ideje temeljijo na preučevanju in opazovanju ter posledičnem poznavanju razmer v sodobni družbi, ki se zrcalijo tudi v zdravstvenih sistemih moderne dobe. Ti se vse bolj podrejajo ultimatom digitalizacije in brezkančka humanosti tonejo v zaskrbljujočo informacijsko brezčutnost. Slednje pa je za (javno)

zdravstvo popolnoma nesprejemljivo. Rešitev opisanega stanja pretanjeni ameriški strokovnjak in pisec vidi v alternativni družbi, z bolj humano, ljudem prijazno ekonomijo in z vsem, kar je od nje odvisno oz. povezano z njo. Le tako bo posameznik lahko ohranil svojo vrednost in veljavo, si pridobil moč in vpliv, si zagotovil spoštovanje in pridobil dostojanstvo. Vse naštetto je oz. bi morala biti tudi ključna naloga zdravstva (zlasti javnega) moderne dobe.

Delo, vredno pozornosti, razmisleka in preučevanja.

Nina Mazi, Ljubljana

Tragika državljsanske vojne v dveh obrazih

Jože Darovec

V svoji poklicni karieri in še več seveda izven nje sem slišal kar nekaj tragičnih zgodb. A večina jih je preveč žalostnih; težko jih obudim, ker me pregloboko prizadenejo, zato se zadržujejo neke v moji pri- in podzavesti. Na dnu arhiva.

Ena izmed najbolj pretresljivih in najbolj nenavadnih zgodb je tale:

Na geriatričnem oddelku Psihiatrične klinike na Studencu smo leta 1994 obravnavali približno 70 let staro gospo, ki je bila že močno zaznamovana z demenco. Nekega dne, ob koncu časa obiskov, me je pred oddelkom prestregel starejši, urejen, a močno objokan gospod. Vprašal me je, ali mu lahko povem kaj o zdravju te gospe. Ko sem ga vprašal, ali je njen sorodnik, je to zanikal. Rekel pa je, da mi mora povedati zgodbo o njej. Da bom razumel njegov obisk. Naj mu verjamem – je popolnoma resnična, čeprav zveni kot izmišljena, filmska.

Bil je partizan. Leta 1942 je bila njegova četa med hajko vzhodno od Ljubljane razbita, Italijani pa so mu bili tesno za petami. V okolici Zaloga se je ob mraku zatekel na najbližjo kmetijo blizu gozda. Na dvorišču je naletel na krasno dekle – morda še ne 18-letno. Obupano jo je hitel prositi, naj mu odstopi konja, da bi lahko pobegnil in se rešil. Dekle je takoj razumela, da gre zares. Brez besed in brez oklevanja mu je pripe-ljala konja iz hleva. Od ganjenosti in hvaležnosti jo je objel in poljubil na obe lici, v ihti pozabil vprašati za ime in v drncu odjahal.

»In zdaj, gospod doktor,« je nadaljeval – njegove besede slišim, kot da je tu – »mi ne boste verjeli, kaj se je zgodilo pozneje. Ob koncu vojne, leta 1945, smo obračunavali z 'domačimi izdajalci'. Služil sem v četi, ki je sprejemala in spremljala obsojence na vlak za transport v kraj izvršitve kazni. Nenadoma sem med obsojenimi zagledal svojo rešiteljico. Samo zavpil sem z vso močjo: 'Neee!' in se pognal do nadrejenega. Padel sem na kolena pred njim in ga rotil, naj jo osvobodi – saj mi je rešila življenje in torej sodelovala z OF. Da ne izgubljam besed: dejansko so me razumeli in upoštevali. Niso je vkrkali na vlak, temveč so jo menda odpeljali v žensko taborišče.«

Potem je ni več videl. Od sosedov je izvedel, kako se je imenovala kmetija (ki je bila povsem zapuščena) in kako ji je bilo ime. Vse od konca vojne se je brezuspešno trudil, da bi jo našel in se ji primerno zahvalil. A da bi bilo vse še bolj nenavadno – pred dnevi ga je srečala znanka in ga vprašala, ali še išče 'tisto svojo žensko'. Povedala mu je, da ima mater na zdravljenju na Studencu, kjer leži tudi gospa s tem priimkom. Tako jo je – po 50 letih – našel. Danes jo je obiskal.

»Morda bi bilo bolje, da je ne bi,« je rekel. »Ko sem jo zagledal – osivelo, shujšano, ležečo, neobgljeno, povsem otopelo, nesposobno za pogovor – nisem zdržal. Razjokal sem se kot otrok.«

Tako je gospod končal svojo pripoved. Pozneje ga nisem več srečal, a sestre so poročale, da je še naprej redno prihajal h gospe med urami za obiske – vse do njene skorajšnje smrti. In da je vedno odhajal objokan.

Prim. Jože Darovec, dr. med., spec. nevropsihiater, Ljubljana

Kaj bi rekel dr. House?

Marko Boh

Spodbudo za pisanje moje zgodbe mi je dal prof. dr. Marjan Kordaš, za kar se mu zahvaljujem, saj bi morda to, kar se mi je zgodilo, sčasoma obtičalo in zbledelo v katakombah spomina, kjer pač obležijo neprijetni, mučni življenjski dogodki. Eden od pomembnih razlogov, da sem se odločil za pisanje, pa je tudi zahvala osebju Kliničnega oddelka za travmatologijo UKC (intenzivni oddelek in oddelek G), še posebej predstojniku dr. Francu Štefaniču, dr. Mihi Ambrožiču in internistki dr. Nataši Škofic, ki so mi požrtvovalno in prizadevno rešili kožo.

Štorija se začne na Hrvaškem, v Zadru. Po nesreči pustim kos prtljage na strehi svojega avta. Med vožnjo po mestu pade predmet na cestišče. Ustavim in se odpravim pobrat oviro na cesti. Ustavljam avte in pobereim stvar, a pri vračanju na pločnik po krajnem pasu prihiti avto, ki ne uspe zavreti.

Udarec v križ me je dvignil v zrak in zletel sem na pločnik ter pristal na levem boku in ramenu.

Ne izgubim zavesti, skozi katero drviyo prebliski: zbil me je avto; boli leva rama; poskusil bom vstati; čutim vse ude; samo da v trebuhu ni kaj počilo; morda je pa vse v redu in je le udarec; figo je, ne morem vstati; sranje, kaj bo z Bertom, mojim psom, sam je ostal v avtu ... Avto, ki me je povozil, še stoji na cestišču in opazim, da ima močno udrt sprednji pokrov.

»Gospodine, šta je bilo? Je li vas jako boli? Nemojte se micati, dolazi hitna!« Policija in reševalci prispejo zelo hitro in 30 minut po dogodku sem po »blitz-anamnezi« in preverjanju vitalnih znakov že na RTG-slikanju. Slike pokažejo večkratni prelom kosti medenice in obeh kolkov, na srečo brez dislokacije. CT razkrije multiple hematome mišic medenice.

Poškodb notranjih organov ni. Na nek način si oddahnem. OK, glava in hrbtenica do ledvenega predela sta celi. Leva rama boli, ampak slika po mnenju zdravnikov ne pokaže nič patološkega, torej le hud udarec.

Nato obležim na hodniku. »Sačekajte gospodine, ima puno kritičnih slučajeva danas ovdje.« Začenja se mi svitati, kje pravzaprav sem in kaj se mi je zgodilo. In kakšne bodo morda posledice. In me prešine: čim prej domov, v UKC! Obiščejo me policisti, da zaključijo primer. Za Berta je poskrbljeno.

Pozno zvečer končno najdejo prosto posteljo. Na oddelku splošne kirurgije. Travma je polna. Noč prebedim ob gospodu z okužbo operativne rane, ki neznosno smrči.

