IS

Glasilo Zdravniške
zbornice Slovenije
November 2026
Številka 11



Žiga Kalamar, dr. med., in izr. prof. dr. Andrej Markota, dr. med.

"Zgodnja kombinacija treh vazopresorjev je pri bolnikih s septičnim šokom omogočila hitrejše okrevanje in manj neželenih učinkov."

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@zzs-mcs.si**



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.

Zdravilo daje upanje le, kadar stoji na dokazih

Damjan Osredkar

Vlada je v sprejetje po nujnem postopku predlagala, Državni zbor pa je sprejel Zakon o Javnem skladu za napredno zdravljenje redkih bolezni. Sklad naj bi vsako leto financiral napredno, praviloma gensko zdravljenje petih do desetih otrok v tujini, kadar so možnosti zdravljenja pri nas izčrpane – po oceni predlagatelja za deset do dvajset milijonov evrov na leto. Namen je plemenit in ga kot pediater podpiram. Besedilo pa kaže, da je nastajalo mimo stroke: Pediatrična klinika, kjer te otroke zdravimo, k pripravi zakona ni bila povabljena. Pripombe smo lahko podali le na dveh sejah komisij Državnega sveta in Državnega zbora, pa še takrat smo se zavedali, da naše pripombe ne bodo upoštevane.

V razpravi se rado izgubi, da je obravnava redkih bolezni v Sloveniji na visoki ravni. Večina novih zdravil za redke bolezni, tudi zelo dragih, je našim bolnikom dostopna v letu dni po odobritvi pri Evropski agenciji za zdravila (EMA) in jih plača ZZZS. Kadar so bili dokazi prepričljivi, smo zdravila zagotovili tudi prej: prvemu otroku s spinalno mišično atrofijo (SMA) smo nusinersen dali marca 2017, dobra dva meseca po odobritvi pri ameriški Upravi za hrano in zdravila (FDA) in še pred odobritvijo pri EMA. Danes imamo zanje tri zdravila, gensko zdravljenje izvajamo doma, od leta 2024 pa SMA odkrivamo s presejanjem novorojenčkov in zdravljenje začnemo v prvih dneh življenja. Otroci z najhujšo obliko bolezni, ki so še pred desetletjem večinoma umirali pred drugim rojstnim dnem, se danes, če jih zdravimo pred prvimi znaki, razvijajo kot zdravi vrstniki.



Uspeh pri SMA in drugih podobnih zgodbah upravičeno zbuja upanje tudi drugim družinam, ki živijo z redko boleznijo, a medicina, ki temelji na dokazih, ne pozna bližnjic – tudi kadar to boli. Tak primer je Duchennova mišična distrofija: poleg kortikosteroidov imamo v Evropski uniji (EU) in s tem v Sloveniji odobreni in dostopni novi zdravili, novejši steroid vamorolon (Agamree) in givinostat (Duvyzat). Gensko zdravljenje z zdravilom Elevidys, ki ga je FDA odobrila, pa je bilo s strani EMA v EU septembra 2025 zavrnjeno. Razlika glede na nusinersen ni v regulatorju, temveč v dokazih: raziskavo z nusinersenom so predčasno ustavili, ker je bila korist očitna, Elevidys pa glavnega cilja ključne raziskave ni dosegel. Te presoje se moramo držati – ne iz pokorščine regulatorju, temveč zato, ker odobritvi v Evropi praviloma sledi plačilo iz skupne blagajne za vse bolnike. V ZDA odobritev pomeni le, da je zdravilo varno, dobi pa ga tisti, ki ga zmore plačati. Javni denar je en sam: vsak evro za zdravilo brez dokazane učinkovitosti je evro manj za zdravila, ki delujejo, za čakajoče na operacije in za medicinske sestre, ki jih že zdaj hudo primanjkuje.

Sklad je zato lahko koristen – če financira zdravila, za katera obstajajo jasni dokazi o varnosti in učinkovitosti, pa pri nas niso dostopna. Tak primer je cerliponaza alfa (Brineura) za neuronalno ceroidno lipofuscinozo tipa 2 (CLN2): v EU je odobrena, dobijo jo bolniki na Hrvaškem, v Sloveniji pa je ni na trgu, zato moramo sedaj bolnika poslati na zdravljenje na Hrvaško.

Predlog zakona pa meri drugam. Za »medicinsko priznano« šteje tudi zdravljenje, ki ga je

odobril zgolj regulator tretje države. Obrazložitev sama pove, da so »v ospredju napredna zdravljenja, ki s strani EMA še niso odobrena«. Mnenje konzilija je obvezno, a nezavezujoče: o financiranju odloča uradna oseba sklada, ki lahko ob dveh tujih mnenjih odloči tudi proti slovenski stroki, odgovornost za izid pa zakon porazdeli tako, da je na koncu ne nosi nihče. Z deset do dvajset milijoni evrov letno, kolikor predvideva, bi zakrpali marsikatero drugo vrzel v zdravstvu. Če bo sklad postal orodje, s katerim bodo posamezna društva in medijske akcije mimo dokazov uveljavljale zdravljenja, bo v ladjo našega zdravstvenega sistema navrtal veliko luknjo – in z njo bomo potonili vsi, tudi otroci z redkimi boleznimi.

Od zakonodajalca moramo zahtevati vsaj tri popravke. Sklad naj financira zdravila z dovoljenjem v EU, ki pri nas niso dostopna, ter stroške ob vključitvi v registrirane klinične raziskave, ne pa raziskav samih. Tuja mnenja naj dajejo strokovnjaki brez finančnega interesa za predlagano zdravljenje, vsaj eden iz evropske referenčne mreže. In mnenje stroke naj bo pri odločanju o javnem denarju zavezujoče, ne le posvetovalno. Otrokom z redkimi boleznimi želimo omogočiti vse, kar deluje – prav zato jim ne smemo plačevati tistega, za kar ni dokazov, da deluje. Zdravilo daje upanje le, kadar stoji na dokazih.

Prof. dr. Damjan Osredkar, dr. med.,
Klinični oddelek za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo,
Pediatrična klinika, UKC Ljubljana

Razbremenilni pogovori v novembru 2026

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, 5. novembra 2026	15.00–17.00
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 5. novembra 2026	16.00–18.00
Tatjana Zorko, dr. med.	Torek, 15. novembra 2026	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 anonimen, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 (Vesna Habe Pranjič) ali po e-pošti: *zdrom@zzs-mcs.si*, lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.

Domus Medica za Vas
MODRA DVORANA

260

CELOVITA IZVEDBA VAŠEGA DOGODKA

Za vas celovito izvajamo dogodke po vaši meri. Od organizacije, priprave materialov, tehničnega vodenja med dogodkom do postprodukcije posnetega materiala.

Za več informacij pišite na
mic@zzs-mcs.si.

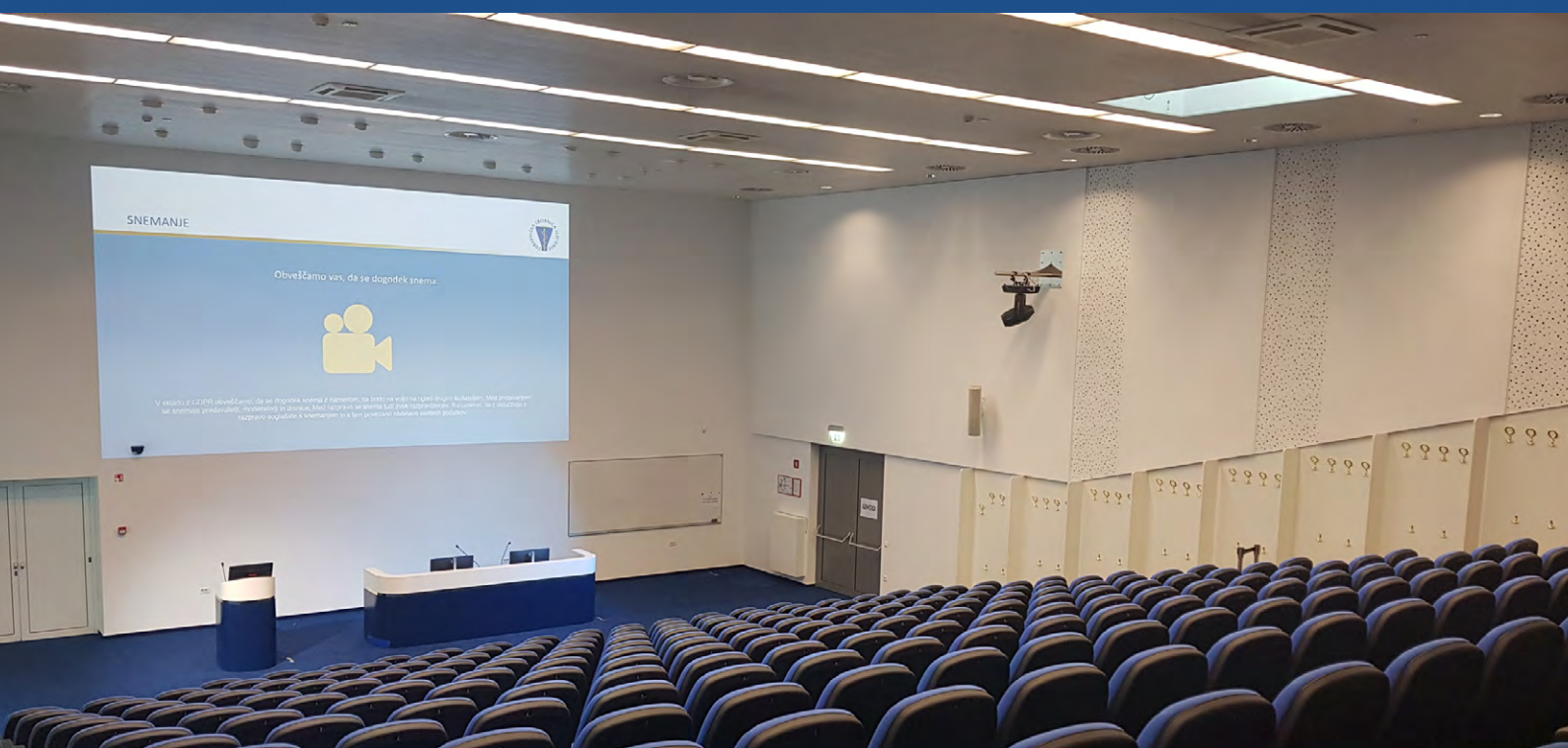
Visokokakovostna HD-projekcija

Sodobna AV-oprema

Priprava grafične podobe dogodka

Snemanje in obdelava

Spletni prenos



Kazalo

Uvodnik

3 Zdravilo daje upanje le, kadar stoji na dokazih
Damjan Osredkar

K naslovnici

8 Žiga Kalamar, dr. med., in izr. prof. dr. Andrej Markota, dr. med.
Marko Pokorn

Zbornica

13 Iz dela zbornice

17 Pojasnila o delu študentov medicine in pogojih za opravljanje zdravniške službe
Tara Tanita Šorli

18 Revmatologov je vse manj, potrebe bolnikov pa naraščajo

19 Zdravniki v kolesarstvu: »Za zdravje športnikov se borimo tudi takrat, ko se ne bori nihče drug«
Oddelek za odnose z javnostmi

22 Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije

Personalia

23 Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

23 Prejemniki zdravniških in zobozdravniških specialističnih licenc

25 Podeljene licence pa podlagi v tujini pridobljene poklicne kvalifikacije

Aktualno

26 Od polifarmakoterapije do klinične kompleksnosti: kdaj bolnika napotiti k farmacevtu svetovalcu?
Boštjan Martinc

Iz Evrope

30 Zasebni zdravniki in koncesionarji: njihovo sodelovanje je blagoslov

Forum

31 Komentar k zapisom
Marjan Kordaš

31 Razmišljanje ob letošnjem ambulantnem pregledovanju oseb, ki so bile v stiku s tuberkuloznima bolnikoma
Zlata Remškar

33 Obratne ambulante so dodana vrednost
Marjan Fortuna

34 Iz dejavnosti v posel
Nina Mazi

35 Kronika kot temelj strokovnega spomina
Zvonka Zupanič Slavec

Intervju

36 O glasbi v nevrorehabilitaciji
Igor M. Ravnik

Medicina

39 Etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja
Jan Grosek

42 Priložnost, ki je v ambulanti ne smemo spregledati: farmakoterapija pri opuščanju rabe nikotina
Kaja Batista, Tomaž Čakš, Rok Zaletel

Poročila s strokovnih srečanj

45 46. mednarodni toksikološki kongres v Vilni: aktualni izzivi in mednarodni uspeh slovenske toksikologije
Ana Mavrič

46 Profesor dr. Corrado Angelini in profesor dr. Giovanni Meola – priznana zdravnika in raziskovalca živčno-mišičnih bolezni – v Ljubljani
Marija Meznarič

48 Ob mednarodnem dnevu FAS predstavljeni prvi nacionalni podatki o izpostavljenosti alkoholu med nosečnostjo
Jana Lozar Krivec, Sandra Radoš Krnel, Marjetka Hovnik Keršmanc, Maja Roškar, Rok Zaletel

50 Svetovni dan spolnega zdravja 2026
Irena Rahne Otorepec

Strokovna srečanja

53 Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

54 Strokovna srečanja

62 Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

63 Pojasnilna dolžnost kirurga, podpisano soglasje bolnika za operacijo in še kaj ...
Stane Repše

S knjižne police

66 Gaja Jarc: En ščepec ljubezni
Matjaž Zwitter

67 Čas ≡ Prostor
Jasna Čuk Rupnik

68 Anton Pavlovič Čehov: Novele
Črt Marinček

71 Neil Churches: The Greatest Escape – A gripping story of wartime courage and adventure
Marjan Kordaš

Zanimivo

73 Odprtje Galerije dr. Judite Mandelc Kunčič v ZD Bled
Zvonka Zupanič Slavec

74 Ogled ljubljanskega Navja in okolice
Vojteh Cestnik

77 »Teta Vegeta«
Jože Darovec

77 Vinjeta o Valči in Ave Marii
Jože Darovec

Zdravniki v prostem času

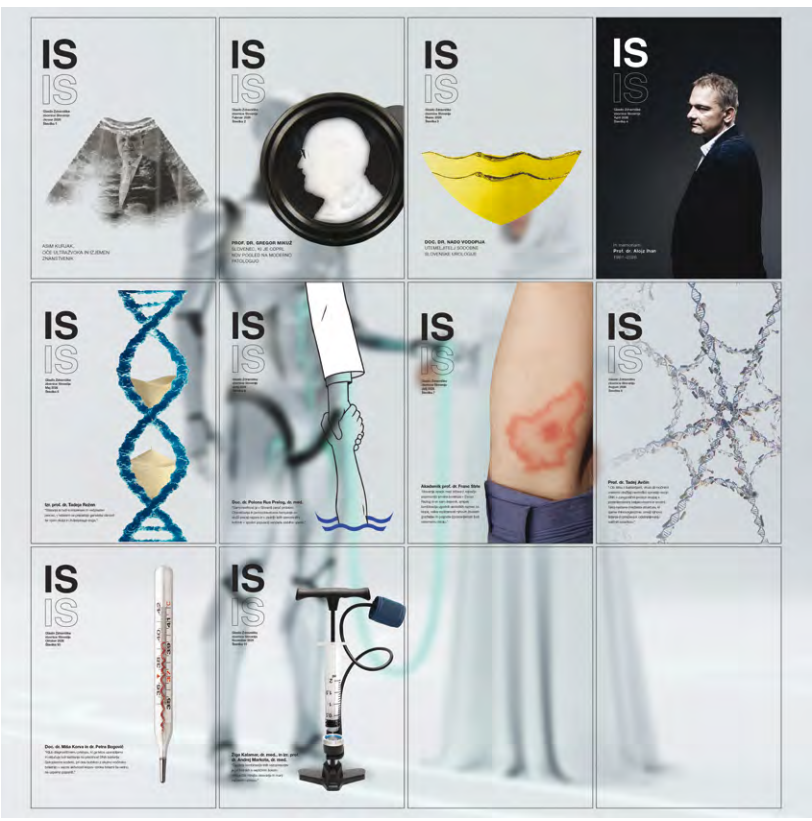
78 Oče, sin in morje
Dušan Nolimal

79 Državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v trapu v Moravčah
Branko Košir

80 Aforizmi in domisleki
Matjaž Lesjak

Zavodnik

81 Neznosna lahkost realnosti
Sanda Lah Kravanja



Kolofon

Leto XXXV, št. 11, 1. november 2026
Natisnjeno 9.350 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 urednik
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.

Uredniški odbor
Doc. dr. Katja Groleger Sršen, dr. med.
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
Asist. dr. Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med.
Zasl. prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svet.
Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med.
Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.
Dr. Mirjana Rajer, dr. med., spec.
Asist. Gašper Tonin, dr. med., mag. slov. in mag. spl. jezikosl.

Stalni avtorji
Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
Prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Doc. dr. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.
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 vnaprej. **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. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Žiga Kalamar, dr. med., in izr. prof. dr. Andrej Markota, dr. med.

Marko Pokorn

Septembra letos je bil v reviji Critical Care predčasno oziroma vnaprej objavljen članek z naslovom »Early multimodal vasopressor strategy in septic shock: results of the TRICYCLE randomized controlled trial« skupine avtorjev iz Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Kliničnega centra Rebro v Zagrebu ter Univerze San Raffaele v Milanu.