Naslednji dan vizita. »Kako ste gospodine?« »Pa ...« »Je li boli?« »Da. Rame.« »Pa to vam je od udarca. Dat ćemo vam dodatnu infuziju analgetika.« Poškodba medenice je sicer stabilna in potrdijo, da lahko potujem domov. Popoldne. Bolečina v rami ne popušča. Večer. Zdravstveni tehnik me opazuje. Prikupil sem se mu, ker imam na majici upodobljenega Franka Zappa. »Moramo mi rokeri da si pomagamo. Vas zaista boli. Možda je lopatica. Ajmo mi na slikanje.« Brez odpora se predam njegovim diagnostičnim ambicijam, predvsem pa iskreni želji, da bi mi pomagal. Slika je baje brez posebnosti.

Naslednje jutro me obvestijo, da je reševalno vozilo iz Slovenije že prispelo. Po avto in psa prideta sinova. Prestavijo me na preozka nosila, tako da me roka kar lepo boli. Posebej ko me tesno povežejo z varnostnimi pasovi v štrucu. *Meat-loaf*. Štiri in polurno vožnjo preživim v blodnjavem polsnu in z mantra »zdrži, ne boli te, v Ljubljani bodo vse porihitali«.

Res je, na urgenci me travmatologinja le pogleda in reče: »Kaj pa je z vašo ramo?« »Ah, samo udarec.« Ogled in rahla palpacija rame. »Tole je izpahnjeno, gospod. Se vidi praktično iz aviona.« Slika pokaže zadenjski izpah. Ti zlomek, ves čas sem imel napačno pozicijo v addukciji roke na trebuhu. Zunanja repozicija v splošni anesteziji ne uspe. Potrebna bo operacija. Nastanijo me na travmi v 4. nadstropju UKC, kjer pet dni čakam na poseg. Tu me uspejo postaviti na noge in v voziček. Iskrice upanja na srečen konec. Razen nizkega arterijskega tlaka in občasne subfebrilnosti nič posebnega.

Na predvečer operacije me obišče dr. Ambrožič, ki mi razloži vse o posegu in logistiki okoli njega. Name naredi zelo dober vtis. Zaupam mu.

Ponoči se mi je sanjalo. Po navadi si ne zapomnim sanj, a te so bile nenavadno žive in jasne. Trk. Roka odleti in pristane dva metra od mene na pločniku. Nič ne boli. Nič ne de, mi jo bo dr. Ambrožič »prišraufal« nazaj. Normalno vstanem in sežem ponjo. Tedaj pomislim na svojega psa. Sam je tam v avtu. Moram ponj. Roka bo počakala. Prikaže se dr. Ambrožič, moj angel. Pod pazduho nosi roko. Nenadoma za klavirjem. Imam dve desni roki in prsti me ne ubogajo. Pes bo v redu.

Enajsti junij, dan D. Osmi dan po nesreči. Operacija bo trajala kako uro in pol. Nato pa samo še navzgor. Ko me peljejo na poseg, se počutim v redu. Vse bo šlo gladko. *Piece of cake!*

Med pripravo anesteziist komentira, da je treba zamenjati pokvarjeni prstni senzor za saturacijo s kisikom. »Kaže 77 %!« Nato nadene senzor sebi: 98 %. Kaj??? Nekaj je narobe z mojimi pljuči. Nimam posebnih težav z dihanjem, a podatek, da sem precej hipoksičen, mi pospeši dih. Prva

diagnoza je pljučna embolija. Razmišljam, da bi odpovedal poseg. Začnem moledovati, naj me vendarle vzamejo, saj z ramo ni v redu. In nimam težav, nisem posebej tahikardnega, tahipnoičen ali dispnoičen ... Izpostavi se edina možnost: brez splošne anestezije, le s skalenus blokado. Takoj pristanem. Med prestavljanjem na mizo saturacija pade pod 70. Kisik in pomirjevalo in nato blokada. Med operacijo, ki jo čutim kot nekakšno brkljanje, niti ne razmišljam, kaj je narobe s pljuči. Samo da operacija teče. »Gnoj v sklepu,« slišim dr. Ambrožiča. Gnoj??? Od kod, za božjo voljo?

Repozicija uspe. Nemudoma me pošljejo na CT pljuč in potem na intenzivni oddelek. Urinski kateter, infuzija širokospektralnega antibiotika in odvzem hemokultur. Prejemem neinvazivno ventilacijo (NIV) z visoko vsebnostjo kisika. Saturacija se umiri na 97. Krvni izvidi kažejo na septikemijo s CRP čez 300. Samozavest mi kopni. CT pljuč je močno patološki s t. i. fenomenom mlečnega stekla in znaki pljučne hipertenzije, a brez znakov pljučne tromboembolije. Maščobne embolije ni mogoče izključiti.

Noč je blodnjava. S koncem ušesa ujamem, da bom prejel dva odmerka transfuzije. Moj Hb je običajno okoli 150 g/l. Sedaj je 85. Prejemam tudi obilne infuzije tekočine, kar je bojda standardna praksa pri grozečih zapletih septikemije.

Ledvice niso sledile. Stvari se podirajo. Zjutraj dr. Škofic opravi orientacijski UZ srca v stanju hipervolemije po cca 4 litrih pozitivne tekočinske bilance. Izvid je kar kritičen: znaki desnostranskega srčnega popuščanja s pljučno hipertenzijo. Vena cava zelo široka. Levi prekat je v redu. Nekardiogeni pljučni edem? Počutim se, kot da se ne bi zavedal resnosti situacije. Kot da se to dogaja nekomu drugemu, jaz pa sem le opazovalec. Morda zato, ker nimam izrazitih simptomov.

V hemokulturi zraste *Stafilococcus aureus*. Kolegom ni jasno, od

kod je priletel, zato me napotijo na konziliarni pregled zob, kar odklonim, saj imam zobe resnično urejene. Takšno je tudi mnenje mojega zobozdravnika. Transport na pregled pa bi zahteval selitev na nosila, v reševalni avto ter na stol za pregled in obratno. Z vsemi bolečinami gibal in tveganji v zvezi z njimi. Antibiotik mi zamenjajo. Flukloksacilin, ki mi po nekaj aplikacijah izzove boleč flebitis in po vzpostavitvi novega kanala ponovno. Odločijo se za centralni venski kateter (CPI).

Sledijo dnevi intenzivnega »sušenja« z diuretiki in terapije z NIV. Maska je resnična nadloga, vendar ko mi jo snamejo, saturacija pade pod 90 %. Tudi s plinskimi analizami brez maske nismo zadovoljni. pO_2 nikakor ne moremo spraviti nad 8,5 kPa. pCO_2 je nizek, pH alkalen, bikarbonat OK, hm ... Je pa antibiotik prijel, CRP se vsak dan prepolavlja. Na tem mestu naj pohvalim vso ekipo intenzivnega oddelka, res visok nivo diagnostike in nege. V mojih očeh še posebej izstopa Sead, mlad, ambiciozen tehnik, ki študira medicino. Jaz mu pravim »kralj venskih kanalov«. Pred vstavitvijo CPI-katetra mi je nekajkrat pravočasno odstranil kanal pred flebitisom in elegantno našel novega.

Danes bo dr. Škofic ponovila UZ srca. Sem praktično euvolemičen, kisik, potreben za vzdrževanje normalne saturacije, je relativno nizek, to noč prvič nisem nosil NIV-maske. Praktično sem s psa na konju. Tokrat me odpeljejo v UKC, na kardiologijo. Z mano gre moj operater dr. Ambrožič, ki bo skrbel za tak položaj levega ramena, da ne bo prišlo do ponovne luksacije. Ko me prevalijo na desni bok in na operirano ramo, čutim precejšnje bolečine. Roko mi zvijajo na razne načine, da na koncu dobimo nekakšen optimalen položaj. Sledita približno dve uri iskanja signalov, pretokov in tlakov. Danes je slika bistveno drugačna. Desni prekat je praktično normalne velikosti, znakov hipervolemije ali odpovedovanja ni. Je pa še vedno prisotna baje blaga

pljučna hipertenzija. Hm, čemu le? Je to nekaj od prej? Je ta predhodna motnja vzrok, da je prišlo do tako dramatičnega stanja? No, vsekakor me bodo vzeli v roke tudi pulmologi. Moram priznati, da moja pljuča niso bila čisto v redu niti pred nesrečo. Stalno je bila prisotna blaga obstrukcija in nedavni pregled je pokazal zmanjšano difuzijsko kapaciteto pljučne membrane. Ampak to so stvari, ki jih bomo reševali kasneje. Sedaj je pomembno, da se je katastrofalno akutno stanje umirilo, in to mi pomaga premagovati čedalje močnejše bolečine v rami. Na travmo se vračam bistveno bolj optimističen.

Razmišljam, kako naprej. Kam? Domov? Medenica je boleča. Sicer vstajam, vendar z veliko napora in bolečine. Na boku zelo težko vzdržim kako minuto. Leva roka je praktično brez mišic, aktivne gibljivosti ni. Moja želja je iti v Sočo, vendar izvem, da bo to zelo težko, da sem baje premalo poškodovan. Niti ni gotovo, ali bo moje stanje opredeljeno kot politravma, ker morda ne izpolnjujem vseh kriterijev. Nisem imel namreč nobene »centralne poškodbe« (organi abdomna, toraksa, glava ...) in na medenici ni bilo operativnega posega ... O tem bo odločal nekdo na ZZZS. V okviru premestitve mi odvzamejo brise. Izvid rektalnega brisa je pozitiven: CPE oziroma »carbapenemase producing enterobacteria«. Gre za klice, ki so sicer prisotne pri cca 30 % hospitaliziranih bolnikov (vir: Copilot) in če zaidejo v kri, je okužbo zelo težko obvladati, ker tvorijo encime, ki razgrajujejo karbapenemske antibiotike. Selijo me v izolacijsko sobo in mi omejijo gibanje. Dobra stran je, da imam mir in lastno kopalnico.

Na srečo čez nekaj dni izvem, da so uredili, da me vendarle sprejmejo v Sočo. Čez dober teden dni. Do takrat bo minilo točno en mesec in štiri dni od nesreče. Sosedje bi rekli: »Ima boga!« Pred dnevi sem zaključil z iv. antibiotikom. Sedaj jemljem trimetoprim/sulfametoksazol kot preventivo. CPI-kateter imam še vstavljen. Za vsak primer.

Danes je petek. Še tri dni do odhoda v Sočo. Zjutraj je bil na viziti dr. Štefanič. Ravno sem poslušal 3. Brandenburški koncert J. S. Bacha na malem zvočniku v svojem malem izoliranem svetu, ko je vstopil s komentarjem, da prvič v življenju na svoji viziti posluša Bacha. Temeljito me je izprašal o počutju in skupaj sva šla skozi pretekle dni, izvide, možne diagnoze. Preveril je gibljivost in naročil dodatno slikanje leve rame. Navdušen sem nad njegovim odnosom.

Vroč dan. Po kosilu. Nenadoma me začne mrziti. Občutek preide v nekontroliran napad tresavice. Obvestim sestre. Nenadoma je okoli mene pet ljudi. Tehnik mi meri tlak, ki ga ni mogoče izmeriti, ker je prenizek. Tresavica se stopnjuje in začne me boleti vsaka mišica v telesu. Dr. Štefanič me zgrabi za noge, ki plešejo po postelji, in jih trdno drži. Napad, ki je še najbolj podoben nekakšni bizarni epilepsiji, prekine po 10 minutah šele infuzija diazepama in močnega analgetika. Takoj mi odvzamejo

hemokulture in kri za vnetne markerje. Odstranijo mi CPI-kateter in ga pošljejo na analizo. Telesna temperatura sprva ni povišana. Zraste šele zvečer. Čez 39° C. Počutim se šibkega in nimam apetita. Tlak imam nizek, pulz pa pospešen, nekako na robu definicije šoka. Stalno me nadzorujejo. Spanec mi omogočijo analgetiki in antipiretiki.

Naslednji dan pridejo izvidi. Hemokultura je pozitivna. *Enterococcus cloacae*. Vrednost vnetnega markerja PCT je 12 ng/l (normalne vrednosti so pod 0,02 ng/l, vrednosti nad 2 ng/l pa so znak, da gre za seps; vir: Copilot). Spet sem na začetku. Spet intravenske infuzije antibiotika, tokrat cefepima. Nimam kanala, torej novi zapleti z žilnim dostopom ... To me psihično popolnoma zlomi. Pol noči prejočem. »Tega ne bo nikoli konec, očitno bom crknil tu.« Razočaran sem nad svojim telesom. Zaspim v nočne more.

Zbudim se v ponedeljkovo jutro. Počutje v redu. Obrnem se na bok. In vstanem. Počasi odracam do umival-

nika. Iz ogledala se vame zazre izmučen človek, a z iskricami v očeh. Umivam si zobe in mrmram: »Ne daj se Ines, ne daj se godinama, moja Ines.« Naslednji dnevi so opogumljajoči. Cefepim se izkaže za bistveno manj agresivnega in kanal zdrži skoraj do konca terapije, ki jo po bistvenem izboljšanju izvidov določijo na sedem dni. Kljub temu sem previden in malo paranoičen. Stalno gledam okoli vogala, in čakam, da se prikaže kak nov bacil. Izkaže se, da je tokrat konec začaranega kroga novih in novih akutnih stanj. Aleluja!

Te vrstice pišem v zavodu Soča. Leva roka mi že pomaga. Še vedno ne morem verjeti, da je najhujše verjetno za mano. Danes je 44. dan po poškodbi. Zgodba sicer še traja, a sedaj prihaja tisti maratonski in dolgočasen del počasne rehabilitacije, centimeter po centimeter, preprečevanje kontraktur, pridobivanje cca 10 kg izgubljene mišične mase ...

Sporočim, če bo kaj posebnega.

Mag. Marko Boh, dr. med.

Pričevalci – bolniki in zdravniki z narativno medicino poglobljajo razumevanje bolezni

Zvonka Zupanič Slavec

Bolnik s končno ledvično odpovedjo, dolgotrajno dializo ter dvojno transplantacijo ledvic, **paraplegični bolnik na vozičku** zaradi prometne nesreče ter **bolnik s hemofilijo** so pričali o svojem življenju z boleznijo. Razkrili so njene socialne, čustvene, psihološke, ekonomske, stigmatizacijske in druge vidike, ki v ambulantni pogosto ostanejo neizrečeni. Spregovorila je tudi

žena bolnika na invalidskem vozičku, ki je s svojo pripovedjo dodala povsem nove dimenzije družinskega doživljanja bolezni – prilagajanja, odrekanja in črpanja iz medsebojne predanosti ter želje po harmoničnem sožitju. Posebne dimenzije je prispeval dolgoletni **bolnišnični duhovnik Miro Šlibar**, ki je z nevrologinjo in diplomantko teologije asist. **Majo Klarendić** pričal o spremljanju

Skupno sporočilo pričevalcev bolnikov in zdravnikov je bilo, da je življenje, kljub najrazličnejšim boleznim, tegobam in trpljenju, največ, kar imajo in se tega oklepajo do zadnjega diha ter absolutno zavračajo kakršnekoli zakone o predčasnem končanju življenja.



Pričevalci za življenje (z leve): psihiater doc. dr. Marko Pišljar, bolnik s kronično ledvično odpovedjo mag. Franci Rozman, vodja srečanja pri medicinski humanistiki »Zdravnikov in bolnikov pogled na življenje – ob pripravi zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja« (PPKŽ) prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec (v sodelovanju z asist. Ano Jakopin) in splošna zdravnica iz Poljanske doline ter sovodja pro bono ambulate v Kranju Anda Perdan pred stavbo UL MF 13. 5. 2025.



Vodilni duhovnik na področju pastore bolnikov v Sloveniji g. Miro Šlibar je z vseživljenjskimi izkušnjami študentom predstavil duhovno oskrbo bolnikov v bolnišnicah, kar je teoretično odlično podprla asist. Maja Klarendić, nevrologinja in diplomantka teologije (Semeniška knjižnica, 14. 5. 2025).