Gre za randomizirano raziskavo, ki je pri odraslih bolnikih s septičnim šokom primerjala vpliv zgodnje multimodalne vazopresorne terapije s kombinacijo angiotenzina II, vazopresina in noradrenalina ter klasičnega postopnega uvajanja vazopresorjev na plazemsko koncentracijo renina po 72 urah kot primarnega izida ter vpliv omenjenih dveh načinov vazopresornega zdravljenja na spremembo koncentracije laktata po 72 urah in spremembo SOFA točkovne ocene med prvim in tretjim dnem po vključitvi v raziskavo kot sekundarnih izidov.

Objavljeni članek je v največji meri plod raziskovalnega dela slovenskih znanstvenikov, ob tvornem čezmejnem sodelovanju s kolegi iz Hrvaške in Italije, predvsem pa gre za randomizirano klinično intervencijsko raziskavo pri kritično bolnih preiskovancih, zato smo





k pogovoru povabili prvega in zadnjega avtorja raziskave, doktoranda Žigo Kalamarja, dr. med., z Oddelka za intenzivno interno medicino UKC Maribor ter izrednega profesorja dr. Andreja Markoto, dr. med., v. d. predstojnika Oddelka za intenzivno interno medicino UKC Maribor ter visokošolskega učitelja na Univerzi v Mariboru.

Kakšni so bili razlogi, da ste se odločili za raziskavo?

Sepsa in septični šok sta kljub napredku v zdravljenju še vedno povezana z zelo visoko smrtnostjo – od 30 % do 90 % in več pri bolnikih, ki imajo ob septičnem šoku odpoved več organov. Pri bolnikih s septičnim šokom je hipotenzija predvsem posledica izrazite vazodilatacije, ki nastane zaradi odpovedi več sistemov, ki uravnavajo krvni tlak – adrenergičnega sistema (na katerega terapevtsko vplivamo z dodatkom noradrenalina), arginin-vazopresinskega sistema (kjer uporabljamo vazopresin) in renin-angiotenzinskega sistema (kjer uporabljamo angiotenzin II). Kljub temu da je iztirjenih več sistemov, je uveljavljena klinična praksa takšna, da vazopresorno zdravljenje začnemo z noradrenalinom, njegov odmerek povečujemo, nato pa ob nezadostnem učinku dodajamo druge vazopresorje. Pri tem ni jasno, kdaj dodati vazopresor drugega reda, kateri vazopresor izbrati ter kdaj dodati vazopresor tretjega reda in katero zdravilo izbrati. Težava pri takšnem pristopu je, da je bolnik pred uvedbo vazopresorja drugega reda že izpostavljen visokim odmerkom in posledično stranskim učinkom noradrenalina, na ostale sisteme, ki so pri septičnem šoku tudi iztirjeni, pa še ne delujemo.

Še pred približno petimi leti smo lahko terapevtsko vplivali samo na adrenergični sistem in arginin-vazopresinski sistem, odkar je postal dostopen tudi angiotenzin II, pa lahko vplivamo tudi na renin-angiotenzinski sistem. Zato se nam je zdelo smiselno raziskati, ali bi bilo učinkoviteje že zgodaj hkrati delovati na več sistemov, ki vzdržujejo homeostazo krvnega obtoka.

Katere intenzivne enote so sodelovale v raziskavi? Kako ste se odločili za čezmejno sodelovanje?

Raziskava je potekala na treh oddelkih za intenzivno medicino v dveh bolnišnicah, in sicer na Oddelku za intenzivno interno medicino in na Enoti za infektološko intenzivno terapijo v UKC Maribor ter na Zavodu za intenzivno medicino v KBC Zagreb. Izvedba raziskave je bila mogoča predvsem zaradi pripravljenosti na sodelovanje osebja – zdravnikov, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov – na vseh treh oddelkih. Čezmejno sodelovanje se je razvilo iz že obstoječega strokovnega sodelovanja med raziskovalci v Mariboru in Zagrebu in je bilo bistveno za preverjanje učinkovitosti protokola v različnih okoljih. Pomemben del raziskovalne skupine so bili tudi sodelavci z Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Oddelka za laboratorijsko diagnostiko UKC Maribor in iz Centralne lekarne UKC Maribor.

Lahko na kratko opišete protokol raziskave?

Šlo je za prospektivno, randomizirano, kontrolirano, enojno slepo raziskavo, v katero smo vključevali odrasle bolnike s septičnim šokom (laktat nad 2 mmol/l), ki so kljub ustreznemu tekočinskemu zdravljenju potrebovali vazopresorno zdravljenje (najmanj 0,15 mcg/kg/min noradrenalina). Za vključitev je bil potreben tudi srčni indeks nad 2,3 L/min/m² in odsotnost hemoragičnega šoka – v raziskavo smo želeli vključiti bolnike, kjer je bila cirkulatorna odpoved posledica patološke vazodilatacije. Bolnike smo naključno razporedili v dve skupini. V kontrolni skupini smo uporabljali klasičen, stopenjski pristop – titracija noradrenalina do višjih odmerkov, nato uvedba in višanje odmerka vazopresina in nato uvedba angiotenzina II. V intervencijski skupini smo takoj uvedli vse tri vazopresorje na način, da je bila čim večji delež časa vazopresorna učinkovitost razporejena približno na tretjine; tretjina vazopresornega učinka je bila posledica delovanja noradrenalina, tretjina vazopresina in tretjina angiotenzina II. Titracija vazopresorjev je bila v obeh skupinah protokolizirana, na tak način pa smo odmerjali vazopresorje 72 ur.

Kako je potekalo vključevanje bolnikov/pridobivanje soglasij?

Bolnike smo vključili po pridobitvi pisnega informiranega soglasja. Pri bolnikih, ki niso bili sposobni dati soglasja, smo soglasje pridobili od zakonitega zastopnika oziroma najbližjega svojca. Ker je šlo za testiranje zgodnje uvedbe trojne terapije – tako časovno kot glede na odmerek noradrenalina – je bilo pridobivanje soglasja pomemben izziv pri izvedbi raziskave.

Katera kombinacija vazopresorjev je bila uporabljena v multimodalni skupini in kakšna je bila utemeljitev za izbor posameznih učinkovin glede na njihove farmakodinamične lastnosti?

Uporabili smo tri učinkovine: noradrenalin, vazopresin in angiotenzin II. Razlogov za izbiro je več: ti trije vazopresorji učinkujejo na tri najpomembnejše in hkrati ločene sisteme za uravnavanje krvnega obtoka. Noradrenalin deluje preko alfa-adrenergičnih receptorjev, vazopresin preko receptorjev V1 in angiotenzin II preko receptorjev AT1. Hkrati gre za zdravila, ki imajo indikacijo za vazopresorno zdravljenje bolnikov s šokom, vsa tri zdravila pa so v Sloveniji dostopna za uporabo (kar je izjema; tudi v številnih razvitih državah je omejena dostopnost vazopresina in predvsem angiotenzina II).



Andrej Markota se je leta 2006 po zaključenem študiju medicine na Univerzi v Ljubljani zaposlil v UKC Maribor, kjer je leta 2013 opravil specializacijo iz interne medicine. Po specialističnem izpitu se je zaposlil na Oddelku za intenzivno interno medicino UKC Maribor, kjer je zaposlen še danes. Poleg kliničnega dela je vključen v izobraževalno delo na Medicinski fakulteti in Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, hkrati pa ves čas aktivno sodeluje s strokovnimi združenji na področju intenzivne in urgentne medicine (Slovensko združenje za intenzivno medicino in Slovensko združenje za urgentno medicino). V raziskovalno delo se je vključil že kot specializant, v zadnjih desetih letih pa je poleg raziskovalnega dela na domačem oddelku kot nacionalni koordinator sodeloval pri več mednarodnih raziskavah (prospektivni raziskavi EuReCa ONE in EuReCa TWO, prospektivni randomizirani raziskavi TAME in REMAP-CAP).

Kako ste opredelili pojem »zgodnje« uvajanje multimodalne vazopresorne terapije?

Zgodnje uvajanje multimodalne terapije smo želeli zagotoviti s kratkim časovnim oknom za vključitev in z nizkim odmerkom noradrenalina. Tako so bili vključitveni kriteriji med drugim vključitev v 12 urah po sprejemu na oddelek za intenzivno medicino oziroma v 24 urah po sprejemu v bolnišnico ter poraba noradrenalina vsaj 0,15 mcg/kg/min, dejansko pa smo bolnike vključevali približno šest ur po sprejemu v bolnišnico in pri odmerku noradrenalina okoli 0,35 mcg/kg/min. Dejansko trajanje zdravljenja pred vključitvijo v raziskavo je bilo krajše od večine raziskav na področju vazopresorne terapije, odmerek noradrenalina pa primerljiv z ostalimi raziskavami.

Kateri so bili primarni in sekundarni izidi preskušanja ter kako ste določili klinično pomembne mejne vrednosti za posamezni izid?

Primarni izid je bila sprememba koncentracije renina v prvih 72 urah. Renin smo izbrali kot primarni izid, ker gre za odličen pokazatelj preživetja in ker je mehanistično povezan z disregulacijo RAAS-sistema; hitrejši upad renina je povezan z boljšim preživetjem, porast renina kljub vsem postopkom zdravljenja pa je povezan z izjemno slabim pričakovanim izidom zdravljenja.

Vnaprej opredeljena sekundarna izida sta bila sprememba koncentracije laktata v 72 urah in sprememba seštevka točk po kazalniku SOFA med prvim in tretjim dnem. Dodatni cilji so bili potreba po nadomestnem ledvičnem zdravljenju ter preživetje do odpusta z oddelka za intenzivno medicino in 28-dnevno preživetje. Dodatno smo še analizirali razliko v porabi vazopresorjev (izraženo v kumulativni porabi vazopresorjev, izraženi v enotah noradrenalina – NEE).

Kako ste obvladovali tveganje za neželene učinke, povezane z zgodnjim uvajanjem multimodalne vazopresorne terapije – zlasti motnje srčnega ritma, periferno ishemijo in mezenterično hipoperfuzijo?

V predhodno opravljenih raziskavah, v katerih so večinoma uporabljali kombinacijo noradrenalina in vazopresina ter noradrenalina in angiotenzina II, niso ugotavljali večje incidence stranskih učinkov. Tudi v retrospektivni kohorti bolnikov (Möller Petrun A, et al. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2025), ki so prejemali noradrenalin, vazopresin in angiotenzin II kot reševalno terapijo, nismo ugotavljali pomembnih stranskih učinkov. Glede na to, da so bolniki v interventni skupini prejemali pomembno manj noradrenalina (na račun nekateholaminskih vazopresorjev vazopresin in angiotenzin II), smo v interventni skupini pričakovali manj motenj srčnega ritma. Verjetnost za nastanek periferne ishemije in mezenterialne hipoperfuzije, ki sta znana stranska učinka uporabe vazopresorjev, smo poskušali omejiti z nevključevanjem bolnikov z znano mezenterialno ishemijo, Raynaudovim fenomenom, sistemsko sklerozo oziroma pomembno vazospastično boleznijo. Od vnaprej opredeljenih stranskih učinkov smo spremljali pogostnost trombotičnih dogodkov, tahiaritmij, trombocitopenije, hiponatriemije ter srčne, mezenterične in periferne ishemije. Sicer smo ugotovili pomembno nižjo incidenco stranskih učinkov v interventni skupini, in sicer 15,6 % v primerjavi z 68,6 % v kontrolni skupini, predvsem zaradi manjše incidence tahiaritmij v interventni skupini.

Ali ste vnaprej načrtovali analize podskupin glede na stopnjo šoka in ali se je učinek zdravljenja med podskupinami razlikoval?

Predvideli smo analizo določenih podskupin, npr. predhodna uporaba zdravil, ki delujejo na RAAS-sistem, vendar analize zaradi omejene statistične moči ob majhnem številu tovrstnih pacientov nismo izvedli. Trenutno poteka naknadna analiza rezultatov, kjer bomo poskušali opredeliti, kateri bolniki bi morda imeli večjo korist od zgodnje multimodalne terapije. Hkrati želimo razviti dinamični model medsebojne

povezanosti renina in laktata kot komplementarnih biomarkerjev ter pokazati, zakaj je pri septičnem šoku pomembno njuno serijsko in vzporedno spremljanje skozi čas.

Kako sta se primerjala volumna tekočinske reanimacije in uporaba kortikosteroidov v obeh skupinah?

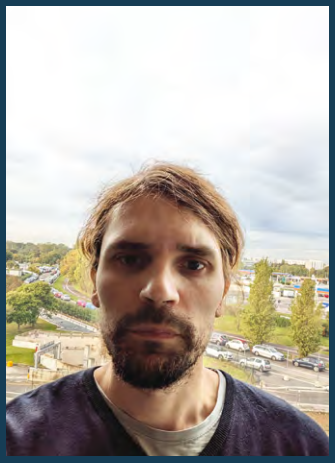
Med skupinama v prvih 72 urah ni bilo statistično pomembne razlike niti v tekočinski bilanci niti v uporabi hidrokortizona. Kljub temu pa je pri tekočinski bilanci razlika v absolutnih številkah v prid zgodnji multimodalni terapiji; mediana tekočinske bilance je bila −2,5 ml/kg v interventni skupini in +12,5 ml/kg v kontrolni skupini (pri bolnikih v interventni skupini smo lahko približno pri polovici pacientov vzpostavili negativno tekočinsko bilanco v prvih treh dneh).

Hidrokortizon so prejeli skoraj vsi bolniki, tako v interventni kot tudi v kontrolni skupini.

Kakšen je bil čas do hemodinamske stabilizacije v vsaki skupini in kako je ta koreliral s potekom odpovedi organov?

V raziskavi smo čas do hemodinamske stabilizacije izrazili kot hitrost upada laktata in kot hitrost upada porabe vazopresorjev. Opazovali smo statistično značilno hitrejši upad laktata v interventni skupini, prav tako je v interventni skupini hitreje upadala poraba vazopresorjev; v prvih 24 urah je bila razlika statistično pomembna, v do 72-urnem obdobju pa ne več. Odpoved organov smo spremljali s seštevkom točk po pokazatelju SOFA, ki se je v interventni skupini do 72 ur zmanjšal za tri točke, v kontrolni skupini pa se njegova vrednost ni spremenila. Ta razlika je bila statistično značilna.

Kako se vaši rezultati navezujejo na obstoječe dokaze o vazopresinu, angiotenzinu II in metilenskem modrilu – in ali podpirajo revizijo aktualnih smernic Surviving Sepsis Campaign?



Žiga Kalamar se je rodil leta 1994 v Rakičanu. Po zaključeni Gimnaziji Murska Sobota je študiral medicino na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer je diplomiral leta 2019. Po opravljenem pripravništvu in strokovnem izpitu se je zaposlil v UKC Maribor, kjer je najprej delal kot sobni zdravnik na Oddelku za intenzivno interno medicino. Nato je začel s specializacijo iz splošne interne medicine, trenutno pa opravlja specializacijo iz kardiologije in vaskularne medicine. Raziskovalno ga zanimajo mehanizmi šokovnih stanj, zlasti vazoplegije in razkorak med sistemsko hemodinamiko ter mikrocirkulacijo, pa tudi razvoj terapevtskih strategij, ki temeljijo na razumevanju in integraciji teh procesov.

Metilenskega modrila nismo uporabljali, prav tako je bilo ob pripravah na raziskavo TRICYCLE glede uporabe metilenskega modrila manj podatkov kot za noradrenalin, vazopresin ali angiotenzin II, uporabo metilenskega modrila pa bi težko utemeljili izven reševalnega zdravljenja tudi zaradi nedostopnosti ustreznega pripravka. Rezultati raziskave TRICYCLE so skladni z naknadnimi analizami raziskav VASST (Russell JA, et al. N Engl J Med, 2008) in ATHOS-3 (Wieruszewski PM, et al. Crit Care, 2023), v katerih so ugotavljali, da je uvedba drugega vazopresorja pri nižjem odmerku noradrenalina povezana z boljšim preživetjem. V naknadnih analizah obeh omenjenih raziskav so ugotavljali, da je uvedba vazopresina (VASST) oziroma angiotenzina II (ATHOS-3) pri odmerku noradrenalina, ki je nižji od približno 0,2 mcg/kg/min, povezana z boljšim preživetjem, pri čemer osnovni raziskavi na celotnih kohortah nista pokazali boljšega preživetja. Aktualne smernice SSC iz leta 2026 se osredotočajo predvsem na podatke o preživetju in zato predlagajo začetek vazopresornega zdravljenja z noradrenalinom, uvedbo vazopresina pri odmerku noradrenalina okoli 0,3 mcg/kg/min, kot tretji vazopresor pa predlagajo adrenalin (zelo nizka stopnja dokazov). Izbira je utemeljena na dostopnosti in hkratnem inotropnem učinku adrenalina. Upamo, da bodo rezultati raziskave TRICYCLE vplivali na prihodnje smernice.

Kakšna je bila 28-dnevna smrtnost v obeh skupinah ter kako so se primerjali dnevi brez intenzivne enote in dnevi brez vazopresorjev kot kazalniki kliničnega okrevanja?