Paraplegičen bolnik na invalidskem vozičku Slavko Ivančič je silno hvaležen zdravstvenemu osebju in solidarnosti družbe, da lahko živi novo življenje po hudi nesreči, pri čemer ga zelo podpira njegova žena.



Narativna medicina s prepričljivimi bolniškimi pričevalci, kot tudi zdravniki prinaša študentom medicine globlje razumevanje bolnika v njegovi stiski.

bolnikov skozi bolezen in pri umiranju. Posebej dragoceni sta **bili pričevanji zdravnikov**, dolgoletnega predstojnika Psihiatrične bolnišnice Idrija, psihiatra doc. dr. **Marka**



Slovenist prof. Jože Faganel je kot bolnik s hemofilijo opravil veliko strokovno in človeško kariero ter z dolgoletnim vodenjem Društva hemofilikov Slovenije številnim prinesel nepredstavljivo polnost življenja.



Pozorno poslušanje in empatično doživljanje pripovedi bolnikov govori o veliki pedagoški moči narativne medicine pri medicincih – velika predavalnica UL MF z ok. 200 študenti pri medicinski humanistiki.

Pišljarja, ter dolgoletne splošne zdravnice prebivalcev Poljanske doline, **Ande Perdan**, ki skupaj s kolegico Ano Teran zadnjih pet let vodi **Fajdigovo pro bono ambulanto** v Kranju.

Fotografije so iz arhiva avtorice.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Inštitut za zgodovino
medicine MF UL,
Zvonka.Zupanic-Slavac@mf.uni-lj.si

Noč brez spanja

Franci Bečan

Pogled na ledenik Perito Moreno z razgledišča na ladji je tisto poznojanuarsko dopoldne osupljiv in impresiven.

S seraki nagubano čelo ledenika je kolaž globokih razpok, ledenih vrhov in surove lepote, nežno modrino tu in tam prereže rjava žila sedimentov. Ledeniški jezik, ki jezero Argentina doseže v dveh pritokih, je dolg trideset kilometrov. Čelo ledenika v Brazo Rico na jugu je dolgo 2,1 kilometra, čelo na Canal de los Tempanos severneje pa 2,3 kilometra. Višina čela je od 55 do 77 metrov nad gladino, v globino pod gladino jezera sega do 160 metrov.

»Vetrovi nad Tihim oceanom dvignejo vlažen zrak, ki se zaleti v gorsko verigo Andov, nad dva tisoč metri se preobrazi v sneg in ta stalno hrani ledenike, ki se spuščajo v nižino. Zaradi gravitacije in nenehnega nastajanja ledu Perito Moreno stalno polzi in se premika 795 metrov na leto,« nam razlaga črnolasa gospa kolumbijske polti v modri jakni.

»Opsa, imam ga!« slišim Ireno, s fotoaparatom skuša ujeti lomljenje ledenih blokov, ki vsake toliko ob pokanju, grmenju in stokanju zgrmijo v vodo. Kljub podnebnim spremembam se površina in debelina ledenika ne manjšata, njegov obseg ostaja v ravnovesju.

»Sem oblaki, voda, sneg in led. Sem uničenje in stvarjenje. Sem arhiv preteklosti in varuh prihodnosti,« se v Glaciariumu predstavi Perito Moreno, tretji največji ledenik v Argentini. Ledenik, ki je nastal pred milijon leti, leži v narodnem parku Los Glaciares. Poimenovali so ga po raziskovalcu Franciscu Morenu, ki je v 19. stoletju raziskoval regijo in pomembno prispeval pri načrtovanju meje med Argentino in Čilom. Za Antarktiko in Grenlandijo je Južno patagonsko ledeno polje tretja največja zaloga sladke vode na planetu. Ledeni polje napaja 48 velikih ledenikov, od katerih jih 13 drsi proti Atlantskemu oceanu, preostali pa proti Tihemu oceanu, in več kot 200 manjših ledenikov. Mnogi ledeniki, tudi Perito Moreno, dolbejo skozi goro do samo dvesto metrov nadmorske višine, kjer se ledene gore lomijo v mlečno bele vode ledeniških jezer.

Stojimo na razgledni ploščadi nad jezerom Argentina, srebamo mate, okusen zeliščni čaj. Pred nami so zasnežene andske gore in razbraz-



Perito Moreno, zasneženi Andi, z ladje

dana zaledenela reka, ki se razliva po pobočju v jezero, jesensko rdeča pobočja okoliških hribov in rumenkasto oranžne krošnje dreves. Opazujem živahen vrvež, prevladujejo Južnoameričani in Azijci. Popotniki prihajajo iz El Calafata, mesteca, ki je oddaljeno dve uri vožnje z avtom. Prihajajo na treking po ledeniku, na križarjenje z ladjo pred ledenikom ali zgolj na sprehod po pasarelah, krožnih lesenih poteh.

»Povej mi svojo zgodbo o El Calafate,« mi reče Žiga.

Zamislil sem. Misel mi potuje tri desetletja nazaj.

Bila je polnoč in končal sem dolgo dežurstvo. Noč, poznooktobrska, hladna in deževna, me je sprejela v črno nedrje. Že na mostu čez reko se je nevihta razbesnela. Iznad rečne doline se je odprla ravnina, mračno razgrnjena v daljavo, iz katere je tu in tam utripnila luč. Veter je, oblikujoč krošnje dreves v zlovešče figure, vzdihujoč šumel staro, skrivnostno zgodbo.



Perito Moreno, jezero Argentina, s pasarele

Na cesti pred sabo sem ozrl žensko postavo. Hodila je tipajoče in opotekajoče, sunki vetra so jo gugali v mrzlem dežju. Temna oblačila so ji krčevito plahutala, kapuca ji je čemela na glavi in zakrivala obraz, v rokah je stiskala torbico. Upočasnili sem in ustavil pred njo. Dolgo, dolgo sem čakal, potem so se odprla vrata in je prisedla.

Gospa je bila tridesetih let. Zlepljeni mokri temni lasje so ji povsem skrili obraz. Odeta v jesensko laneno jakno in dolgo satenasto krilo je bila mokra in premražena.

»Neprijazna noč!« sem jo pozdravil. »Ste zamudili zadnji avtobus?«

Molk, dolg in mučen. Prevozila sva nadvoz nad železniško progo. Ozrl sem se k njej. Tišina ji je zagrinjala obraz z mirnim pajčolanom, skozi katerega je gledala naravnost predse v daljavo. Zaznal sem vonj po chanelu.

»Žal mi je, da vam nimam prav ničesar ponuditi. Grozna noč!« sem gospo ponovno nagovoril.

Tišina. Le kaj plete v svoji glavi, sem razmišljal. Lenoben gnev nad usodo. Besna brezčutnost. Nenavado, da hodi ženska sama ob tej uri in tem vremenu po poti, ki ni namenjena

pešcem. Molk se mi je zdel obtožujoč. Pokrajina je polzela mimo, iz teme se je kradla megla, kakor morje, se mešala s polji in gozdovi, ter ustvarjala videz grozljive podobe.

»Če mi ne bi ustavili, bi šla pod vlak!«

Spregovorila je tiho, šepetajoče, nepremično, obraz ji je bil v mračni senci. Besede so me zadele, nenadno, trdo, kot kamen. Misli so mi poskočile, vzletele, in se vračale. Ozrl sem se v njene roke, torbico. Safirna zapestnica. Guess, Noelle, saffiano usnje. Uredil sem misli. Vozim se domov, utrujen po celodnevem dežurstvu, v hudi nevihti, ob meni je mlada gospa v hudi duševni stiski.

Samomor je zadnje dejanje dolgo trajajoče drame, slišim prof. Leva Milčinskega pri urah psihiatrije. Moram se pogovarjati z njo, se odločim. Sprašujem jo vse mogoče, gospa molči, občutek imam, da me niti ne posluša.

Gospodična Lily Bart, ujeta v svoja poželenja in kreposti, mora pasti prav zato, ker preveč popolno uteleša ideal, ki ga visoka ameriška družba slavi, a v resnici noče. Za Lily Bart, devetindvajsetletno junakinjo romana Hiša veselja ameriške pisateljice Edith Wharton, je edina hiša veselja življenje v visoki newyorški družbi fin de siecla. Življenje v »zgornjih štiristo«, s premožnimi meščani New Yorka, ki so preživljali čas na dolgih potovanjih po Evropi ali v poletnih dvorcih v Newportu, imeli ložo v operi ali zbirali drage umetnine. Poglavitna krepost in samoumevni pogoj pripadnosti visoki družbi je bilo veliko imetje, ne pridobljeno, temveč podedovano, zakaj kakršnokoli pridobivanje je štel za umazano in negospodsko. Ko njen oče doživi finančni zlom in ji oba starša umre, je brez denarja, razorožena in nadvse primerna, da si jo družba izbere za žrtev. Lily Bart stori vse, kar bi morala družba spoštovati in priznavati, če bi bili njeni ideali v resnici takšni, kot trdi, da so. Družba je v resnici robata in njen edini bog je zabava in denar. Ta družba gospodično Bart potepta v blato.



Perito Moreno, s seraki nagubano čelo

»Zapustil me je. Moj gospod. Odšel je. V Patagonijo. V El Calafate.«

Govorila je v presledkih, odsotno, mukoma. Izza razmršenih las sem ji zaznal obraz. Gladka temna polt, goste vejice, drobno uho.

Izvoz za mojo vas je ostal v temi za nama.

Zamigljalo je nekoliko zgodnjih luči v daljnem mestu in na vzhodu je visela mrakotna svetloba.

»Gospo ste našli na cesti?«

Dežurna psihiatrinja me je vprašujoče pogledala.

»V pravem viharju,« sem dodal.

»Tik pred nadvozom nad železniško progo. Skoraj sem jo prisilil, da je prisedla.«

»Imela je srečo. Sedla je na pravi vlak,« je zaključila gospa v belem.

Skozi speče nočno mesto sem se peljal nazaj proti izvozu za mojo vas.

Lily Bart ni imela sreče. Lawrence Selden je predobro poznal bežnost očarljivih trenutkov, da bi ji hotel slediti. Tistega večera ni prepoznal, da je bil njen poljub na njegovo čelo njeno slovo. Kapljice klorala, ki so ji

tešile noči brez spanja, so jo tisto noč zrušile.

Grmenje. Ogromen kos ledu ob bobnenju trešči v jezero, voda brizgne

visoko v zrak, val, ki nastane, zaniha ladjice, ki so oddaljene sto petdeset metrov. Ledeni blok za kratek čas izgine, potem pa se spet pojavi na

gladini in plava kot nova, nebesno modra ledena gora.

Franci Bečan, dr. med., Medvode

Čudeži v Radovljici: Kako najti luknjo?

Vroče-mrzlo kolesarjenje na stara leta (2025)

Marjan Kordaš

Na začetku je bilo kar mraz, obetal se je pa lep in prijetno topel dan. Z Nejko sva se domenila za kolesarjenje vsaj do Bele Peči (pod Mangartskima jezeroma) ali celo dlje, torej najmanj 44 km.

Ker je Nejka v Mojstrani šla lulat, sem kolesaril sam in počasi. A kljub temu sem že po približno 1 km dohitel

starejšega kolesarja na električnem kolesu ter ga prehitel. Kmalu potem sem v vzratnem ogledalu zagledal Nejko, ki je kolesarja na električnem kolesu dohitela, zmanjšala hitrost in se začela z njim pogovarjati. Ni trajalo dolgo; njen sogovornik se je po nekaj minutah pogovora nenadoma ustavil, obrnil kolo in se odpravil nazaj proti Mojstrani. Tako sem v vzratnem ogledalu videl, kako je Nejka povečala hitrost kolesarjenja, da bi me dohitela. A se je brž ustavila in mi zavpila, da se ji je izpraznila sprednja guma (zračnica). Seveda sem takoj sestopil s kolesa in počakal, da me je dohitela peš.

Res, prazna zračnica. Ko sva pretehtala vse možnosti, sem predlagal vrnitev domov. Nejka se je strinjala, a predlagala tovariški kompromis: jaz naj nadalžujem s krajšo različico kolesarjenja, ona pa se bo peš – le 2 km – vrnila do parkirišča v Mojstrani in me tam počakala v avtu. Tako sem kar hitro odkolesaril do Kranjske Gore in hitro nazaj v Mojstrano (glej sliko: graf mojega utripa, višine in hitrosti kolesarjenja na ta dan). Doma v Bodeščah sem pri Nejkinem kolesu snel sprednje kolo ter potem plašč in zračnico. Na notranji strani plašča sem takoj otipal ostro konico (trn ali morda kratek kos tanke jeklene žice), ki je očitno predrila zračnico. Vse

skupaj zmontiral z novo zračnico in napumpal. *Resitutio ad integrum!*

Med mojim ukvarjanjem s tehnikalijami se je Nejka vseskozi muzala. In ko sem končal, mi je opisala pogovor s prej omenjenim kolesarjem. Povedal ji je, da je že star, operiran na obeh kolenih in da zmore le še kratke proge z električnim kolesom. Očitno naju je že večkrat srečal ter uganil starostno razliko med nama. Bistveni del pogovora pa je Nejka rekonstruirala takole:

Kolesar: »A vidva pa kolesarta vsak dan?«

Nejka: »Ne, ampak če je lep vreme, vsej vsak drug dan.«

Kolesar: »Ampak fotr je pa dobr kolesar!«

Nejka: »Ni moj fotr, ampak moj mož.«

Kolesar: »A tko! Kolk je pa star?«

Nejka: »Štiriindevetdeset!«

Kolesar: »O, jebenti!!«

Kolesarska sezona 2025 je bila – kot pravimo – *ubitačna*. Med deževji in mrazovi sta bila dva vročinska vala. Kolesarjenje med slednjima je bilo morilsko, saj sva vstajala že ob 5.30 (ali celo prej), doma sva bila pa že vsaj ob 10.30. Ko pa je bilo mraz, sem se moral dobro obleči, enkrat celo kot za jesen. Se pravi, ker je Nejko preveč zeblo, sem letos prvič kolesaril šele 30. aprila ter samo od Mojstrane do mostu čez Pišnico v Kranjski Gori in nazaj (24 km). Nato sem večkrat kolesaril kar sam. Sicer sem tudi pozimi 2024/25 redno treniral na trenažerju (ena seja okoli 25 minut), ampak to očitno ni dovolj za dobro



kondicijo za kolesarjenje vsaj dve uri ali več. A kondicijsko sva le napredovala. Ko se je vreme vsaj malo ustalilo, sva včasih prekolesarila nekaj več kot 130 km/teden. Nimam težav z ravnotežjem med vožnjo naravnost ter z ravnotežjem v dolgih in kratkih zavojih. Le pri zajahanju in razjahanju kolesa se pa že nekoliko kaže starostna nerodnost in razni strahovi (hm!).

Kumulativno do 21. 9. 2025: 1113 km.

Ampak mrazovi in deževja in huda vročina so kot nalašč za branje. Letos sem doslej prebral 25 knjig. Tiste, ki so mi bile všeč (nemške ali angleške), sem tudi naročil pri *Amazon.de*. Tu imam nekakšen stalen naročniški račun za rezervne dele za kolo in – za knjige. Hecno, kajne? Za nekatere sem že napisal recenzijo za našo revijo. Se pravi, na tem mestu komentiram le dve knjigi:

– Gerhard Paul: **Mai 1945: Das absurde Ende des »Dritten Reiches«. Wie und wo die Nazi-Herrschaft wirklich ihr Ende fand.** (Maj 1945: Absurden konec »Tretjega rajha«. Kako in kje se je resnično končala nacistična oblast.) Verlag Herder, Freiburg, 2025, 407 str.