28-dnevna smrtnost je bila v multimodalni skupini 36,8 %, v kontrolni pa 46,3 %. Razlika je bila numerično v korist multimodalnega zdravljenja, vendar statistično ni bila značilna. Tudi umrljivost na oddelkih za intenzivno medicino je bila numerično nižja – 26,3 % proti 41,5 % – vendar tudi ta razlika ni dosegla statistične značilnosti. Nismo spremljali dni brez intenzivne enote in dni brez vazopresorjev; namesto tega smo merili podatke o preživetju in o dinamiki upada porabe vazopresorjev.

Kakšen je bil vir in vzrok okužbe ter protimikrobna terapija pri preiskovancih v obeh skupinah?

V obeh skupinah so bile najpogostejše okužbe dihal, in sicer pri 23 bolnikih (60,5 %) v interventni ter pri 24 bolnikih (58,5 %) v kontrolni skupini. Okužbe sečil so bile prisotne pri enem bolniku (2,6 %) v interventni in pri sedmih bolnikih (17,1 %) v kontrolni skupini. Okužbe prebavil smo zabeležili pri osmih bolnikih (21,1 %) v interventni ter pri šestih bolnikih (14,6 %) v kontrolni skupini. Okužbe kože in mehkih tkiv so bile prisotne pri štirih bolnikih (10,5 %) v interventni in pri treh bolnikih (7,3 %) v kontrolni skupini. Druge vrste okužb so bile zabeležene pri dveh bolnikih (5,3 %) v interventni skupini ter pri enem bolniku (2,4 %) v kontrolni skupini.

Povzročiteljev nismo beležili v končno študijsko zbirko podatkov, niti nismo beležili izbranega izkustvenega antibiotičnega zdravljenja, saj je šlo prvenstveno za študijo vazoplegije, izbira antibiotikov pa je bila v skladu s trenutnimi priporočili.

Katere so ključne omejitve raziskave in kaj morajo kliniki upoštevati pri prenosu rezultatov v prakso?

Omejitev raziskave je več. Prva je število bolnikov. V raziskavo smo vključili 79 bolnikov, zato raziskava ni imela dovolj statistične moči za ocenjevanje smrtnosti ali drugih kliničnih izidov. Pri tem je treba upoštevati, da doslej nobena raziskava ni preverjala uspešnosti zgodnjega multimodalnega zdravljenja, prav tako pa tudi nobena od doslej testiranih kombinacij vazopresorjev (večinoma noradrenalin in vazopresin ter noradrenalin in angiotenzin II) ni prispevala k boljšemu preživetju, zato preizkušanje uspešnosti zgodnjega multimodalnega pristopa na večjem vzorcu pred izvedbo raziskave na manjšem vzorcu, kot je TRICYCLE, ne bi bila sprejemljivo. S tem je povezana druga omejitev, in sicer, da je bil primarni cilj laboratorijski oziroma fiziološki pokazatelj – renin – in ne klinični izid, kot sta preživetje ali npr. potreba po nadomestnem ledvičnem zdravljenju.

Tretja omejitev je, da je šlo za enojno slepo raziskavo. V kliničnih ekipah so vedeli, v kateri skupini je bolnik, kar bi lahko vplivalo na potek zdravljenja. Dvojno slepo preizkušanje zgodnjega multimodalnega pristopa je sicer izjemno težko izvedljivo zaradi potrebe po treh črpalkah in titriranja vseh treh vazopresorjev v interventni skupini. Pomembna omejitev je tudi izbira populacije. Vključili smo bolnike v septičnem šoku, ki so že potrebovali najmanj 0,15 mcg/kg/min noradrenalina z ohranjeno srčno funkcijo in brez znakov za krvavitev, in ne splošne populacije bolnikov, ki prejemajo vazopresorje.

Nazadnje, raziskava je bila zasnovana kot testiranje multimodalnega pristopa in ne obravnava vprašanja, kateri vazopresor ali kombinacija vazopresorjev je najbolj primerna za vsakega posameznega bolnika. Za takšno zasnovo smo se odločili, ker zaenkrat ne obstajajo splošno sprejeti in dostopni načini, kako opredeliti odzivnost na vsak posamezen vazopresor.

Ali na osnovi objavljenih rezultatov že načrtujete ali izvajate kakšno novo raziskavo?

Logičen naslednji korak bi bila raziskava s primarnim ciljem izboljšanja preživetja. Izvedba takšne raziskave je glede na potrebno število bolnikov (okoli 500–800) izjemno zapletena in možna samo v sklopu bistveno razširjenega mednarodnega sodelovanja. Trenutno se najbolj nagibamo k zasnovi raziskave, pri kateri bi bil primarni cilj hierarhični kompozit klinično pomembnih izidov, kot so smrtnost, potreba po ledvičnem nadomestnem zdravljenju in poraba vazopresorjev. Tak pristop bi omogočil potencialno zmanjšanje potrebnega števila vključenih bolnikov ob ohranitvi ustrezne statistične moči in metodološke robustnosti. Pri zdravljenju z vazopresorji sicer ostajajo še številna odprta vprašanja (npr. opredelitev skupin bolnikov, ki imajo večjo korist od določenega vazopresorja, opredelitev odzivnosti na posamezne vazopresorje, možnost individualizacije vazopresornega zdravljenja ipd). Upamo, da bo na nekatera od teh vprašanj odgovorila raziskava TENSINTEST (NCT06539234), ki trenutno poteka na osmih slovenskih oddelkih za intenzivno medicino.

Vir

Kalamar Ž, Landoni G, Gorenjak M, Cestar I, Fluher J, Horvat M, Jerenec K, Kit B, Marinšek M, Puklavec N, Svenšek F, Radonić R, Šundalić S, Brajković AV, Vujević A, Erjavc N, Petek D, Košir AS, Homšak E, Knehtl MC, Markota A. Early multimodal vasopressor strategy in septic shock: results of the TRICYCLE randomized controlled trial. Crit Care 2026 Sep 7;30(1):508. doi: 10.1186/s13054-026-06323-z. PMID: 42827265; PMCID: PMC13633629.

Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med., UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, odgovorni urednik revije Isis

Iz dela zbornice

Za obdobje od 20. septembra do 20. oktobra 2026

»K nam prihajajo najtežji primeri in takrat igramo dr. Housa«

Ob svetovnem dnevu genetike smo obiskali Klinični inštitut za genomsko medicino, kjer se ukvarjajo tako z okvarami in težavami ploda, novorojenčkov, otrok in mladostnikov kot tudi odraslih in starostnikov. Genetske bolezni so namreč tako raznolike, da se lahko izrazijo v kateremkoli življenjskem obdobju. Prav uspešno postavljena diagnoza, na katero je pacient čakal leta ali desetletja, prinaša ekipi, ki je v zadnjih letih odkrila več novih genov in s tem prispevala k učinkovitejšemu zdravljenju bolezni, posebno zadovoljstvo. Danes z enim samim testom preberejo zapis celotnega genoma in z vsakim pacientom lahko odkrijejo nekaj povsem novega, pravijo z navdušenjem.



Film: NMP – nekoč, danes, jutri

Zdravniška zbornica Slovenije iskreno čestita mag. Mitji Mohorju, dr. med., in Mihi Kovaču, dr. med., za film NMP – nekoč, danes, jutri. Z veliko vloženega truda in preštevilnimi urami, ki sta jih posvetila pripravi scenarija, snemanju intervjujev in montaži, sta pomembno prispevala k ovekovečenju zgodovine nujne



medicinske pomoči v Sloveniji. Zahvaljujemo se vsem, ki so v filmu sodelovali ter s svojimi iskrenimi pripovedmi, spomini in izkušnjami pomagali soustvariti dragocen zapis o razvoju NMP.

»Upam, da bomo vsaj pri kom prižgali iskro in branje vrnili v domove«

Zaradi vse večje zatopljenosti otrok v zaslone in vidnih zaostankov pri govornem in čustvenem razvoju ter motenj pozornosti je nastala nacionalna akcija Branje na recept. Triletniki bodo pri sistematskem pregledu prejeli brezplačen izvod Cicidoja, starši pa letak z razlago, zakaj je pomembno, da berejo skupaj z otrokom. »Če je pet do deset minut vsak dan v letu in več let, se res pozna, to je naložba v njihov razvoj, v njihovo zdravje,«



pravi pediater Denis Baš, dr. med., in predsednik Sekcije za primarno pediatrijo pri SZD, ki je bila eden od pobudnikov akcije.

Ali želimo v Mariboru sodobno urgentno medicino?

(Pismo zdravnikov specialistov Urgentnega centra Maribor)

Ob odstopu predstojnika Urgentnega centra Maribor, doc. dr. Gregorja Prosena, dr. med., so specialisti Urgentnega centra Maribor pripravili in podpisali javno pismo. Z njim želijo kolegom in širši javnosti predstaviti razmere, v katerih delujejo, ter okoliščine, ki so po njihovem mnenju pomembne za razumevanje aktualnega dogajanja.

12-urni Maraton oživljanja

Na svetovni dan oživljanja, 16. oktobra, so študenti medicine organizirali Maraton oživljanja 2026, na katerem so dvanajst ur neprekinjeno izvajali temeljne postopke oživljanja ter zbirali sredstva za nakup kompletov lutk za učenje oživljanja v osnovnih šolah. Cilj projekta je bil čim več ljudi opremiti z znanjem, ki lahko v prvih minutah po srčnem zastoju odloča o življenju in smrti. Njihova prizadevanja je podprla tudi Zdravniška zbornica, ki je poleg donacije študentom organizirala novinarsko konferenco in pomagala pri promociji projekta. Dogodka se je udeležil poslanec zbornice in namestnik predstojnika Urgentnega centra UKC Maribor Andrej Hohnec, dr. med., spec. urg. med.



Teden odprtih vrat zobozdravstvenih ambulant

Več kot 60 zobozdravnikov in zobozdravnic je med 5. in 9. oktobrom odprlo vrata svojih ambulant ter pacientom ponudilo več kot 450 brezplačnih terminov za posvete oziroma preglede. Četrta vseslovenska akcija je zaradi dobrega odziva v preteklih letih prvič potekala ves teden. Namenjena je bila predvsem tistim, ki nimajo izbranega zobozdravnika ali ga že dolgo niso obiskali, pa tudi vsem, ki so želeli strokovni nasvet o svojem ustnem zdravju in možnostih nadaljnje obravnave. Pred začetkom akcije smo na Zdravniški zbornici organizirali novinarsko konferenco, na kateri so sodelovali vodja akcije Krunoslav Pavlović, dr. dent. med., Saša Obermajer, dr. dent. med., spec. stomatološke protetike, in Barbara Škrlj, dr. dent. med., predsednica Odbora za zobozdravstvo in podpredsednica Zdravniške zbornice Slovenije. Namen akcije je spodbuditi prvi stik z zobozdravnikom, ponuditi nasvet in poudariti pomen preventive. Ob tej priložnosti smo posneli tudi več sodelujočih zobozdravnikov in pripravili reportažo o Tednu odprtih vrat zobozdravstvenih ambulant.



»Ljudje, ki imajo neko predstavo, kako se spodobi biti star, imajo krajše življenjsko obdobje«

Maja Klarendić, dr. med., iz Združenja nevrologov Slovenije se je ob mednarodnem dnevu starejših pogovarjala s strokovnjaki o tem, zakaj se ljudje staramo tako različno. »Nekdo pri 70. letu lahko teče maraton in piše pesmi, njegov sošolec iz gimnazije pa je v domu za starejše z globoko demenco,« pravi prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med., z Nevrološke klinike UKC Ljubljana. Kako smo videti in kako se počutimo, je odvisno od telesne aktivnosti, socialne mreže

in drugih dejavnikov, opominja prof. dr. Uroš Ahčan s Kirurške klinike UKC Ljubljana. Po besedah Maje Klarendić, dr. med., so se spraševali tudi, kako vzgojiti sebe in kako graditi družbo, v kateri bo nekoč lepo biti star.

Za nasilje v zdravstvu ni prostora

Ob mednarodnem dnevu nenasilja, ki ga obeležujemo 2. oktobra, smo na Zdravniški zbornici opozorili na nasilje, s katerim se pri svojem delu srečujejo zdravniki in drugi zdravstveni delavci ter sodelavci. V obdobju od leta 2019 do vključno 2026 je Zdravniška zbornica Slovenije preko spletnega obrazca prejela 152 prijav nasilnih dogodkov. Pri tem gre najverjetneje le za vrh ledene gore, saj se večina nasilnih dogodkov obravnava v zdravstvenih ustanovah, v katerih se zgodijo, in do prijave na zbornico sploh ne pride.

»To ni samo predpis morfija pred smrtjo«

Pred svetovnim dnevom paliativne in hospic oskrbe smo na Zdravniški zbornici Slovenije predstavili pomen pravočasne, celostne in dostopne oskrbe bolnikov z neozdravljivimi boleznimi ter aktivnosti Delovne skupine za promocijo simptomatskega in podpornega oziroma paliativnega zdravljenja pri Zdravniški zbornici Slovenije. Na novinarski konferenci so sodelovale predsednica zbornice prof. dr. Bojana Beović, dr. med., asist. dr. Maja Ebert Moltara, dr. med., vodja Oddelka za akutno paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu Ljubljana in predsednica Slovenskega združenja za paliativno in hospic oskrbo, doc. dr. Anamarija Meglič, dr. med., vodja Tima za paliativno oskrbo otrok na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana, ter Urška Končan, socialna delavka v Hiši Ljubhospic. Ob tej priložnosti smo pripravili tudi posnetke, v katerih smo predstavili delo timov paliativne oskrbe po Sloveniji ter njihovo vlogo pri podpori bolnikom in njihovim bližnjim.

»Umiranje, življenje, smrt in trpljenje se tičejo vseh nas in nihče temu ne uide«

Doc. dr. Gregor Prosen, dr. med., specialist družinske in urgentne medicine ter vodja delovne skupine za promocijo paliativnega zdravljenja pri Zdravniški zbornici, je opozoril, da se zaradi staranja prebivalstva na urgenci vse pogosteje srečujejo s krhkimi bolniki. Po njegovem mnenju ni pravično, da se o življenju in smrti začnemo pogovarjati šele na urgenci: »Obravnava neozdravljivo bolnih bi morala biti bolj celostna.«



Ko štejejo točke: od diplome do specializacije

Generalna sekretarka Zdravniške zbornice in vodja Oddelka za specializacije, Tina Šapec, univ. dipl. prav., ter vodja Oddelka za pripravništvo, sekundariat, licence in register zdravnikov, Barbara Galuf Zajc, univ. dipl. prav., sta na dogodku Ko štejejo točke,





ki je potekal 12. oktobra na Medicinski fakulteti, študentom višjih letnikov predstavili ključne informacije o obdobju med diplomo in specializacijo. Spregovorili sta o pripravništvu, strokovnem izpitu, razpisu in prijavi na specializacijo ter točkovanju pri izbiri kandidatov. Predavanji sta študentom ponudili dragocen vpogled v postopke, ki jih čakajo po zaključku študija, ter jim pomagali razjasniti številna vprašanja in dileme. Izvedbo in vsebino so zelo pohvalili in kot so povedali, so dobili veliko koristnih informacij.



Obisk Zdravniške zbornice Slovenije v ptujsko-ormoški regiji

Predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije so v okviru regijskih obiskov tokrat obiskali ptujsko-ormoško regijo. Z vodstvi in zdravniki Zdravstvenega doma Ptuj in Zdravstvenega doma Ormož, Splošne bolnišnice Ptuj in Psihiatrične bolnišnice Ormož so se pogovarjali o razmerah v zdravstvu, kadrovskih izzivih, potrebah prebivalstva ter možnostih za nadaljnji razvoj zdravstvene oskrbe v regiji.



V Ljubljani nastajajo prve mednarodne smernice za sindrom SATB2

Med 8. in 10. oktobrom je na Zdravniški zbornici Slovenije potekalo mednarodno srečanje, na katerem so strokovnjaki in starši iz Evrope, ZDA, Kanade, Brazilije, Avstralije in Savdske Arabije ter predstavniki vseh treh mednarodnih organizacij za sindrom SATB2 oblikovali prva mednarodna priporočila za klinično obravnavo oseb s tem redkim sindromom.

»Apeliram na vse starše, da zaščitijo dojenčke pred RSV.« Na voljo je novo zdravilo

Za zaščito novorojenčkov in dojenčkov, mlajših od šestih mesecev, je pred okužbo z RSV od oktobra na voljo imunizacija z dolgodelujočimi monoklonskimi protitelesi. Kot pravi pediater Denis Baš, dr. med., je zdravilo varno in učinkovito ščiti pred hudimi okužbami spodnjih dihal ter hospitalizacijami. Potreben je en odmerek, otroci ga lahko prejmejo že v porodnišnici ali kasneje na sistematskih pregledih pri pediatrih oziroma sočasno z obveznim cepljenjem.

»Lahko si še tako dober kirurg, ampak če imaš površno umite roke, izid zdravljenja ne bo dober«

Ob svetovnem dnevu umivanja rok, ki ga obeležujemo 15. oktobra, sta Mihael Majerič, dr. med., splošni



kirurg in predstojnik Kirurškega oddelka v Splošni bolnišnici Ptuj, ter Jurij Plaznik, dr. med., dermatovenerolog v ZD Ptuj, poudarila, kako pomembna je dosledna higiena rok – tako pri delu s pacienti in preprečevanju bolnišničnih okužb kot v domačem okolju, kjer lahko s tem osnovnim, povsem preprostim ukrepom med drugim preprečimo prehlade in črevesne okužbe.