Knjiga opozori, da je bila kapitulacija res podpisana 9. 5. 1945, da pa zavezniki takrat še niso zasedli celot-

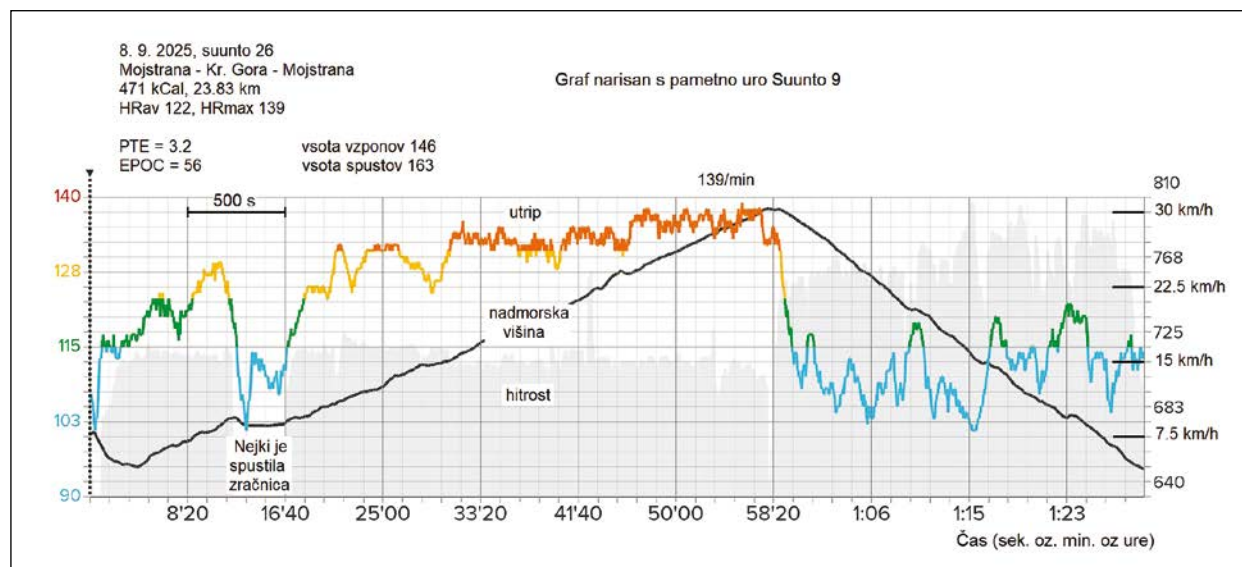
nega ozemlja *Tretjega rajha*. Tako je na severu, v vzhodnem delu pokrajine Holstein (v mestih Flensburg, Plön, Eutin, Mürwik in Lübeck), vladal Karl Dönitz, novi poglavar še vedno nacistične Nemčije. Sem so se zatekli številni nacistični funkcionarji, med drugimi Albert Speer, Alfred Jodl, Heinrich Himmler itn. Dogajale so se absurde reči in najbolj tragičen dogodek velja opisati: Ko je bila podpisana kapitulacija, je nekaj nemških vojakov domnevalo, da je nacizma konec. Odvrgli so orožje, slekli uniforme in se kot civilisti odpravili domov. A Dönitzova vojaška policija jih je nemudoma izsledila, zaprla ter kot dezerterje predala vojaškemu sodišču. Sodnik jih je obsodil na smrt z ustrelitvijo, kar se je tudi takoj zgodilo. Dönitzova oblast se je končala šele 23. 5. 1945, ko je tja vdrla angleška vojska in zaprla vse nacistične. Sodniku, ki je vojake obsodil na smrt, so pozneje večkrat sodili, a je bil vedno oproščen. Vojake je obsodil na smrt zakonito, saj nacistični zakoni še niso bili uradno(!) razveljavljeni!!

– Peter Štih in soavtorji: **Na obeh straneh Alp. Slovensko-avstrijska zgodovina.** SAZU in ÖAW (Avstrijska akademija znanosti). Cankarjeva založba, Ljubljana, 2025, 555 str.

Špeh, težak skoraj 1 kg, a odlično branje. Snov je obdelana v 16 poglav-

jih, vsako poglavje ima vsaj dva avtorja, Slovence in Avstrijca. Pravzaprav nisem še nikoli doslej bral tako dobre knjige o (naši) zgodovini, ki je kar kruta. Zato ponekod neprijetna za Slovence, drugod za Avstrijce. Ki pa ima številne poudarke, od slednjih je zame najbolj zanimiv jezik. Kako se je identiteta posameznika zgodovinsko oblikovala, plemensko, versko, jezikovno in politično. In pri tem oblikovanju identitete običajno ne delujejo dejstva in zgodovina, temveč politični stereotipi, miti in oportunizem.

Nazaj h kolesarjenju: Tudi letos sem kolesaril s kolesom *Stevens Scope Team* (karbonski okvir, kolesi 26", 3 x 10 prestav). Žal se je zaradi starostne obrabe (levih) menjalnih ročic vse bolj kazala nezanesljivost delovanja sprednjega menjalnika. Tako sem prek *Amazon.de* naročil in kmalu prejel prestavne ročice, z montažo pa odlašal. Namreč, *bowdenski* kabli (potezna jeklenica v žičnato-plastičnem plašču) pri kolesu s karbonskim okvirjem ne potekajo *zunaj*, temveč *znotraj* okvirja kolesa. Se pravi, montaža prestavnih ročic je otročarija, napeljava kabla (v notranjosti okvirja) do sprednjega menjalnika pa je znanost, umetnost in spretnost uporabe specialnega orodja – hkrati!!! Za novejša kolesa s karbonskim okvirjem je na spletu obilo podatkov ter na voljo vsa orodja, za starejša (kot



je moj *Stevens*, letnik 2013) pa ne!! A kljub tem pomislekom sem se nekega deževnega petka popoldne zadeve lotil – s popolno polomijo pri montaži kabla. Po domače: polomija zato, ker mi ni uspelo skozi prvo luknjo v karbonskem okvirju zadeti (z jeklenico) približno pol metra oddaljene druge luknje v okvirju. Delal sem do večera in omagal. Ker nisem mogel spati, sem naredil drugačen načrt, ki pa je zajemal demontažo glavnega ležaja gonilnega sistema.

Neprespan sem v soboto zjutraj razdril celoten gonilni sistem, za demontažo ležaja pa nisem imel orodja. Potrt sem vse skupaj spet

sestavil in tuhtal, kateri kolesarski servis izbrati za sanacijo moje polomije. Ob mojem jadikovanju, da je ob sobotah vse zaprto, je Nejka ukrepala žensko praktično: poklicala kolesarsko trgovino v Radovljici. Čudež št. 1: trgovina je odprta do 13.00. Čudež št. 2: kolesarki servis dela do 13.00. Čudež št. 3: naj pripeljem kolo in do 13.00 ga bodo popravili. Čudež št. 4: že ob 11.30 klic iz servisa, da je kolo popravljeno. Ob prevzemu kolesa sem serviserja povprašal, kako mu je uspelo zadeti drugo luknjo. Skomignil je z rameni in povedal, da je imel srečo (*sic!*). Ne verjamem, serviser je bil sanjsko spreten!!

Sklep: *Nihil novum sub sole!* Pri svoji starosti imam dve možnosti: ali a) jadikovati, da je moja kolesarska in telesna zmogljivost manjša kot pred desetimi leti in da je to katastrofa, ali b) radostiti se, da živim, da kolesarim brez težav, da uspešno oz. neuspešno popravljam kolo, da berem knjige in pišem recenzije.

Druga možnost je boljša, mar ne?

Akad. prof. dr. Marjan Kordaš,
dr. med., Ljubljana,
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Aforizmi in domisleki

Matjaž Lesjak

Znanje je prenosljivo, modrost ne.

Človeška slepota ni povezana z ostrino vida.

Če ne gre z mehkim, bo pa s trdim. Velja za organ ali princip.

Laž je lažja, a več stane.

Kdor ne živi svoboden, hvali svojo ječo.