Pojasnila o delu študentov medicine in pogojih za opravljanje zdravniške službe

Zdravniška zbornica Slovenije opozarja, da študenti medicine ne izpolnjujejo pogojev za samostojno opravljanje zdravniške službe.

V skladu z 10. členom Zakona o zdravniški službi (ZZdrS) lahko zdravniško službo samostojno opravljajo zdravniki, ki imajo ustrezno izobrazbo in strokovno usposobljenost oziroma kvalifikacijo, so vpisani v register zdravnikov ter imajo veljavno licenco. Licenca po tem zakonu pomeni dovoljenje za samostojno opravljanje zdravniške službe na določenem strokovnem področju. Zdravniku se licenca podeli po opravljeni specializaciji, za področje zobozdravstva pa po pripravništvu in uspešno opravljenem strokovnem izpitu.

Ker študentje medicine še niso zaključili študija in pridobili ustrezne poklicne kvalifikacije, teh pogojev ne izpolnjujejo. Študentje ne morejo samostojno opravljati zdravniške službe niti v omejenem obsegu, ki ga zakon sicer dopušča zdravnikom z osnovno licenco.

Osnovna licenca se podeli zdravniku, ki po opravljenem obveznem delu sekundariata uspešno opravi strokovni izpit, ter omogoča opravljanje zdravniške službe le v zakonsko omejenem obsegu, ki ga določa 10.a člen ZZdrS: zdravnik lahko opravlja dela s področja urgentne medicine, za katera je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine v okviru obveznega dela pripravništva, ter v skladu s tem predpisuje zdravila in medicinske pripomočke. Z navedenim so torej mišljena izključno tista dela oziroma tista znanja in veščine, ki jih je zdravnik pridobil in osvojil med opravljanjem obveznega dela sekundariata (šestmesečnega pripravništva).

Študentov medicine tudi ni mogoče enačiti z zdravniki sekundariji ali specializanti, za katere zakon posebej ureja režim opravljanja zdravniške službe v okviru strokovnega usposabljanja ter odgovornost mentorja.

Študent ne more prevzeti opravljanja zdravniške službe, zato tudi subjekt, ki ga morda angažira za takšno delo, ne more računati na to, da je s tem nanj prenesel odgovornost za opravljeno delo. Navedeno velja tudi v primeru, če je organizacija dela urejena tako, da je študentu zagotovljeno posvetovanje s specialistom oziroma njegov strokovni nadzor. Veljavni predpisi s tega področja namreč ne urejajo pravnega okvira za takšno obliko dela osebe brez veljavne licence, zlasti ne vprašanj pristojnosti in odgovornosti posameznih udeležencev. Sama možnost posvetovanja ali zagotovitev strokovnega nadzora tako ne predstavlja pravne podlage za opravljanje zdravniške službe, če oseba sicer ne izpolnjuje zakonskih pogojev za njeno samostojno opravljanje. Pri tem lahko študent, kot vsaka druga oseba, za svoje ravnanje odgovarja tudi po splošnih kazenskih predpisih, če so za to izpolnjeni zakonski pogoji.

Podjetja in druge organizacije pozivamo, naj pri vključevanju študentov medicine v delo upoštevajo njihov status in zakonske omejitve ter jim ne nalagajo nalog, za katere še nimajo ustreznih kvalifikacij in pooblastil. Zagotovijo naj, da študenti ne bodo postavljeni v položaj, v katerem bi morali prevzemati pristojnosti in odgovornosti zdravnika ter se s tem izpostavljati pravnim in strokovnim tveganjem.

Tara Tanita Šorli, mag. prav.

Revmatologov je vse manj, potrebe bolnikov pa naraščajo

Posnetek pogovora si lahko ogledate na tej povezavi.

Napredek pri zdravljenju revmatskih bolezni bolnikom omogoča kakovostnejše življenje, vendar dostopnost obravnave vse bolj ogroža pomanjkanje specialistov revmatologije. V petih letih se je njihovo število v Sloveniji zmanjšalo s 43 na 30, zanimanje mladih zdravnikov za specializacijo pa ostaja nizko. Svetovni dan revmatskih bolezni, ki ga zaznamujemo 12. oktobra, je bil zato tudi priložnost za opozorilo, da je treba poleg razvoja novih možnosti zdravljenja zagotoviti dovolj strokovnjakov, ki bodo bolnike zdravili. Za pravočasno in kakovostno obravnavo bo treba pritegniti več novih specializantov in ustvariti pogoje, v katerih bodo že usposobljeni revmatologi želeli ostati v stroki.

Število specialistov se je v petih letih zmanjšalo za skoraj tretjino

Po podatkih evidence članstva Zdravniške zbornice Slovenije je bilo 1. avgusta 2021 aktivnih 43 specialistov revmatologije, 1. avgusta 2026 pa je bilo aktivnih 36 zdravnikov s področja revmatologije: 30 specialistov in šest specializantov. Število specialistov se je tako v petih letih zmanjšalo za skoraj 30 odstotkov. Trideset specialistov pomeni približno dva revmatologa na 100.000 odraslih prebivalcev, kar je občutno manj od potreb. Za postopno približevanje evropskim standardom bi Slovenija potrebovala približno 50 do 60 aktivnih revmatologov. Ob tem samo število zdravnikov ne pokaže njihove dejanske razpoložljivosti za delo z bolniki. Na obseg kliničnega dela vplivajo krajši delovni časi, odsotnosti, dežurstva ter pedagoške in raziskovalne obveznosti.



Na 11 razpisanih mestih le trije novi specializanti

Skrb vzbujajoče je tudi nizko zanimanje mladih zdravnikov za revmatologijo. Na petih javnih razpisih v zadnjih treh letih je bilo razpisanih skupno 11 specializantskih mest, zapolnjena pa so bila le tri. V zadnjih desetih letih je bilo poleg tega, na željo specializantov, trajno prekinjenih sedem specializacij. Specializacija iz revmatologije traja šest let in zahteva široko internistično znanje ter poglobljeno poznavanje imunologije, slikovne diagnostike, ultrazvoka, sodobnega imunomodulatornega zdravljenja in redkih sistemskih bolezni. Gre za strokovno izjemno dinamično področje, ki se hitro razvija, vendar strokovna zanimivost sama po sebi ni dovolj, če delovno okolje mladim zdravnikom ne ponuja ustreznih pogojev in dolgoročne perspektive. Med razlogi za odhode iz stroke oziroma manjše zanimanje zanjo se omenjajo velike delovne in administrativne obremenitve, dežurstva in delo zunaj ožje specialnosti, razmerje med odgovornostjo in plačilom ter premajhen vpliv zdravnikov na organizacijo lastnega dela.

Potrebujemo najmanj 20 do 25 novih revmatologov

Če želimo v prihodnjih letih izboljšati dostopnost revmatološke obravnave, zgolj nadomeščanje specialistov, ki se upokojujejo ali odhajajo, ne bo zadostovalo. V naslednjih petih letih bi bilo treba usposobiti in v stroki zadržati najmanj 20 do 25 novih revmatologov, ob nadaljnjih odhodih in upokojitvah pa verjetno še več.

Zdravniška zbornica se je zato vključila v pogovore z Ministrstvom za zdravje in pripravlja aktivnosti za promocijo specializacije med mladimi zdravniki. Med možnimi ukrepi predlaga tudi finančne spodbude za nove specializante revmatologije po vzoru družinske in urgentne medicine ter sistematično načrtovanje specializacij z razpisom najmanj štirih mest letno. Pomemben del rešitve je tudi boljša organizacija dela. Z vzpostavitvijo centralne triaže napotnic, jasnejšo regijsko obravnavo bolnikov, digitalno podporo triaži in posodobitvijo smernic za napotovanje bi lahko bolje izkoristili obstoječe kadrovske zmogljivosti, razbremenili terciarne centre in skrajšali čakalne dobe.

V rubriki Obrazi zdravništva tokrat predstavljamo delo Kliničnega oddelka za revmatologijo UKC Ljubljana in osebne zgodbe bolnikov, ki jim je sodobno zdravljenje spremenilo življenje. Posnetek si lahko ogledate s skeniranjem kode QR.

Zdravniške zgodbe

Zdravniki v kolesarstvu: »Za zdravje športnikov se borimo tudi takrat, ko se ne bori nihče drug«

Podkaste si lahko pogledate s fotografiranjem QR-kode

Oddelek za odnose z javnostmi

Profesionalno kolesarstvo je svet številk in vatov, premišljenih prehranskih strategij, skrbno načrtovane regeneracije ter nenehnega premikanja meja zmogljivosti. Pomembno vlogo pri tem ima medicinska ekipa, ki mora za vsemi temi podatki videti in razumeti človeka. Njeno delo obsega oskrbo ran in poškodb, zdravljenje prehladnih obolenj, spremljanje poškodovanega kolesarja v bolnišnico ter prepoznavanje znakov izčrpanosti. Predvsem pa mora znati postaviti mejo, ko želja po rezultatu začne ogrožati športnikovo zdravje. O vlogi zdravnika v profesionalnem kolesarstvu, pomenu prehrane in varnosti ter spoznanjih iz vrhunskega športa, ki lahko koristijo tudi rekreativcem, so se v podkastu Zdravniške zgodbe pogovarjali prof. dr. Marjan Koršič, dr. med. (MK), specialist nevrokirurgije, zdravnik ene vodilnih svetovnih profesionalnih kolesarskih ekip in nekdanji reprezentančni zdravnik, izr. prof. Bojan Knap, dr. med. (BK), specialist interne medicine in svetovalec vrhunskim ter rekreativnim športnikom, Krištof Knap, dr. med. (KK), specializant kardiologije in vaskularne medicine ter uradni zdravnik slovenske kolesarske reprezentance, in Gašper Horvat, dr. med. (GH), specialist abdominalne kirurgije in predsednik Slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus.

GH: Marjan, kako ste kot nevrokirurg sploh prišli v profesionalno kolesarstvo?

MK: Kolesarstvo mi je bilo že od nekdaj všeč. Moje prvo kolo je bilo Bianchi, prav tako očetovo, in že kot mlad sem veliko kolesaril. Ena mojih daljših tur je bila denimo od Nove Gorice do Budimpešte. Pozneje se je ustanavljal nov profesionalni kolesarski klub in iskali so ljudi, okoli katerih bi lahko zgradili zdravstveni del ekipe. Bil sem v obdobju, ko sem to časovno in strokovno lahko prevzel, in tako sem že približno deset let del ekipe. V tem času je bilo veliko lepih trenutkov, pa tudi zahtevnih preizkušenj: od oskrbe poškodb hrbtenice in imobilizacij do nočnih voženj v bolnišnice ter celo oživljanja navijačev. Ko si zdravnik ekipe, moraš biti ves čas na razpolago.



GH: Krištof (KK), kot uradni zdravnik slovenske kolesarske reprezentance si kolesarje spremljal tudi na nedavnem evropskem prvenstvu v Sloveniji. Kako poteka tvoj običajen dan na velikih tekmovanjih?

KK: Kolesarje vidiš, ko še niso povsem prebujeni, preden jih prevzame adrenalin tekmovalnega dne. Takrat zelo hitro oceniš, kako utrujeni so, kakšno je njihovo razpoloženje in hidratacija. Stehtaš jih, poznaš njihovo običajno telesno maso in ko si z njimi dovolj časa, že po načinu, kako vstopijo v sobo, vidiš marsikaj.

Potem jih spremljaš na zajtrku. Sam se veliko ukvarjam tudi s športno






prehrano, čeprav imamo v ekipi nutricionista. Pred startom smo zdravniki na avtobusu skupaj s kolesarji in smo med redkimi člani ekipe, ki imajo ves čas neposreden stik z njimi. Če je nekdo dan prej padel, pogledaš rane, jih ponovno oskrbiš, pokličeš fizioterapevta, če ga potrebuje, in presodiš, ali potrebuje protibolečinsko terapijo. Avtobus je pravzaprav naša potujoča ambulanta. Med dirko si ves čas nekje blizu kolesarjev. Ob poti jih prestrežeš, da dobijo pijačo in hrano, nato pa moraš kolesarje prehiteti in jih počakati v cilju. Tam si na voljo ob dopinški kontroli. Med tekmo si pogosto v spremljevalnem vozilu ob športnem direktorju. Če med dirko kdo pade in ga odpeljejo v bolnišnico, moraš presoditi, ali greš takoj za njim ali lahko ostaneš do konca dirke in si tam za ostale kolesarje.

GH: Bojan (BK), sin Krištof (KK) je šel po tvojih stopinjah tako v interni veji medicine kot tudi glede športne medicine. To pa je ponos za očeta.

Ja, seveda, vsa družina je malo obsedena s športom, ki je del našega vsakdana. Krištof je odraščal v tem okolju in pozneje imel tudi nadpovprečno atletsko kariero. Doma smo se vedno veliko pogovarjali o športu, sploh midva. Za ravnotežje pa imamo v družini še filozofinjo in slikarko, da se vse ne vrti samo okoli športa. Sam se kot nefrolog ukvarjam predvsem z odpovedjo ledvic, Krištof pa se je usmeril v kardiologijo. V mladosti sem bil predvsem tekač, do tridesetega leta sem tekel tudi maratone. Pozneje sem se udeleževal športnih prireditev za zdravnike, ki so bile tudi lepa priložnost za druženje. V kolesarstvo sem prišel po naključju: kot mlad zdravnik sem vsak dan tekel mimo domačega kolesarskega kluba, kjer so me povabili k sodelovanju. Z njimi sem že več kot trideset let.

GH: Kolesarstvo je v zadnjih letih izjemno napredovalo, hkrati pa še vedno spremljamo zelo hude padce. Je varnost sledila napredku zmogljivosti?

BK: Mislim, da ne povsem. Hitrosti so izjemne, zlasti pri spustih, kjer je bilo v zadnjih letih žal tudi več smrtnih nesreč. Smiselno bi bilo razmišljati tudi o ukrepih, ki bi omejevali tveganje na najbolj nevarnih odsekih.

KK: Posebna težava je, da kolesar pride na vrh vzpona maksimalno obremenjen, nato pa mora skoraj v naslednjem trenutku z veliko hitrostjo tehnično brezhibno odpeljati spust. Utrujenost, presnovna obremenitev in izčrpanost zagotovo vplivajo tudi na odločanje in reakcijski čas. Profesionalci so za to izjemno dobro natrenirani, toda človeška fiziologija ima vseeno svoje meje.

MK: In ko gre za poškodbo glave, mora biti zdravnik zelo jasen. Če se človek po padcu opoteka ali kaže znake poškodbe možganov, ne more nadaljevati samo zato, ker je dirka pomembna. Tu ni kompromisa.

GH: Kaj je najbolj odgovoren del zdravnikovega dela v vrhunskem športu? Kdo ima zadnjo besedo, športni direktor ali zdravnik?

KK: Velikokrat slišim komentar ljudi, ki niso v športni medicini: »Kaj pa pravzaprav delate? Zdravite prehlade?« Toda glavni, najbolj stresen in odgovoren del te službe je, da se boriš za zdravje športnika tudi takrat, ko se zanj ne bori nihče drug. Kritično moraš razmišljati tudi takrat, ko to ni prijetno, ko greš proti razmišljanju večine in si zaradi tega morda nekoliko nepriljubljen.

MK: Zdravnik mora včasih postaviti mejo. Športni direktor želi rezultat, sponzor želi rezultat, športnik si želi nastopiti. Zdravnik pa mora gledati še nekaj drugega: kaj bo s tem človekom čez pet ali deset let.

GH: V zadnjih letih se je ogromno spremenilo tudi na področju športne prehrane.

KK: Zanimivo je pogledati, kako se je odnos do ogljikovih hidratov obrnil skoraj za 180 stopinj. Pred leti so nekateri kolesarji zaradi pomanjkanja vnosa ogljikovih hidratov na pripravah celo skrivaj jedli sladkarije, danes pa vemo, da tako preprosto ne gre.

BK: Danes med dolgimi in intenzivnimi obremenitvami govorimo o zelo velikem vnosu ogljikovih hidratov, pri profesionalcih lahko tudi 120 gramov ali več na uro. Ugotovili smo, da niso pomembni samo kot vir energije. Zadosten energijski vnos vpliva tudi na imunski sistem, stresni odziv in regeneracijo.

GH: Kaj bi iz sveta profesionalnega kolesarstva svetovali rekreativcem?

KK: Predvsem to, da profesionalnega treninga ne poskušamo stlačiti v življenje, ki je že samo po sebi zelo obremenjujoče. Po težkem dežurstvu

ali zelo napornem delovnem dnevu ni smiselno opraviti še maksimalno intenzivnega treninga samo zato, ker je tako zapisano v načrtu. Takrat je lahko umirjena vadba v coni dve veliko boljša izbira. Pomembna je tudi hidracija. Težava je lahko že to, da rekreativec trening začne dehidriran. V dveh urah kolesarjenja lahko porabimo zelo veliko dodatne energije, zato ni dovolj razmišljati samo o tem, kaj bomo pojedli med vožnjo. Pomembno je tudi, kako smo jedli in pili pred vadbo.

BK: Če tri ure kolesariš, moraš tisti dan jesti drugače kot na dan, ko osem ur sediš v službi. Naše prehranske navade so pogosto precej toge, telesna dejavnost pa ni. Zato bi morali količino hrane, še posebej ogljikovih hidratov, prilagajati temu, koliko se gibamo.