Če želimo govoriti o bogu, je najbolje, da ne uporabimo preveč besed.

Nekatere stvari lahko kupimo z denarjem, drugih ne moremo, nekaterih pa ne smemo.

Človeško življenje je tako kratko, da je dajanje večnih zaobljub časovni nesmisel.

Najprej tečemo za svojimi sanjami, da bi kmalu bežali pred svojo realnostjo.

Zaljubljenost je kot plima, ki nosi barko nad čermi.

Zaljubljenost je biološka slepota in psihološka prevara, ki jo ozdravi čas.

Modrost ne pride z leti, ampak s spoznanji.

Mladost vedno mine, neumnost redko.

Veter sprememb – vsaj tako naj ostane!

Sanda Lah Kravanja

Po skoraj letu dni mi ponovno pripada prijetna zadolžitev, da zapišem nekaj svojih misli v Zavodnik.

Glede na pestrost dogajanja na (zobo)zdravstvenem področju v zadnjem času, se je težko odločiti le za glavno temo, izpostaviti samo en problem, vsebine in misli so težke.

Po burnem poletju in vroči jeseni se že soočamo s spremembami in posledicami sprejete novele zdravstvene zakonodaje, ki prinašajo novo dinamiko zaposlovanja. Po predhodnih napovedih zdaj že dnevno beremo o odhodih kadrov, pomanjkanju zdravnikov in zdravstvenih sodelavcev, vračanju koncesijskih programov, večanju števila neopredeljenih prebivalcev vseh starostnih skupin, organizaciji kadrovskega sejmov in predstavitev javnih zavodov v tujini za pridobitev novih kadrov, vendar je prihodov malo. Uvedene so bile še dodatne olajšave, saj so zdravstveni odločevalci omilili pogoje za povečanje možnosti zaposlitev tujih kadrov, nostrifikacija ni več potrebna, ni več kroženja po dejavnostih, licenca se podeli, znižana je bila celo stopnja poznavanja slovenskega jezika in podaljšan rok za pridobitev tega znanja. Še dodatne ugodnosti ponujajo občine za pokrivanje kadrovskega potreb na primarni ravni, nudijo stanovanje, prostor v vrtcu, pomoč pri iskanju službe za zakonca. Zanimivo bi bilo izvedeti, ali so danes takšnih ugodnosti deležni tudi domači mladi/novi zdravniki in sodelavci.

Mediji dnevno poročajo o slabši dostopnosti ali izpadu zdravstvene oskrbe, ne samo v mestih in večjih krajih, s pomanjkanjem programov in kadrov se kritično prazni podeželje, v vseh pogledih.

Kolegi, ki se odločajo za svoje prihodnje delovanje, se srečujejo z osebnimi stiskami, saj so odločitve, vezane na zaposlitev in delo, med pomembnejšimi v življenju. Res pa je, da nič razen smrti ni dokončno. »Vse poti so prave, ene pripeljejo do cilja, druge do izkušenj,« je zapisal zdravnik Matjaž Lesjak v domislekih v prejšnji številki Izide.

Prav tako se bliža tudi obdobje, ko bo »sistem zanihal« zaradi odhodov vodstvenih kadrov, ki so se že morali odločiti, kako bodo delovali v prihodnje, pa tudi mesec maj ni več daleč, ko se bodo iztekale številne pogodbe o sodelovanju in bo zaradi zakonskih zahtev treba sprejemati osebne odločitve o statusu zaposlitve in bo postopoma »sistem še bolj znatno zanihal«.

Pred kratkim smo slišali zgodbo kolegice, ki pogodbeno izvaja specialistični zobozdravstveni program v enem od javnih zavodov na obrobju Slovenije, ki je pridobil in zaposlil kader iz tujine. Po navodilu vodstva zavoda njeno delo sedaj dnevno spremlja nova kolegica, ki sedi v ordinaciji in katero naj bi uvajala v delo, kot mentorica, glavna in nadzorna hkrati. Kljub nestrinjanju s to dodelitvijo nove naloge, saj v zavodu ni redno zaposlena, nima statusa mentorja niti odločbe, uvajanje naj bi izvajala brez plačila. Znašla se je v osebni stiski glede dela, ki ga sicer rada opravlja, vendar se o dodatnih obremenitvah in o odgovornosti niso pogovarjali. Prav tako o dodatni prisotnosti osebja v ambulantni niso obveščeni pacienti in starši. Svetovano ji je bilo, da se z vprašanji za mnenje obrne na Ministrstvo za



Ujeto v ledu in času. Južna Patagonija, ledenik Perito Moreno, november 2025 (osebni arhiv).

zdravje in pravno službo ZZS, povratnih informacij pa še nima. Skrbi jo njeno tekoče delo in sodelovanje vnaprej, leto se bliža koncu. Iz svojih izkušenj ji še nismo mogli svetovati.

Od plačnika storitev izvajalcem – ZZS – smo prejeli informacije, da so zaradi sprejemanja zakonskih povišic in izplačila božičnice finančna sredstva omejena že za leto 2025, kot tudi za 2026. Podrobnejših izračunov še ni in tudi pogoji dela/plačila za naprej še niso poznani, pa je leto že res skoraj pri koncu. Omejeno bo tudi plačevanje programov po celotni realizaciji, kar bo pacientom zagotovo zmanjšalo dostopnost do storitev, predvsem v dejavnostih, kjer so obravnave dolgotrajnejše in povezane z večjim številom obiskov, saj bodo ti razporejeni bolj poredko in na daljše časovno obdobje, kar bo podaljšalo čas obravnave. Pri tem se poraja vprašanje, ali bodo vse te omejitve veljale tudi za izvajalce v tujini, kamor se pacienti vedno pogosteje zatekajo. Bodo tudi njim omejili plačila do določene višine?

Letos sem imela redko priložnost in naključje, zaradi dinamike dela povezano z načrtovano odsotnostjo sodelavcev, da sem lahko obiskala dva svetovna zobozdravstvena kongresa. Prvi je bil letni kongres svetovnega zobozdravniškega združenja FDI v Šanghaju na Kitajskem, kjer je bilo več kot 15.000 udeležencev z vsega sveta in mnogo lokalnih ter globalnih razstavljalcev. Osupnilo me je veliko število zobozdravnikov, željnih znanja in novosti, ogromni kongresni prostori, odlična in učinkovita organizacija, pester program, ki ga je bilo treba dobro preučiti, da si lahko poslušal teme, ki so te zanimale. Zajete so bile vse zobozdravstvene dejavnosti, največ splošne in nekaj specialističnih. Zobozdravstvena dejavnost se globalno v vseh pogledih izjemno hitro razvija in kontinuirano izobraževanje je potrebno za sledenje stroki. Drugo vprašanje pa je, kaj od vsega tega lahko doma prenesemo v prakso in ponudimo pacientom. Odgovor je zagotovo cena in plačilo storitev, saj

novi materiali, tehnologije, aparature, čas in vložek v lastno znanje veliko stanejo, po večini pa gre za nadstandardne storitve, ki jih pacienti plačujejo iz lastnega žepa, če se zanje pri ponudniku lahko odločijo.

Obisk Kitajske mi je odprl oči v tem smislu, da moram kar pozabiti na stereotipno predstavo o državi in ljudeh, kajti videno je predvsem v digitalizaciji in tehnološkem smislu preseglo vsa moja pričakovanja.

Ker pa sem po naravi radovedna in me tudi v prostem času zanima stroka, sem poskušala pridobiti profesionalne informacije iz prve roke. Zanimalo me je, kako je z zobozdravstvom za »navadne smrtnike«. Odgovor me je, glede na socialno-politično usmeritev države, neprijetno presenetil, saj je zobozdravstvena oskrba plačljiva ne glede na starostno skupino. Izbire osebnega zobozdravnika ne poznajo in do zobozdravnika tudi težko pridejo, predvsem pa so obiski in storitve glede na zaslužek zelo dragi, preventivni programi za otroke in mladino niso organizirani in ustno zdravje je razen redkih izjem prepuščeno lastni pobudi. Ob tem sem primerjala, kako je urejeno pri nas, kaj vse lahko preprečujemo, zdravimo, ponudimo za zdrav in lep nasmeh. Naj le tako ostane!

Drugi kongres, ki sem se ga udeležila, pa je bil kongres svetovnega ortodontskega združenja WFO, ki poteka vsakih pet let in je bil letos v Buenos Airesu. Leta 2020 je v Yokohami na Japonskem vse potekalo virtualno na daljavo zaradi pandemije covida-19. Letos pa se je v Braziliji, prvič v zgodovini v Latinski Ameriki, v živo zbralo več kot 7.000 specialistov ortodontije in sodelavcev.

Že v predkongresnih dejavnostih sem aktivno sodelovala v Svetu WFO, saj sem imela kot predsednica nacionalne strokovne organizacije – Slovenskega ortodontskega društva – glasovalno vlogo pri potrditvi programa in vodstva za obdobje 2025–2030 s profesorico Letizio Perillo iz Italije na čelu. Kongres je bil

odlično organiziran, obarvan s tipičnim brazilskim temperamentom, toplimi barvami, glasbo in običaji. Delovna področja v ortodontiji so obravnavale številne teme in preko 600 mednarodnih predavateljev. Tudi na tem kongresu je bila pripravljena dentalna razstava z ortodontskimi pripomočki, materiali, aparati in tehnologijami; vse se usmerja v digitalno in s pomočjo umetne inteligence. Pripravili so tudi številne delavnice in dodatna izobraževanja pri razstavljalcih opreme in materialov. Velik interes ortodontov kaže na to, da je želja po znanju velika, enako tudi povpraševanje po storitvah, v izjemnem porastu je estetska ortodontija z digitalno načrtovanimi plastičnimi pripomočki. Globalni trendi so usmerjeni v hitro, nevidno, udobno in čim bolj priročno obravnavo za lep in širok nasmeh.

Tudi v Braziliji nisem mogla iz svoje kože. Povsod, kamor sem prišla, sem se med kolegi in ljudmi pozanimala o možnostih zobozdravstvene in ortodontske obravnave prebivalcev. Predvsem slednja je tudi v Braziliji, tako kot v večini svetovnih držav, plačljiva iz lastnega žepa, le težje ortodontske nepravilnosti pokrivajo določena zdravstvena zavarovanja v pogodbenih klinikah.

Ob tem sem ponovno primerjala, kako je urejeno pri nas doma, kaj vse lahko preprečujemo, zdravimo, ponudimo za zdrav, lep nasmeh in dober ugriz. Naj le tako tudi ostane!

Razmišljanje o videnem v zobozdravstvu doma in po svetu ponovno zaključujem s stavkoma:

In vendar se vse regulirano premika; kam vodi smer, nazaj, naprej?

Le kdo nas bo čez nekaj let še zdravil doma?

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is €64.90. A single issue costs €5.90. The tax is included in the price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles.

Print run: 9,400 copies.

The journal is named after Isis, an Egyptian goddess. Legends say that she had healing powers, that her power extended throughout the world, and that each person is a drop of her blood. She was considered to be the founder of medicine. Her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people.

The President of the Medical Chamber

Prof. dr. **Bojana Beović**, dr. med., spec.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Rok Ravnikar, dr. med., spec.

Barbara Škrlić, dr. dent. med.

The President of the Assembly

Tanja Petkovič, dr. med., spec.

The Vice-president of the Assembly

Lučka Selič, dr. dent. med.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The President of the Educational Council

Izr. prof. dr. **Nataša Bratina**, dr. med., spec.

The President of the Professional Medical Committee

Prof. dr. **Sebastjan Bevc**, dr. med., spec.

The President of the Primary Health Care Committee

Rok Ravnikar, dr. med., spec.

The President of the Hospital Health Care Committee

Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

The President of the Dentistry Health Care Committee

Barbara Škrlić, dr. dent. med.

The President of the Legal-ethical Committee

Peter Golob, dr. med., spec.

The President of the Social-economic Committee

Dr. **Marko Bitenc**, dr. med., spec.

The President of the Private Practice Committee

Miha Lukač, dr. med., spec.

The Secretary General

Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Legal Department

Peter Renčel, univ. dipl. prav.

Head of Finance and Accounting Department

Mag. **Nevenka Novak Zalar**, univ. dipl. ekon.

Head of Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Head of Postgraduate Medical Training

Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Basic Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

Barbara Galuf Zajc, univ. dipl. prav.

Head of Public Relations Department

Urška Šestan, univ. dipl. prav.

Head of Congress Activities

Andreja Stepišnik, univ. dipl. upr. org.

Head of IT Department

Maja Horvat, mag. posl. inf.

Head of Member Personal Support Service and Mediation Office

Vesna Habe Pranjič, univ. dipl. prav.

Head of General Affairs Department/Head Office

Katja Martinc



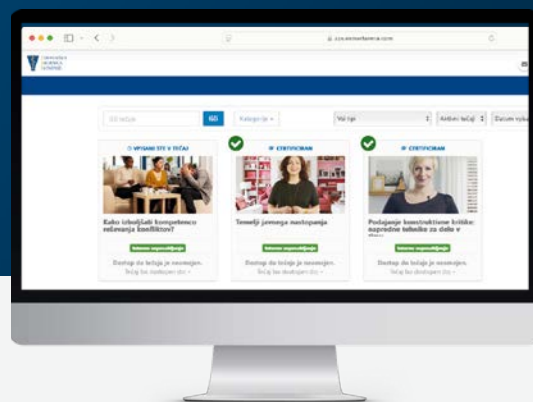
The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have direct contact with patients. The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending, and revoking doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring, and supervising) the secondments of the two-year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings, and other types of professional medical development.
- Professionally auditing and appraising each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning, and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in negotiation on the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and concluding them on behalf of private doctors as employees, thereby enhancing the value of medical professionals' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find a job.
- Assisting members to find suitable temporary replacements during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising cultural, sporting, and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free, permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the Medical Chamber charter.

NOVA E-IZOBRAŽEVALNA APLIKACIJA



Aplikacija

Zdravniška zbornica Slovenije z veseljem predstavlja **novo e-izobraževalno aplikacijo**, ki je namenjena članom za izpopolnjevanje mehkih veščin in nadgradnjo znanja na področju, ki je ključnega pomena za vsakodnevno delo zdravnikov in zobozdravnikov. Etika, komunikacija in medosebni odnosi so temelj zaupanja med zdravnikom in pacientom ter osnova za uspešno timsko delo. Prav zato smo pripravili aplikacijo, ki vam omogoča, da področje mehkih veščin nadgrajujete na preprost in učinkovit način – kadarkoli in kjerkoli. Z opravljenimi e-tečaji boste **pridobili kreditne točke** s področja etike, komunikacije, varnosti in kakovosti. Pridružite se novi aplikaciji in sodobnemu načinu učenja, ki podpira vašo profesionalno rast!

QR-koda do aplikacije



Koraki za dostop



1. Obiščite spletno stran

Pojdite na zdravnikazbornica.si/domus-medica, kjer je na voljo nabor različnih izobraževanj.



2. Izberite kategorijo "Samoizpopolnjevanje"

V rubriki Aktualni dogodki in izobraževanja poiščite razdelek Samoizpopolnjevanja.



3. Izberite izobraževanje

Kliknite na zeleno e-izobraževanje in nato izberite možnost "Dostop do tečaja".



4. Prijava na eSmartArena

Po kliku na "Dostop do tečaja" boste preusmerjeni na platformo, kjer se prikaže prijavi obrazec. Izberite možnost "Prijava ZZS". Prijavite se z uporabniškim imenom in geslom za vstop v zbornične strani.



5. Začnite s tečajem

Po uspešni prijavi lahko začnete z izobraževanjem.



Z opravljenimi tečaji boste pridobili kreditne točke s področja **etike, komunikacije, varnosti in kakovosti**.

Pišite nam
za tehnično
pomoč



podpora@zzs-mcs.si