MK: Čelada, čelada in še enkrat čelada. Bil sem med prvimi, ki smo pri nas vozili s tistimi velikimi čeladami iz stiropora, ko so se nam drugi še smejali. Čelada je narejena tako, da se ob udarcu deformira in s tem prevzame energijo. Raje uničena čelada kot poškodovani možgani.

KK: In še nekaj zelo pomembnega: ne trenirajmo in ne tekmujmo bolni. Posebej previdni moramo biti po vročini in okužbah. Rekreativci imamo privilegij, da se s športom ukvarjamo zaradi zdravja. Navsezadnje nimamo profesionalne pogodbe in nam na kolesu ni treba nikomur ničesar dokazovati. Smisel športa je, da z njim izboljšujemo zdravje, ne pa da ga zaradi rezultata ogrožamo.

BK: To je verjetno tudi najpomembnejše sporočilo. Gibanje je zdravilo, vendar morata biti odmerek in intenzivnost prilagojena človeku.

Oglejte si celotno epizodo podkasta Zdravniške zgodbe, v kateri zdravniki predstavijo svoje delo v profesionalnem športu in delijo nasvete za rekreativce. Je za učinkovit trening res treba vsakič dati vse od sebe? Kako prehrano prilagoditi vadbi? In kako poskrbeti, da s športom zdravje krepimo in ne ogrožamo?

Slovesna podelitev licenčnih listin in potrdil o opravljenem specialističnem izpitu

V torek, 20. oktobra, je Modra dvorana Zdravniške zbornice Slovenije znova zaživela v slovesnem in prijetnem vzdušju. Na podelitvi je licenčne listine in potrdila o opravljenem specialističnem izpitu prejelo 67 prejemnikov – 57 doktorjev medicine in 10 doktorjev dentalne medicine. Dogodek je z glasbenim programom obogatil orkester Camerata Medica pod vodstvom dirigenta Matije Krečiča. Prireditev je povezovala Adelisa Živic, dr. med., specializantka urgentne medicine.



Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije

Zdravniška zbornica Slovenije z dnem 29. 10. 2026 objavlja Javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za naslednje specialistično področje:

– **medicina dela, prometa in športa**

Na javni poziv za imenovanje koordinatorja specializacije za zgoraj navedeno specialistično področje se, skladno z določili Pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 674/26; v nadaljevanju: pravilnik), lahko prijavijo kandidati, ki:

– so imenovani za glavnega mentorja,
– so zaposleni v pooblaščeni ustanovi, kjer se izvaja specializacija, za katero kandidirajo, in
– so priznani strokovnjaki na svojem strokovnem področju.

Četrti odstavek 27. člena pravilnika določa, da mandat koordinatorjev specializacij traja štiri leta, z možnostjo enkratnega ponovnega imenovanja, če so kazalniki kakovosti izvajanja specializacije ustrezni. Naloge koordinatorjev so določene v pravilniku.

Kandidati morajo vlogi priložiti:

– svoj življenjepis in
– predlog oziroma vizijo usposabljanja za specializacijo, za katero kandidirajo.

Pisne vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na e-naslov Zdravniške zbornice Slovenije: gp.zzs@zzs-mcs.si, do vključno 26. novembra 2026 (rok za oddajo vlog)**, pri čemer naj se zadeva elektronskega sporočila glasi: »JAVNI POZIV ZA IMENOVANJE KOORDINATORJA«.** Vloga je pravočasna, če prispe na prej navedeni elektronski naslov najpozneje zadnji dan razpisnega roka (do vključno 26. novembra 2026 do 23.59).

Izbor med prijavljenimi kandidati, ki bodo izpolnjevali pogoje, bo opravila komisija, ki jo sestavljajo predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica Zdravniške zbornice Slovenije.

Postopek imenovanja nacionalnih koordinatorjev

Izvršilni odbor je na svoji 23. in 56. seji sprejel sklep, po katerem postopek izbire kandidatov poteka na naslednji način: »Ob poteku mandata nacionalnih koordinatorjev ZZS pripravi poziv za imenovanje novih koordinatorjev, dosedanje koordinatorje pa se s pozivom opozori na potek mandata ter se jih povabi k ponovnemu sodelovanju.« Sprejet je bil naslednji postopek imenovanja koordinatorjev:

1. Ob izteku mandata koordinatorja, njegovem odstopu, razrešitvi, upokojitvi ali uvedbi nove specializacije se na spletni strani zbornice objavi javni razpis za imenovanje koordinatorja za posamezno specialistično področje. V njem se navedejo pogoji, ki jih morajo kandidati izpolnjevati. Kandidati morajo vlogi priložiti svoj življenjepis in obrazložen predlog/vizijo razvoja specializacije.*
2. Izbor med prijavljenimi kandidati (po posvetu s Komisijo za podiplomsko usposabljanje in Svetom za izobraževanje zdravnikov) opravijo predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje in predsednica zbornice.
3. Za namestnika koordinatorja se razpis ne objavi; izmed kandidatov, ki izpolnjujejo pogoje, si ga izbere koordinator sam.

---

* Če v prvem krogu poziva za imenovanje nacionalnega koordinatorja ni nobenega kandidata, se zdravnike, ki izpolnjujejo pogoje za imenovanje na funkcijo nacionalnega koordinatorja za določeno specialnost, pozove, da lahko kandidirajo.
Kandidate za koordinatorja opozarjamo, da morajo vsi koordinatorji **imeti opravljeno izobraževanje iz strukturiranih intervjujev**.
Če navedenega izobraževanja še niso opravili, ga bodo morali opraviti v najkrajšem možnem času.
Kandidate za koordinatorja seznanjamo še s sklepom Sveta za izobraževanje zdravnikov, sprejetim v letu 2018, na podlagi katerega se za **predstavnika UEMS, imenovanega s strani zbornice, obvezno imenuje nacionalnega koordinatorja, razen če obstajajo objektivni zadržki.**

Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Na seji Senata Medicinske fakultete Univerze v Mariboru 15. 6. 2026 so bili prvič izvoljeni v naziv

docentka/docent

dr. Luka Čavka, dr. med., za habilitacijsko področje onkologija in radioterapija
dr. Sonja Golob Jančič, dr. med., za habilitacijsko področje pediatrija
dr. Nika Aleksandra Kravos Tramšek, dr. med., za habilitacijsko področje interna medicina
dr. Andrea Margan, dr. med., za habilitacijsko področje javno zdravje
dr. Miodrag Žunić, dr. med., za habilitacijsko področje farmakologija s toksikologijo

Na seji Senata Univerze v Mariboru 23. 6. 2026 je bil izvoljen v naziv

redni profesor

dr. Tomaž Velnar, dr. med., za habilitacijsko področje kirurgija

Izvoljenim kolegom čestitamo in jim želimo uspešno nadaljnje delo.
Zdravniška zbornica Slovenije

Prejemniki zdravniških in zobozdravniških specialističnih licenc

V obdobju od 1. 7. do 30. 9. 2026

Jan Alatič, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina
Nastja Andrejašič, dr. med., pediatrija
Vigor Arva, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Eva Avsec, dr. med., klinična genetika
Maja Badovinac, dr. med., pnevmologija
Marija Batkoska, dr. med., ginekologija in porodništvo
Peter Benedičič, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina
Brigita Berčon Križman, dr. med., pediatrija
Nejc Breznik, dr. med., interna medicina
Kosta Cerović, dr. med., urologija
Tomaž Cvetko, dr. med., radiologija
Mitja Čižmek, dr. med., ortopedska kirurgija
Jože Dernovšek, dr. med., ortopedska kirurgija

Nastja Dogar, dr. med., družinska medicina
Tina Duh Alatič, dr. med., pediatrija
Ana Erman, dr. med., internistična onkologija
Sara Es, dr. med., transfuzijska medicina
Doc. dr. Andrej Fabjan, dr. med., intenzivna medicina
Tanja Fratina, dr. med., medicina dela, prometa in športa
Maja Goručan, dr. med., družinska medicina
Monika Gubenšek, dr. med., ginekologija in porodništvo
Nežka Harej, dr. med., radiologija
Jasmina Ilar Šturm, dr. med., družinska medicina
Teja Janeš Krivec, dr. med., abdominalna kirurgija
Tijana Jelaš, dr. med., družinska medicina
Arne Peter Jevnikar, dr. dent. med., parodontologija
Ljilja Jovanović, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Eva Jurman, dr. med., radiologija
Sanela Kapraljević, dr. med., intenzivna medicina
Maša Kitner, dr. med., medicina dela, prometa in športa
Ajda Kljajić, dr. med., ginekologija in porodništvo
Maša Koce, dr. med., pediatrija
Žan Kovačič, dr. med., radiologija
Špela Kozinc, dr. med., ginekologija in porodništvo
Jan Kramberger, dr. med., družinska medicina
Maja Krivec, dr. med., nuklearna medicina
Črt Langel, dr. med., radiologija
Manca Leben, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Ana Levstek Rajh, dr. med., pediatrija
Manca Ločičnik, dr. med., ginekologija in porodništvo
Ema Lopert, dr. med., interna medicina
Jernej Ludvig, parodontologija
Luka Medvešek, dr. med., revmatologija
Snežana Mejač, dr. med., družinska medicina
Maruša Mencinger, dr. med., radiologija
Danaja Metul, dr. med., urgentna medicina
Zala Milošev Grady, dr. med., urgentna medicina
Nina Mladenovič, dr. med., družinska medicina
Andrija Mojović, dr. med., ortopedska kirurgija
Severin Nemec Herkess, dr. med., javno zdravje
Aleksander Novaković, dr. med., klinična genetika
Barbara Ogorevc Vučković, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Nina Ogrizek Žumer, dr. med., družinska medicina
Jure Ozimek, dr. med., intenzivna medicina
Jernej Iztok Pilih, dr. med., nuklearna medicina
Vesna Pirnovar, dr. med., pediatrija
Danaja Plevel, dr. med., abdominalna kirurgija
Janja Pokeržnik, dr. med., družinska medicina
Anja Poljanšek Avsenak, dr. med., interna medicina
Anja Ponikvar Ležaić, dr. med., nefrologija
Sandra Prelog, dr. med., oftalmologija
Jasna Preskar, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Tine Prolič Kalinšek, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina
Gašper Razinger, dr. med., interna medicina
Tjaša Rupnik, dr. med., intenzivna medicina
Jan Salmič, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Žan Skukan, dr. dent. med., čeljustna in zobna ortopedija
Sara Strajnar, dr. med., radiologija

Maša Strojnik, dr. med., urgentna medicina
Teo Sumić, dr. med., psihiatrija
Brina Šebez, dr. med., transfuzijska medicina
Armand Dominik Škapin, dr. med., ortopedska kirurgija
Ana Marija Španovič, dr. med., pediatrija
Nina Šulek Sisinger, dr. med., transfuzijska medicina
Ana Tacer, dr. med., družinska medicina
Petra Tomažič, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Maja Trampuš, dr. med., otroška in mladostniška psihiatrija
Katja Vezjak Šega, dr. med., klinična mikrobiologija
Tomas Vigali, dr. med., ginekologija in porodništvo
Barbara Viltužnik, dr. med., radiologija
Monika Vombergar, dr. med., urgentna medicina
Lea Vozel, dr. med., nuklearna medicina
Aleksandar Zafirovski, dr. med., radiologija
Petra Zaletelj, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Jerica Založnik Djordjević, dr. med., urgentna medicina
Ana Nyasha Zimani, dr. med., klinična genetika
Klara Zorko, dr. med., interna medicina
Jan Žagar, dr. med., onkologija z radioterapijo
Urška Žlajpah, dr. med., družinska medicina

Čestitamo!

Podeljene licence pa podlagi v tujini pridobljene poklicne kvalifikacije

V obdobju od 1. 7. do 30. 9. 2026

Ninoslav Arsić, interna medicina
Kliment Goshev, dentalna medicina
Sandra Jelisić - Skurić, družinska medicina
Jelena Kitanov, dentalna medicina
Bojan Koledin, torakalna kirurgija
Toni Komen, dentalna medicina
Marija Laban Lazović, interna medicina
Miroslav Mitrović, pediatrija
Vasyl Olianyshyn, dentalna medicina
Vesna Pacanoska, dentalna medicina
Nikola Serafimovski, dentalna medicina
Zlatko Skurić, splošna kirurgija
Uroš Švec, dentalna medicina
Jelena Torbica, anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina
Klara Vresk, dentalna medicina
Maja Žonja, urgentna medicina

Čestitamo!

Od polifarmakoterapije do klinične kompleksnosti: kdaj bolnika napotiti k farmacevtu svetovalcu?

Prepoznavanje težav, povezanih z zdravili, ter vloga strukturiranega farmakoterapijskega pregleda

Boštjan Martinc

Polifarmakoterapija ni sinonim za neustrezno zdravljenje; pri multimorbidnem bolniku je pogosto pričakovana posledica sodobne, z dokazi podprte medicine. Klinični problem nastane, ko se bolnikovo stanje, organska funkcija, funkcionalna rezerva, simptomi ali cilji zdravljenja spremenijo, terapevtski režim pa temu ne sledi. Takrat presoja posameznega zdravila ni več dovolj; potreben je strukturiran pregled celotne farmakoterapije, ki iz številnih možnih opozoril izlušči klinično pomembne, prioritetne in izvedljive ukrepe.

Ključna sporočila

- Polifarmakoterapija je znak klinične kompleksnosti, ne dokaz neustreznega predpisovanja.
- Nov simptom je lahko posledica bolezni, posameznega zdravila ali kumulativnega učinka celotnega režima.
- Farmakoterapijski pregled ni izpis interakcij, temveč individualizirana presoja indikacij, koristi, tveganja, odmerjanja, izvedljivosti in spremljanja.
- Farmacevt svetovalec podpira zdravnikovo odločanje; končne terapevtske odločitve ostajajo pri lečečem zdravniku.

Polifarmakoterapija je znak klinične kompleksnosti, ne diagnoza

Bolnik s srčnim popuščanjem, atrijsko fibrilacijo, sladkorno boleznijo tipa 2, kronično ledvično boleznijo, arterijsko hipertenzijo in kronično bolečino lahko že ob doslednem upoštevanju smernic prejema več sočasnih zdravil. Zato kakovosti predpisovanja ni mogoče ocenjevati zgolj s štetjem učinkovin. Polifarmakoterapija sama po sebi ne pomeni neustreznega zdravljenja; je pa znak, da je treba sistematično presoditi medsebojne učinke, dejansko uporabo zdravil in skupno terapevtsko breme.

Ključno je, ali je za vsako zdravilo še mogoče jasno opredeliti aktualno indikacijo, pričakovano korist, varnost, ustrezen odmerek in trajanje ter njegovo mesto v celotnem režimu. Zdravilo, ki je bilo ob uvedbi smiselno, lahko po poslabšanju ledvične funkcije, nastopu krhkosti, spremembi življenjske prognoze ali doseženem terapevtskem cilju zahteva ponovno presojo. Kompleksna farmakoterapija je dinamičen sistem: spreminjajo se bolnik, tveganja ter razmerje med koristjo in bremenom zdravljenja (1).

Ko se posamezno utemeljene odločitve seštejejo v klinični problem

Predstavljajmo si 78-letnega bolnika z obsežno večkomponentno farmakoterapijo, ki je po hospitalizaciji utrujen, ortostatsko omotičen in je dvakrat padel. Ledvična funkcija se je poslabšala, odpustni seznam zdravil se razlikuje od dejanske uporabe doma, terapijo pa je uvajalo več predpisovalcev. Vprašanje »Katero zdravilo je napačno?« je preozko. Nobeno posamezno

»Pri kompleksnem bolniku mora vprašanje, ali je simptom posledica farmakoterapije, postati enakovredno vprašanju, katera bolezen ga povzroča.«



Slika 1. Ko število zdravil preraste v klinično kompleksnost. Število učinkovin je vstopni signal. Klinično odločilna je interakcija celotnega režima z ranljivostjo, organsko funkcijo, terapevtsko arhitekturo ter izvedljivostjo in cilji konkretnega bolnika.

zdravilo morda ni očitno neustrezno, vendar lahko kombinacija antihipertenzivne, diuretične, sedativne in antiholinergične obremenitve, spremenjenega izločanja ter podvajanja učinkovin povzroči klinično pomemben kumulativni učinek.

Pri takem bolniku mora vprašanje »Ali je simptom lahko posledica farmakoterapije?« postati enakovredno vprašanju »Katera bolezen ga povzroča?«. Posebej pomembno je t. i. kaskadno predpisovanje, pri katerem se neželeni učinek razloži kot novo bolezensko stanje in zdravi z dodatnim zdravilom. Posledica ni le daljši seznam zdravil, temveč večje tveganje za nov neželeni dogodek, slabše sodelovanje pri zdravljenju in funkcionalni upad.

Kaj strukturirani farmakoterapijski pregled je – in kaj ni

Računalniški sistemi učinkovito zaznajo potencialne interakcije, vendar opozorilo še ni klinična odločitev. Enaka kombinacija je lahko pri enem bolniku sprejemljiva ob ustreznem spremljanju, pri drugem zahteva prilagoditev odmerka, pri tretjem pa pomeni nesprejemljivo tveganje. Tudi eksplicitna merila, kot so STOPP/START, so dragocena presejalna pomoč, ne morejo pa nadomestiti presoje ciljev zdravljenja, časovnega horizonta pričakovane koristi in bolnikovih preferenc (4).

Strukturirani pregled se zato začne z rekonstrukcijo dejansko uporabljene terapije, vključno z zdravili brez recepta in prehranskimi dopolnili. Sledi presoja indikacij, morebitnih opustitev indiciranega zdravljenja, učinkovitosti, varnosti, odmerkov glede na organsko funkcijo, interakcij med zdravili ter med zdravili in boleznimi, neželenih učinkov, podvajanj, izvedljivosti režima in potrebnega spremljanja. Kadar pričakovana korist zdravila ne odtehta več tveganja ali bremena, je smiselna načrtovana depreskripcija (odpredpisovanje). Ta ni enkratno »črtanje zdravila«, temveč nadzorovan proces zmanjšanja odmerka ali ukinitve z vnaprej določenimi cilji, zaporedjem sprememb in spremljanjem morebitnega poslabšanja.

Kaj kažejo dokazi – in česa ne smemo obljubljati

Dokazi podpirajo klinično smiselnost pregledov zdravil, ne upravičujejo pa trditve, da vsaka intervencija izboljša vsak izid. V raziskavi SPPiRE je individualizirani pregled, ki so ga izvajali zdravniki družinske medicine, pri starejših z izrazito polifarmakoterapijo povzročil majhno zmanjšanje števila zdravil brez jasnega povečanja škode, statistično značilnega zmanjšanja potencialno neustreznega predpisovanja pa niso zaznali (2). Slovenska kvalitativna raziskava med zdravniki družinske medicine je pokazala, da je bila formalni razlog za napotitev pogosto polifarmakoterapija, v ozadju



Slika 2. Klinični algoritem: kdaj napotiti bolnika k farmacevtu svetovalcu? Formalna podlaga je povzeta po 14. členu Uredbe za leto 2026 (8). Klinični signali so orientacijski primeri in niso dodatni pravni pogoji. Shema je avtorski pripomoček za klinično presojo pri nenujni obravnavi.

pa praviloma konkretnejša dilema, denimo sum na neželeni učinek. Po navedbah sodelujočih zdravnikov so bila priporočila farmacevtov večinoma sprejeta, kot ključna prednost pa je bila prepoznana komplementarnost obeh strok (3).

Sistematični pregled 50 randomiziranih raziskav je kot možne dejavnike ugodnejših izidov prepoznal interdisciplinarno sodelovanje in vključevanje bolnika v opredelitev ciljev ter načrtovano nadaljnje spremljanje (5). Metaanaliza 24 bolnišničnih raziskav je ugotovila približno 8-odstotno relativno zmanjšanje tveganja za ponovno hospitalizacijo, ne pa statistično značilnega zmanjšanja umrljivosti (6). Randomizirana raziskava iz leta 2026, v kateri so pregled izvedli zdravniki ob geriatrični podpori, po 16 tednih ni dokazala statistično značilnega izboljšanja z zdravjem povezane kakovosti življenja; razlike med skupinama v spremembah farmakoterapije so se po odpustu zmanjšale (7). Te ugotovitve niso neposredna ocena učinkovitosti ambulantnega farmacevtskega svetovanja. Sporočilo je pomembno: vrednost pregleda ni v številu zaznanih težav, temveč v ustrezni izbiri bolnika, klinični prioritizaciji, izvedbi priporočil in kontinuiteti spremljanja.

Kdaj je napotitev posebej smiselna?

14. člen Uredbe za leto 2026 določa štiri skupine zavarovanih oseb, ki jih lahko zdravniki splošne in družinske medicine ter zdravniki specialistične zunajbolnišnične dejavnosti z delovnim nalogom napotijo v program farmacevtskega svetovanja: osebe s polifarmakoterapijo, s težavami, povezanimi z zdravili, s terapevtsko rezistentno boleznijo ter osebe pred uvedbo zdravil z visokim tveganjem za sočinkovanje (8). Zdravnik z delovnim nalogom osebo napoti v zdravstveni zavod, v katerem dela; če ta programa ne izvaja, lahko osebo napoti k drugemu izvajalcu (8).

V klinični praksi na potrebo po napotitvi posebej opozarjajo primeri, pri katerih odgovor zahteva presojo celotnega režima: nepojasnjeni padci, omotica, kognitivna sprememba ali utrujenost; poslabšanje ledvične ali jetrne funkcije oziroma elektrolitske motnje; sum na pomembno interakcijo, neželeni učinek ali kaskadno predpisovanje; nedavna hospitalizacija z več spremembami zdravljenja; obravnava pri več predpisovalcih in neskladni seznami zdravil; navidezno rezistentna bolezen; režim, ki ga bolnik ne zmore izvajati; ali potreba po individualizirani depreskripciji (odpredpisovanju). To niso dodatni pravni kriteriji, temveč klinični signali, da je problem širši od posamezne učinkovine.

Kakovost napotitve se začne s pravim vprašanjem

Napotitev, v kateri je navedena zgolj »polifarmakoterapija«, farmacevtu ne pove, kateri problem naj pregled razreši. Večjo vrednost imajo

konkretna vprašanja: »Ali lahko kumulativni učinek terapije pojasni omotico in padce ter kakšno zaporedje sprememb bi bilo najvarnejše?«, »Kako prilagoditi kardiometabolno in analgetično zdravljenje ob znižanju ocenjene glomerulne filtracije (oGF) na 32 ml/min/1,73 m²?« ali »Katera zdravila nimajo več jasne indikacije in kako izvesti varno depreskripcijo (odpredpisovanje)?«

Dobro zastavljeno vprašanje omogoči, da farmacevt ugotovitve razvrsti po verjetnosti, klinični pomembnosti in možnosti ukrepanja. Zdravnik tako ne prejme dolgega seznama teoretičnih opozoril, temveč omejeno število prioritet, pri katerih je jasno, kaj je problem, zakaj je klinično pomemben, katera sprememba je smiselna in kako spremljati njen učinek.

Kaj dobi napotni zdravnik?

Za kakovosten pregled so potrebni aktualen seznam vseh zdravil z odmerki in načinom uporabe, vključno z zdravili brez recepta in prehranskimi dopolnili, diagnoze, alergije in intolerance, relevantni laboratorijski izvidi, odpustna pisma, specialistična mnenja ter podatek, kako bolnik zdravila dejansko uporablja. Rezultat je strukturirano pisno mnenje, usmerjeno v zastavljeno dilemo: usklajen seznam dejansko uporabljene terapije, prioritetna opredelitev težav, presoja indikacij, pričakovane koristi, varnosti in odmerjanja ter konkretni predlogi za nadaljevanje, prilagoditev, zamenjavo ali ukinitev zdravila oziroma uvedbo manjkajočega indiciranega zdravila. Sestavni del sta predlog kliničnega oziroma laboratorijskega spremljanja in, kadar je primerno, načrt depreskripcije (odpredpisovanja).

Farmacevt svetovalec s tem ne prevzema terapevtskega odločanja. Njegova vloga je poglobljena horizontalna presoja celotne farmakoterapije čez posamezne diagnoze in predpisovalce; zdravnik pa mnenje poveže z bolezenskim potekom, cilji zdravljenja in bolnikovimi preferencami ter sprejme končno odločitev.

AMBULANTA FARMACEVTA SVETOVALCA URI SOČA

Program farmacevtskega svetovanja izvaja tudi Ambulanta farmacevta svetovalca URI Soča. Napotitev se izvede z delovnim nalogom za program »Farmacevtsko svetovanje«. Informacije: 01 4758 174. Splošno naročanje URI Soča: 01 4758 174; *narocanje@uri-soca.si*. Obravnava ni namenjena nujnim stanjem.

Sklep

Pri bolniku s kompleksno farmakoterapijo pravo vprašanje ni »Katero zdravilo lahko ukinem?«, temveč »Ali je celotna farmakoterapija še usklajena z njegovimi diagnozami, organsko funkcijo, simptomi, funkcionalnim stanjem, tveganji in cilji zdravljenja?«. Najkrajši seznam ni nujno najboljši; cilj je najbolj racionalno razmerje med koristjo, varnostjo, izvedljivostjo in terapevtskim bremenom. Kadar odgovor ni jasen, je strukturirani farmakoterapijski pregled smiselna nadgradnja kakovosti kliničnega odločanja.

Metodološka opomba: Prispevek je na dokazih temelječa klinična perspektiva in ne sistematični pregled literature.

Viri

1. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. McCarthy C, Clyne B, Boland F, et al. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPiRE Study): a cluster randomised controlled trial. PLoS Med. 2022;19(1):e1003862. doi:10.1371/journal.pmed.1003862.
3. Nabergoj Makovec U, Tomšič T, Kos M, Stegne Ignjatović T, Poplas-Susič A. Pharmacist-led clinical medication review service in primary care: the perspective of general practitioners. BMC Prim Care. 2023;24(1):6. doi:10.1186/s12875-022-01963-w.
4. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632. doi:10.1007/s41999-023-00777-y.
5. Craske ME, Hardeman W, Steel N, Twigg MJ. Components of pharmacist-led medication reviews and their relationship to outcomes: a systematic review and narrative synthesis. BMJ Qual Saf. 2024;33(12):808-822. doi:10.1136/bmjqs-2024-017283.
6. Degen M, Chen LJ, Schöttker B. Medication reviews in hospitalised patients for reduced hospital readmission and mortality: systematic review, meta-analysis and meta-regression of RCTs. Ageing Res Rev. 2025;104:102661. doi:10.1016/j.arr.2025.102661.
7. Roa Santervas L, Skovlund E, Kristoffersen ES, et al. Collaborative medication reviews during acute primary care admissions for older adults with polypharmacy: a randomised controlled trial. Age Ageing. 2026;55(2):afag029. doi:10.1093/ageing/afag029.
8. Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2026. PISRS, SOP 2026-01-0986, s spremembo SOP 2026-01-2031; 14. člen.

Razkritje interesov in financiranje: Avtor deluje v Ambulanti farmacevta svetovalca URI Soča, predstavljeni v ločenem informativnem okviru. Prispevek je strokovno-izobraževalne narave, ni bil komercialno financiran in zanj ni bilo pridobljeno namensko zunanje financiranje. Avtor ne navaja finančnega konflikta interesov.

Opomba o slikah: Sliki 1 in 2 sta bili izdelani s programom Inkscape (različica 1.4.4) v okolju macOS.

Asist. dr. Boštjan Martinc, mag. farm., spec. klin. farm., Ambulanta farmacevta svetovalca, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, Ljubljana, bostjan.martinc@ir-rs.si

Zasebni zdravniki in koncesionarji: njihovo sodelovanje je blagoslov

Intervju z Momenom Radijem in Edgarjem Wutscherjem

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Zgodovinsko se je sektor zdravnikov zasebnikov (Wahlarzt) povečal, koncesionarjev (Kassenarzt) je pa premalo. Sofija Niedenzu se pogovarja z dr. Momenom Radijem, zdravnikom zasebnikom, ter z dr. Edgarjem Wutscherjem, zdravnikom koncesionarjem, o tem, da so zasebniki vir ekonomskih dobičkov za zdravstveno zavarovalnico, o omejitvah ter o boljšem prepletanju obeh sistemov.

Vprašanje: Kako se je v zadnjih letih spremenil položaj v obeh sistemih?

Dr. Radi (zasebnik): Zdravnik zasebnik sem – kot mnogi drugi – postal zato, ker nisem našel prostega mesta zdravnika koncesionarja. Zasebniki smo se morali prebiti skozi vse ekonomske ožine, da bi postali uspešni. In ko se zdravnik uveljavi, noče nazaj v pogodbeni sistem. Ko sem začel delati kot zasebnik, nas je bilo na Tirolskem okoli 300 zdravnikov zasebnikov ter 450 koncesionarjev. Zdaj imamo 900 zasebnikov, koncesionarjev je pa 570. To dokazuje, da zavarovalniška oskrba ne ustreza potrebam prebivalstva.

Dr. Wutscher (zdravnik koncesionar): Trditev, da so zasebniki vzrok, da je premalo koncesionarjev, ne drži. Tudi ankete so pokazale, da bi bili zdravniki zasebniki pripravljeni delati v javnem (zdravstvenem) sistemu, če bi bili za to ustrezni pogoji. Namesto da bi zasebnike poskušali privabiti nazaj (v javno zdravstvo), se čeznje zabavlja.

Vprašanje: Kako naj tu vrednotimo vlogo zdravstvene zavarovalnice (ÖGK)?

Dr. Radi: ÖGK (nam) plača le 80 % tega, kar plača zdravniku koncesionarju. Zato je napačna trditev, da je zdravnik zasebnik za zavarovalnico obremenitev. …

Dr. Wutscher: Omejevanje navzgor je nujno odstraniti. Nihče, ki dobro dela, ne sme biti zaradi tega kaznovan. …

Vprašanje: Ekonomičnost je ena stran, zdravstvena zavarovalnica pa ima tudi nalogo, da zagotavlja učinkovito zdravstveno oskrbo.

Dr. Radi: Za učinkovito zdravstveno oskrbo bi bilo nujno dograditi zavarovalniško oskrbo.
V Avstriji imamo dovolj zdravnikov: približno enega zdravnika na 150 prebivalcev. V mednarodnem merilu je to vrhunski dosežek. So pa zdravniki napačno razporejeni. Če upoštevamo le zdravnike koncesionarje, dobimo enega zdravnika na 450 prebivalcev. Se pravi, zdravstvena zavarovalnica ne bi smela upoštevati le ekonomije, temveč tudi zdravstveno oskrbo.

Dr. Wutscher: V pogajanjih z ÖGK vključujemo bistvene spremembe. Cilj je, da si mlada zdravnica in mlad zdravnik rečeta: »Da, zdaj pa z veseljem privolim v pogodbo z zavarovalnico.« Tudi zdravnik v bolnišnici bi moral imeti možnost delati kot koncesionar.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, 13/14, 15. julij 2026

Komentar: V izvirniku članek obsega dve strani, zato sem se v tem povzetku omejil le na začetek. Upam, da sem tako ohranil bistveno. Značilno (pohvalno) se mi zdi, da oba zdravnika nastopata kolegialno kot zdravnika, ne pa kot pripadnika dveh sistemov. In še več: vidi se, da mora biti zdravnik zasebnik hkrati podjetnik, medtem ko zdravnik koncesionar to ne more (ne sme) biti. Vseskozi se vidi (nepremagljiva?) razpoka med medicinskimi možnostmi (ki postajajo vse dražje) ter ekonomsko resničnostjo (varčevanje). Podobnosti (vzporednice) z dogajanjem v Sloveniji?

Opomba urednika: *Wahlarzt* (v neposrednem prevodu izbirni zdravnik, zdravnik po izbiri, v bistvu gre za zasebnika) je v Avstriji zdravnik, ki dela samostojno in za opravljanje svojega dela nima sklenjene pogodbe z Avstrijsko zdravstveno zavarovalnico (Österreichische *Gesundheitskasse*, ÖGK). Ceno svojih storitev oblikuje samostojno, pacient pa jo plača neposredno zdravniku. Če je pacient zavarovanec, mu ÖGK krije približno 80 % cene storitve. Za razliko od njega je *Kassenarzt* (zavarovalniški zdravnik, v bistvu koncesionar) zdravnik, ki ima za svoje delo sklenjeno pogodbo z zavarovalnico, ki mu plačuje opravljene storitve. Ob prebiranju celotnega članka je treba omeniti, da se v intervjuju omenja in izpostavlja nesodelovanje zasebnikov pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, predvsem dežurstev med vikendi …

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

Komentar k zapisom

Isis, št. 11 (november), 2026

Marjan Kordaš

Zavodnik: Neznosna lahkost realnosti (str. 81): Že naslov pove skoraj vse: spominja me na opozorila iz glasil avstrijskih zdravniških zbornic. A zapomnil si bom tole: Dandanes se lahko zgodi, da pacient ni več bolnik, temveč zdravstveni potrošnik!!!!

Aforizmi (str. 80): Dr. Lesjak ostaja zvest samemu sebi: minuta se vleče, dan je dolg, življenje pa kratko. Pa še res je!!

Vinjeta o Valči in Ave Marii (str. 77): Zapisi dr. Darovca postajajo nekakšna kronika. Heybali so bili iz Kamnika. Valči (Valerijo Heybal) in njenega brata – frančiškana sem spoznal leta 1945, psihiatra Miloša K. pa leta 1950. Jokati nočem, smejati pa se ne morem.

Judita Mandelc (str. 73): Lep spomin. Spoznal sem jo kot študentko, poznal kot anestezistko, končno pa srečeval kot sosedo. Žal že bolj zagrenjeno.

A. P. Čehov: Novele (str. 68): Dobra predstavitev, bom moral prebrati. Ampak pisanje prof. Marinčka me je prestavilo v moje branje Turgenjeva in Dostojevskega. Ali je Rusija res drugačen svet?

Čas ≡ Prostor (str. 67): »Pa ne si kvart uači pr sveči! Dej rajši spat!« … »O jejžeša, Tone! Ma tu ne čitat, te bo Buh štrafou!« Imenitno, imenitno; branje knjig je pač prekletstvo, ki človeka odreši, mar ne?

Spolno zdravje (str. 50): Zanimivo branje. Tuhtam pa, ali je te vrste branje že hkrati greh? Bom prebral še večkrat!!!

Nikotinska odvisnost (str. 42): Zanimiva novost, hkrati pa opozorilo o prekletstvu zasvojenosti.

Etična dilema kirurga (str. 39): Izvrstno branje o »dilemi neukrepanja«. Prebrati počasi, s premislekom, ter se zavedati odgovornosti.

Farmacevt svetovalec (str. 26): Vse lepo in prav: farmacevt svetuje, zdravnik pa ukrepa. Ampak: kdo je v tem primeru odgovoren? Jaz *odgovornost* vedno razumem tako, kot jo je definiral Erich Fromm.

Zdravniške zgodbe (str. 19): Ker se imam za (tudi) kolesarja, je to branje imenitno, saj pripoveduje o ohranjanju zdravja v ekstremnih razmerah. In je hkrati tudi spomin na Bojana Knapa; nisem vedel, da ima sina, ki je tudi *medicus* …

K naslovnici (str. 8): Nisem strokovnjak, zato bistva ne znam oceniti. Ampak bralec lahko v intervjuju vidi dobro čezmejno sodelovanje, dober prikaz raziskovanja v težkih kliničnih razmerah ter celo nekaj klinično uporabnih rezultatov. Kar dosežek!

Uvodnik (str. 3): Imeniten zapis o dosežkih pri zdravljenju redkih bolezni pri nas ter o poskusih, kako denar – izvirno namenjen zdravstvu – speljati v druge vode.

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

Razmišljanje ob letošnjem ambulantnem pregledovanju oseb, ki so bile v stiku s tuberkuloznima bolnikoma

Zlata Remškar

V začetku junija letos smo v Pnevmološki ambulanti ZD Zagorje prejeli naročilo Registra za tuberkulozo Slovenije, da je treba pregledati 22 oseb, ki so prišle v stik z moškima, obolelima za tuberkulozo.

Šlo je torej za dva vira okužbe, prvi je bil oseminšestdesetletnik, drugi pa dvainpetdesetletnik.

V prvem primeru je šlo za moškega, ki je živel v istem stanovanju skupaj s petinosemdesetletno, zadnjih pet let nepokretna materjo. Glede na heteroanamnestične podatke je bil šest let brezposeln, bil je tudi kadilec in alkoholik ter zadnji dve leti, kljub vsemu navedenemu, določen za skrbnika svoje matere.

Drugi vir okužbe je bil dvainpetdesetletni moški, že dlje časa z družino priseljen iz Bosne v Slovenijo, sicer kadilec, redno zaposlen. Njegova bolezen je bila odkrita prav v tukajšnji ambulanti, iz katere je bil usmerjen v nadaljnjo obravnavo v terciarno ustanovo.

Po obvestilu, da naj opravimo ambulantne preglede oseb, ki so bile v stiku s tuberkuloznima bolnikoma, smo iskali v Centralnem registru pacientovih podatkov (CRPP-sistemu) podrobnejše zdravstvene informacije o obeh obolelih moških, ki sta bila vir okužbe, a jih do nastanka tega zapisa* v CRPP-sistemu nismo zasledili. Omenjeni podatki bi predvsem

* Članek je bil poslan v uredništvo 23. 7. 2026 in do takrat v CRPP ni bilo mogoče najti zapisa o tuberkuloznih bolnikih, ki sta obravnavana v prispevku.

osvetlili kužnost obeh bolnikov za okolje.

Maja letos naj bi, glede na heteroanamnestične informacije, ki so nam jih posredovale osebe, pregledane zaradi stika s tuberkuloznima bolnikoma, starejši bolnik, ki je bil vir okužbe, v terciarni bolnišnici celo umrl. Kot so navedle, naj bi bil oseminšestdesetletnik v aprilu letos najprej nujno sprejet v regionalno bolnišnico, nato premeščen v regionalno superspecialistično bolnišnico ter iz nje usmerjen v terciarno ustanovo, kjer naj bi maja umrl. Objektivnih podatkov o njegovem zdravstvenem stanju oziroma obsežnosti in poteku njegove bolezni pa, kot smo omenili zgoraj, v CRPP-sistemu do nastanka tega zapisa ni bilo mogoče najti. V CRPP-sistemu ni bilo niti začetnega izvida heteroanamnestično navedenega obravnavanja najprej v regionalni bolnišnici in tudi ne v regionalni superspecialistični ustanovi.

V zvezi z mlajšim bolnikom s tuberkulozo smo pregledali ženo in sina, ki živita z bolnikom v skupnem gospodinjstvu. Pri nobenem ni bilo kliničnih znakov okužbe ali rentgenske prizadetosti pljuč, pri obeh pa je bila določitev kvantiferona oziroma krvnega testa za določitev latentne okužbe s tuberkulozo pozitivna, kar je potrdilo okužbo z bacilom tuberkuloze. Predpisali smo jima dvotirno protituberkulozno profilakso, predvidoma za tri mesece.

V zvezi s starejšim bolnikom smo po navodilu Registra za tuberkulozo Slovenije pregledali dvajset oseb, in sicer pet moških in petnajst žensk, ki so bili povprečne starosti slabih petdeset let.

Pregled najbolj ogrožene osebe, to je petinosemdesetletne nepokretne matere oseminšestdesetletnega bolnika, s katerim je sobivala v stanovanju, pa je bil, glede na heteroanamnestične podatke, zaupan regionalni superspecialistični ustanovi. Pri njej okužba s tuberkulozo po nekaterih informacijah ni bila ugotovljena. Moteče pa je, da zapisa o njenem pregledu ni zaslediti v CRPP-sistemu.

Od predhodno omenjenih dvajsetih oseb, ki smo jih pregledali, jih je bilo pet v sorodu z obolelim: brat obolelega in njegova žena, ki so živeli v različnih nadstropjih v isti hiši, njun sin, ki že leta živi samostojno, ter nato še zet stare gospe in njen brat, ki so jo tu in tam obiskovali.

Pregledan je bil tudi sosed obolelega, ki ga je že dalj časa redno enkrat tedensko vozil po nakupih v trgovino in se občasno z njim tudi družil.

Pri nazadnje omenjenih šestih osebah, ki so bile v stiku z obolelim, nismo zaznali kazalcev okužbe s tuberkulozo. Smo pa pri enainšestdesetletnem bratu obolelega, živečem v isti hiši z obolelim, ob pregledu odkrili rentgensko spremembo v levem zgornjem režnju, ki bi pri kadilcu lahko kazala na začetni rak pljuč, ter s tem v zvezi sprožili ustrezno diagnostiko.

Preostalih štirinajst oseb, ki so bile v stiku z obolelim, so bile socialne oskrbovalke oziroma negovalke stare gospe, ki so jih kot zunanje sodelavke Doma starejših občanov Izlake nadrejeni razporejali, bolj ali manj pogosto, na nego stare nepokretne gospe na njenem domu. Pri gospe so se ob vsakem obisku zadrževale okrog pol ure. S sinom v sosednjem prostoru niso imele stika, povedale pa so, da je zelo kašljal.

Le pri dveh od štirinajstih negovalk smo ugotovili latentno okužbo s tuberkulozo in jima predpisali dvotirno protituberkulozno zaščito.

Zaključek

Znano je, da je tuberkuloza za imunsko kompetentnega posameznika relativno nizko nalezljiva bolezen. To se je izkazalo tudi pri letošnjem pregledovanju dvaindvajsetih oseb, ki so bile v stiku s tuberkuloznima bolnikoma, saj smo le pri štirih od njih ugotovili latentno okužbo s tuberkulozo.

Pri bratu oseminšestdesetletnega bolnika, sicer z negativnim rezultatom kvantiferonskega testa, je bila nepričakovano najdena rentgenska sprememba v pljučih, ki bi lahko pri kadilcu predstavljala zgodnji rak pljuč, kar je sprožilo dodatno diagnostiko v omenjeno smer.

Zelo moteče in nerazumljivo je bilo, da v CRPP-sistemu ni bilo zaslediti nobenih informacij o obeh virih okužbe, o objektivnih kazalcih obsežnosti bolezni pri njiju in stopnji njune kužnosti za okolje.

Prav tako ni razumljivo, da v CRPP-sistemu ni najti podatka o morebitni okužbi ostarele matere oziroma o njenem pregledu, domnevno v regionalni superspecialistični ustanovi.

Ne nazadnje, kako je mogoče, da je bil omenjeni oseminšestdesetletnik, za katerega je bilo znano, da ne živi urejenega življenja in da je bolan, pred dvema letoma določen za skrbnika petinosemdesetletni, že pet let nepokretni materi? Se je razreševalo materialno stanje nezaposlenega sina? Je kdo preveril njegovo sposobnosti za vlogo materinega skrbnika in kdo je bil to?

Nedvomno pa je v ospredju opisane problematike precej moteča v CRPP-sistemu še sredi julija letos zaznana odsotnost zdravstvenih podatkov o obeh obolelih za tuberkulozo. Odsotnost podatkov v CRPP-sistemu bi morda lahko kazala na pomanjkljivo komunikacijo med zdravstvenimi ustanovami na različnih ravneh oziroma na nekakšno skrito obravnavanje tuberkuloze, ki se zdi strokovno neupravičeno. Premišljam, da je postala tuberkuloza relativno redka bolezen in da je upadanje seznanjenosti zdravnikov z njo, njeno diagnostiko in vodenjem lahko dolgoročno škodljivo. Povečuje namreč tveganje za neustrezno obravnavanje teh bolnikov v prihodnje. Kljub današnji relativni redkosti tuberkuloze moramo torej v dobro bolnikov načrtno vzdrževati splošno podučenost zdravnikov o tej bolezni.

Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med.,
Medvode

Obratne ambulante so dodana vrednost

Marjan Fortuna

Klasičnih »obratnih ambulant« (ali kakorkoli jih imenujemo), ki so v času socializma delovale v okviru velikih industrijskih kompleksov in večjih gospodarskih družb ter nudile splošno zdravstveno varstvo (osebnega zdravnika in tudi nekaterih drugih specialistov), skorajda ni več. Njihova ukinitev ali drugačen način dostopnosti do primarnega zdravstva je za mnoge zaposlene eden pomembnih razlogov za daljše čakalne dobe in težjo dostopnost do zdravnika.

Sistem se je namreč preoblikoval tako, da so njihovo vlogo prevzeli specializirani centri, zdravstveni domovi ali koncesionarji. Nekatera večja podjetja sicer še imajo tesno povezane ali celo interne ambulante za medicino dela, ki skrbijo za delavce tako s preventivnimi kot kurativnimi storitvami. Zaposleni v teh podjetjih najbrž nimajo težav z dostopom do zdravnika, ko ga potrebujejo, in ne čakajo v dolgih vrstah, da bi se lahko opredelili k določenemu zdravniku.

Paradoksalno pa je, da je za zaposlene v večjih zdravstvenih zavodih dostopnost do zdravnika težja, kot bi lahko bila. Pa ne bom pisal na splošno, ker razmer drugje ne poznam, poznam pa dve zdravstveni ustanovi, kjer sem delal tudi sam.

V Univerzitetni kliniki Golnik že dolgo in še vedno deluje ambulanta družinske medicine, ki ni zgolj ambulanta za zaposlene, temveč tudi splošna ambulanta za njihove družinske člane, upokojence in krajane, vključno s starejšimi otroki z Golnika z okolico. Deluje sicer v sklopu ZD Kranj, kar pa ni niti pomembno niti slabo. Pomembno je, da je v sklopu klinike.

Še bolje pa poznam razmere v UKC Ljubljana. Na Polikliniki UKCL so nekoč delovale ambulante koncerna Iskra, Nove Ljubljanske banke in samega UKCL. Prvi dve ustanovi sta našli drugačne rešitve in ne vem, ali so njihovi zaposleni s tem kaj pridobili ali izgubili. Vem pa, da največja zdravstvena ustanova nima več (!) klasične ambulante za svoje zaposlene, kar je slabo, ali še več kot slabo – nezaslišano. Tako si mora več kot 8000 zaposlenih (okrog 1560 zdravnikov, 3500 medicinskih sester in okrog 3650 drugih zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev) iskati osebnega zdravnika povsod, samo ne tam, kjer bi bilo najbolj logično in smiselno. Doma! Zelo pomembno pa je dejstvo, da je od celotnega števila zaposlenih okrog dve tretjini žensk, ki poleg osebnega zdravnika potrebujejo še ginekologa na primarni ravni.

Tako kot vsi ostali občani, si morajo torej zaposleni največje zdravstvene ustanove izbirati osebnega zdravnika, kjer vedo in znajo. Večini to najbrž uspe. Če pa zaposleni med delovnim časom zboli ali se poškoduje, se mora obrniti za prvi pregled na Splošno nujno medicinsko pomoč (SNMP), ki je organizacijsko in kadrovsko sestavni del ZD Ljubljana in nima funkcije splošne ambulante.

V sestavi UKCL je sicer Inštitut za medicino dela, ki pa je namenjen pretežno za preventivne preglede, cepljenja zaposlenih, ocene delovne zmožnosti pred zaposlitvijo, zaščito pri delu ter še mnoge druge naloge.

Ko je UKCL leta 2005 ukinil ambulanto za zaposlene, v katero so hodili tudi mnogi upokojenci, je bilo pojasnilo zelo pitijsko, češ da UKCL ne more opravljati dejavnosti primarnega zdravstva. A hkrati smo imeli v Bolnišnici dr. Petra Držaja tako imenovani dispanzer ali ambulanto za borce. Torej trditev vodstva UKCL ni točna. Prepričan sem, da bi tudi na Zavodu za zdravstveno zavarovanje in Ministrstvu za zdravje naleteli na razumevanje, da je za tolikšno število zaposlenih smiselno imeti ambulantno dejavnost primarnega zdravstva. Celo sam, ki sem delal v treh različnih ambulantah, nisem mogel priti do ustreznih osnovnih preiskav. Med tako velikim številom zdravnikov in medicinskih sester bi se gotovo našlo nekaj takih, ki bi hoteli in bi lahko delali v tej ambulanti. Tu mislim na tiste, ki zaradi kakršnihkoli razlogov ne morejo dežurati ali delati v treh izmenah ali morajo delati na lažjih delovnih mestih, kar ambulantno delo praviloma je. Poleg lažje dostopnosti do storitev primarnega zdravstva pa bi bilo tudi za ustanovo dobro, če bi bil zaradi tega kaj manjši absentizem, ki je tudi v zdravstvenih ustanovah velik problem. Predvsem pa je nesmisel, da zaposleni ne morejo koristiti storitev osnovne medicinske diagnostike, ki je vsa že v hiši in predvsem v popoldanskem času malo izkoriščena.

Za boljšo skrb zaposlenih ni dovolj le služba in mesečni dohodek, ampak tudi druge ugodnosti, ki jih lahko ustanova nudi brez velikih organizacijskih ali finančnih posledic. Težav s parkiranjem pa raje ne bi omenjal; te so za tiste, ki prihajajo v službo z osebnim avtomobilom, praviloma velik in težko rešljiv problem.

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Iz dejavnosti v posel

Nina Mazi

Prehod iz javnega v zasebni sektor si posamezniki (in skupine), z medikusi na čelu, ki nimajo ustreznega znanja, izkušenj in kompetenc ter podatkov in informacij s področja vodenja, upravljanja in poslovanja, predstavljajo popolnoma po svoje – pogosto naivno in zgrešeno. Kot nekaj, kar se zgodi in poteka – je mogoče izvesti in uresničiti mimogrede.

Ko se odločiš, da boš »začel na svoje«, je najpomembnejše, da šefu prineseš ali kar pošlješ odpoved in ostaneš v dobrem stiku s sodelavci, saj jih utegneš še potrebovati. Vse ostalo pa nato teče bolj ali manj rutinsko, po analogiji, s katero si se soočil že v letih, ko si popoldne (po službi ali celo med svojim rednim delovnim časom – podpisovanje v zvezek prisotnosti, stikalna ura in žigosanje kartic vse prenesejo!) služil pri kolegu zasebniku oziroma pri lastniku, investitorju v zdravstveno dejavnost. Tam je vse teklo kot po maslu – sam si se ukvarjal le s pacienti in s strokovnimi zadevami.

Sedaj pa se vse skupaj postavi na glavo. Iščeš primerne prostore, izbiraš lokacijo, razmišljaš o finančnih povezavah, preverjaš razpoložljivo opremo, stroje, naprave in pripomočke, preračunavaš, ali boš zmogel najemnino, iščeš dobre sodelavce (ki te marsikdaj razočarajo), vabiš/iščeš bolnike in uporabnike, razmišljaš o promociji, načrtuješ obseg in doseg svoje dejavnosti. Opazuješ kolege zasebnike, se z njimi pogovarjaš (in pri tem ugotavljaš, da morda res veliko govorijo, povedo pa bore malo tistega, kar ti koristi), jih prosiš za nasvet in pomoč, ki pa pogosto ostaneta le na deklarativni ravni, v obliki spodbud, obljub in zagotovil, ki se ne uresničijo. Kličeš bivše sodelavce in jih sprašuješ po dobrih pacientih, spremljaš stanje čakalnih vrst, ukrepe zdravstvene zavarovalnice, napovedi politikov, cene zdravil, diagnostičnih, terapevtskih in ostalih pripomočkov in počneš oziroma skušaš početi vse in še več tistega, s čimer se v javnih vodah sploh nisi ukvarjal. Vse, kar si imel tam za samoumevno, se sedaj zgrinja na tvoja ramena. Razmišljaš in počneš tisoč in eno zadevo, ukvarjaš se z vsem, razen s ključnim – z medicino.

Ko ti posel nekako steče, kmalu ugotoviš, da stvari ne potekajo tako, kot bi morale. Čeprav se trudiš na vse pretege, ni pravih dosežkov in rezultatov. Izgubljaš stik s kolegi, pa tudi s samim seboj – s svojim zdravniškim bistvom … Postajaš vedno bolj zaskrbljen in utrujen, na trenutke celo zamorjen. Tudi in predvsem zato, ker se slepiš, da je prehod iz javnega v zasebno zdravstvo »mala malica«. Da vse poteka gladko in samodejno, le denarja imaš več. Delaš vsak dan, brez fiksnega ordinacijskega časa in urnika, kartic, zvezka z evidenco prisotnosti, podpisov, nadzora predstojnika in začudenih pogledov kolegov, ki ne morejo verjeti, da lahko medikus v isti sapi opravlja dve ali celo tri dejavnosti.

Delo v javnem zdravstvu je strokovna dejavnost *par excellence* – samo to in nič več, ker je to že samo po sebi več kot dovolj. Delo v zasebnem sektorju pa je posel. Poslovni izzivi, povezani z obstojem, rastjo in razvojem zasebništva, vse prevečkrat (neredko celo praviloma) prednjačijo pred strokovnostjo tudi v zasebnem zdravstvu. Medikus, ki se hoče uspešno spoprijeti z njimi in jih obvladovati, poleg medicinskega, naravoslovnega (in vsaj kančka družboslovnega) nujno potrebuje tudi poslovno znanje. Poleg strokovnega igra pomembno vlogo tudi poslovni model, ki ga ni mogoče omejiti in prevesti le na skrb za materialno plat poslovanja. Kdor tega ne upošteva, postane živčen ob vsaki zamudi bolnikov/uporabnikov, odpoved oziroma odsotnost naročenih pa mu povzroča sive lase – ne zato, ker bi ga skrbelo zdravstveno stanje naročenega oziroma izpadlega, marveč zaradi denarja, ki ga izgubi z njegovo odsotnostjo.

Novopečeni zasebnik namesto razvoja medicinske znanosti spremlja razmere na trgu nepremičnin, na področju cen zdravstvenih in ali zobozdravstvenih storitev, morebitnih subvencij, čakalnih vrst, kadrov ipd. O poslovnem modelu, ki bi prinašal koristi ne le njemu in njegovi ekipi, marveč tudi in predvsem bolnikom, za katere je pristojen in odgovoren – pa ne zato, ker mu prinašajo denar, marveč zato, ker ga potrebujejo in mu zaupajo. Ker jim je dolžan služiti v obeh sferah zdravstva, javni in zasebni.

Kaj sploh je »poslovni model« in zakaj je tako pomemben – nujen in nepogrešljiv?

Poslovni model je temelj uspešnega poslovanja (delovanja) vsakega podjetja v 21. stoletju. Vključuje opis in opredelitev dejavnosti podjetja, njegovo delovanje, ciljno populacijo, način/princip ustvarjanja dodane vrednosti, pomen, vlogo in namen slednje za posameznika, stroko in družbo v celoti. Poslovni model predstavlja sinonim za koncept, ki povezuje, združuje in poenoti ključne elemente poslovanja – od ciljne populacije (uporabnikov) in sodelavcev do virov (materialnih, nematerialnih), od stroškov in izdatkov do osnovnih, ključnih področij in dejavnosti. Premišljen, načrten, strokovno zasnovan, objektivno naravnan poslovni model podjetju omogoča sprotno učinkovito prilagajanje spremembam v stroki, na tržišču in v družbi nasploh. Dober poslovni model je predpogoj za obvladovanje tveganja in zagotavljanje (vzpostavitev in vzdrževanje) srednjeročne oziroma

dolgoročne primerjalne oziroma konkurenčne prednosti.

Zveni zahtevno in zapleteno? Res ni »mala malica«, a je mogoče. Hkrati je danes doma in v tujini na voljo dovolj kakovostnih poslovnih šol in ostalih izobraževanj ter svetovanj na tem področju, ki pa jih po trenutno razpoložljivih podatkih obiskujejo zelo redki medikusi, ki razmišljajo o skoku iz javnih v zasebne vode. Pričujoči izziv je za marsikoga sicer vabljiv in mikaven, nikakor pa ni preprost in nezahteven. Sicer pa se medikusi (javni, zasebni in tisti vmes) dobro zavedamo, da se brez muje še čevelj ne obuje.

Kronika kot temelj strokovnega spomina

Poziv zdravstvenim ustanovam in zdravnikom



Slika je ustvarjena s pomočjo umetne inteligence.

Kot zgodovinarka medicine se pri svojem delu neprestano srečujem z **neurejenim arhiviranjem** in s pomanjkanjem temeljnih zapisov o razvoju ustanov, njihovih zaposlenih, prostorih, prelomnicah, strokovnih dosežkih, slikovnem gradivu ... Pogosto naletim na **premalo negovan odnos do lastne prehojene poti**, do protagonistov, ki so jo oblikovali. To ni posledica nezainteresiranosti, temveč odsotnosti sistematičnega pristopa k beleženju.

To lahko izboljšamo na **preprost, izvedljiv in dolgoročno učinkovit način**: z uvedbo **kronike** in z določitvijo **kronista** v vsaki zdravstveni ustanovi, majhni ali veliki.

Kronika kot strokovni spomin

Kronike so način, kako zdravstvena stroka ohranja svojo **identiteto, kontinuiteto in profesionalni spomin**. So prostor, v katerem se zapiše trud, napredek, dvomi, zmage, ljudje, ki so nosili razvoj, in čas, ki je oblikoval njihovo delo. V kroniki se zrcali ne le organizacijski tok ustanove, temveč tudi njena etična drža, strokovna rast in človeške zgodbe.

Vsaka zdravstvena ustanova si zasluži, da njena pot ne izgine v pozabo, temveč ostane jasna, pregledna in dostojanstveno ohranjena. Zapis je dejanje spoštovanja do bolnikov, sodelavcev, ustanove in stroke.

Kronika kot civilizacijski akt

Kronika je preprost začetek, a dolgoročno postane **neprecenljiv dokument**, iz katerega lahko prihodnje generacije črpajo znanje, navdih in ponos. Je temelj, na katerem se gradi zgodovina ustanove, in vir, iz katerega se piše verodostojna zgodovina zdravstva.

Zato je uvedba kronike več kot administrativni ukrep, je **civilizacijski akt**, dejanje strokovne zrelosti in spoštovanja do ustanove, ki ji služimo.

Historia magistra vitae. *Zgodovina je učiteljica življenja.*

Ciceronov izrek natančno povzema smisel kronike: zapisano postane učiteljica prihodnjih generacij, vodilo strokovnega ravnanja in opomin, da se razvoj ne zgodi sam od sebe, temveč ga nosijo ljudje, ki so pripravljeni misliti, delati in zapisovati.

Poziv zdravnikom

Zato nagovarjam zdravnike, vodje oddelkov, predstojnike, direktorje in vse, ki nosijo odgovornost za razvoj ustanov ali ambulant: **uvedite kroniko.**

Uvedite jo kot letni, sistematični zapis temeljnih dogodkov, strokovnih mejnikov, kadrovskih sprememb, prostorskih ureditev, novih metod, izobraževanj, srečanj, jubilejev in nekrologov. Uvedite jo kot dejanje strokovne zrelosti in kot izraz spoštovanja do ustanove, ki ji služite.

Kronika stroki ohranja dušo.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.
Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko UL MF
Zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si, zvonka.slavec@gmail.com

O glasbi v nevrorehabilitaciji

Intervju z doc. dr. Teppom Särkämöm in doc. dr. Aleksijem Sihvonenom

Igor M. Ravnik

Spoštovana kolega, doc. dr. Teppo Särkämö, psiholog in profesor nevropsihologije na helsinški univerzi, in doc. dr. Aleksi Sihvonen, nevrolog v helsinški univerzitetni bolnišnici ter seniorni raziskovalec na isti univerzi, hvala vama za čas, znanje in izkušnje. Ker se ukvarjata z glasbo v nevrorehabilitaciji, sem načrtoval pogovor z vama pred leti v okviru mednarodnega projekta »B-AIR: Zvočna umetnost za dojenčke, malčke in ranljive skupine« na Radiu Ars, Slovenija, a zaradi višje sile do njega ni prišlo. Namesto tedaj bolj splošnega pogovora o glasbi in medicini se zdaj lahko osredinimo na glasbo v nevrorehabilitaciji.

Dovolita najprej nekaj besed o stanju v Sloveniji. Glasbo so v zdravstvu uporabljali ali jo še na več področjih: na Psihiatrični kliniki, na kliniki Golnik med endoskopijo, na Onkološkem inštitutu med radioterapijo, na Pediatrični kliniki za pomoč otrokom na onkološkem in drugih oddelkih, na Inštitutu za rehabilitacijo, v zdravilišču Debeli rtič (neverbalna muzikoterapija za težje razvojno motene), v društvu Trepetlika (glasba in ples za bolnike s Parkinsonovo boleznijo), v Društvu za osebe s cerebrovaskularnimi boleznimi (pevski zbori in skupinsko petje za osebe z afazijo), v stomatologiji, za lajšanje kroničnih bolečin, v paliativni oskrbi, v domovih za starejše z demenco, v čakalnicah, operacijskih dvoranah, v sodelovanju z Akademijo za glasbo in še kje.

Na radiu, v društvu Sinapsa ter na Pediatrični kliniki smo gostili ugledne tuje raziskovalce. Ne moremo pa govoriti o sistematični klinični praksi in raziskavah v nevrorehabilitaciji.

Po mojih izkušnjah je odnos do glasbe v medicini večinoma pozitiven, a včasih gre bolj za navdušenje kot za resno pripravljenost raziskovati. Občasno je čutiti načelno skepso, včasih pa pričakovanje, da to zahtevno področje terja posebno glasbeno nadarjenost. Primanjkuje znanja o glasbi kot enem najmočnejših vplivov na možgane. Pripravljenost za razvoj tega področja in za mednarodno sodelovanje z razvitejšimi pa sem zaznal na vseh ravneh nevrologije in rehabilitacije.

Opišita, prosim, današnje stanje na področju nevrorehabilitacije z glasbo na Finskem. Ali se glasbene intervencije (GI) izvajajo kot del standardne obravnave povsod, na primarni ravni, v regijskih bolnišnicah, rehabilitacijskih enotah in na terciarni ravni? Za katere indikacije? Na katerih področjih zdravstvenega/socialnega varstva?

Na Finskem trenutno veljavne smernice za zdravljenje omenjajo terapijo z uporabo glasbe za nekatere nevrorazvojne motnje (izboljšanje komunikacije in medsebojnih odnosov pri avtizmu in gibalnih funkcij pri razvojnih motnjah koordinacije), za psihiatrične motnje (izboljšanje razpoloženja pri depresiji, lajšanje negativnih simptomov in izboljšanje socialnih funkcij pri shizofreniji), za nevrološke motnje (izboljšanje gibalne, kognitivne in verbalne funkcije po možganski kapi) ter za nevrodegenerativne motnje (lajšanje nevropsihiatrične simptomatike pri demenci). Vsebujejo na dokazih temelječa priporočila za zdravljenje oziroma rehabilitacijo, vendar praktičnih storitev neposredno ne narekujejo.

Rehabilitacijo s pomočjo glasbe v državi lahko nudijo izobraženi glasbeni terapevti bodisi


Doc. dr. Aleksi Sihvonen

neposredno v javnem zdravstvenem sistemu (npr. v rehabilitacijski bolnišnici) ali pa nudijo storitev preko finskega zavoda za socialno zavarovanje, kjer je storitev lahko del intenzivne medicinske obravnave za osebe, mlajše od 65 let, s hudo oviranostjo (največkrat z avtizmom, motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD), motnjo pozornosti (ADD), cerebralno paralizo, travmatsko poškodbo možganov, kapjo ali hujšo psihiatrično motnjo) ali pa kot del rehabilitacijske psihoterapije za mladostnike in mlade odrasle z motnjami v duševnem zdravju (npr. z depresijo). Obstaja še dodatna možnost zunaj sistemov zdravstvenega in socialnega varstva, v tretjem sektorju, v okviru prostočasnih dejavnosti z glasbo, na primer v pevskih zborih in plesnih krožkih, ki jih za starejše in tudi za invalidne osebe organizirajo združenja bolnikov in nekatera mesta.

Seveda so zanimive vse intervencije, za katere imamo dokaz o koristnosti (možganska kap, Parkinsonova bolezen, travmatska okvara možganov, avtizem, disleksija, demenca …). Logično je začeti s takimi, ki so tudi razmeroma lahko izvedljive. Kako je ta razvoj potekal na Finskem, s kakšnimi kadri in opremo? In kako je potekalo raziskovanje?

Na Finskem so učinkovitost GI začeli klinično raziskovati kmalu po letu 2000. Najprej so preučevali učinek vsakodnevnega poslušanja glasbe po možganski kapi. Pri zdravljenju depresije pa jih je zanimal učinek improvizacijske glasbene terapije. Nato se je zadnjih dvajset let raziskovanje širilo na druga področja (npr. s petjem in igranjem instrumentov) pri omenjenih skupinah in tudi pri drugih bolnikih z nevrorazvojnimi (disleksija, nega nedonošenčkov), nevrološkimi (travmatska okvara možganov) in z nevrodegenerativnimi motnjami. Danes večino tovrstnih raziskav izvaja Center odličnosti v glasbi, umu, telesu in možganih (Center of Excellence in Music, Mind, Body and Brain) na univerzah Jyväskylä in Helsinki.

Po literaturi lahko sklepamo, da je poslušanje vokalne ali vokalno-instrumentalne glasbe za bolnike po možganski kapi eden od najlažje dosegljivih pa tudi učinkovitih načinov za spodbujanje možganov. Lahko bi ga uvedli tudi v Sloveniji, kjer se o sistematični nevrorehabilitaciji z glasbo šele razmišlja. Zato bom vprašanja omejil na to problematiko. Ali lahko podrobneje opišete, kdaj in kako pri vas uvajate GI po možganski kapi?

Pri bolnikih z možgansko kapjo se na Finskem v akutni/subakutni fazi glasbena nevrorehabilitacija formalno ne izvaja, a bolnike spodbujamo k vsakodnevnemu poslušanju glasbe po lastni izbiri (lahko s pomočjo domačih) v bolnišnici in po odpustu doma. Raziskave so pokazale pozitivne učinke: zgodnje okrevanje govorne funkcije, umskih funkcij (spomin, pozornost) in boljše razpoloženje v prvih mesecih. Nekateri logopedi v zgodnjo rehabilitacijo vključujejo tudi petje, nekateri fizioterapevti pa ritmično glasbo v trening hoje, a za to še ni strokovnih smernic. Pozneje, v subakutni/kronični fazi bolnik po kapi lahko dobi storitev v javnem zdravstvenem sistemu, kjer je glasbena nevrorehabilitacija lahko bolj aktivna, ciljna in sistematična; žal je premalo osebja in so storitve na voljo le razmeroma malo bolnikom. Lahko pa se včlanijo v tretji sektor, v organizacije bolnikov in krajevne klube oseb po možganski kapi; nekateri v okviru družabnih dejavnosti gojijo tudi srečanja s petjem v skupini ali v zboru.

Kdaj pa začnete z rehabilitacijo afazije? Se pristopi razlikujejo glede na čas, ko jih začnete uvajati?

Za rehabilitacijo afazije po možganski kapi imamo dobre izkušnje s poslušanjem glasbe in s petjem, ki temeljijo na dveh kliničnih raziskavah. V subakutni fazi (prvi trije meseci po kapi) se z vsakodnevnim poslušanjem vokalne glasbe spodbudi hitrejše okrevanje govorne funkcije (tvorba govora) pa tudi verbalni spomin. V kronični fazi (šest mesecev in več po kapi) sodelovanje na tedenskih skupinskih pevskih srečanjih, kjer uporabljajo zborovsko petje in melodično intonacijsko terapijo (MIT), pa tudi urjenje doma, lahko prispeva h boljšemu tvorjenju govora, komunikaciji in psihosocialni dobrobiti. Tako prva kot druga vrsta intervencije povzročita strukturne in funkcijske nevroplastične spremembe v možganskem omrežju za govor.

Je pri tem treba upoštevati kakšne posebne previdnostne ukrepe? Morda tudi kontraindikacije?

Nasploh je glasba varno, dobro sprejeto rehabilitacijsko orodje za več skupin bolnikov. Potencialne kontraindikacije so motnje sluha (vključno z amuzijo, hujšo motnjo zaznavanja glasbe), nedoživljanje in nenaklonjenost do glasbe (glasbena anhedonija) in silno redka muzikogena epilepsija.



Doc. dr. Teppo Särkämö

Kako pa izbirate glasbo? Gotovo se pozanimate za bolnikov okus, priljubljeno glasbo, morda za njegov spomin na glasbo iz preteklosti?

Rehabilitacijske učinkovitosti posameznih glasbenih žanrov sistematično nismo preučevali. Ko razmišljamo o glasbi v zgodnji rehabilitaciji po kapi, je priporočljiva predvsem bolniku prijetna, razmeroma bogata glasba, pestra po melodiki, ritmu, besedilu, da lahko spodbudi široko omrežje v od kapi neprizadetih predelih možganov. Pri bolniku z demenco je predvsem pomembno, da gre za njemu znano in osebno pomembno glasbo, ki obudi spomine ter olajša komunikacijo in socialne stike. Nasploh lahko rečemo, da terapevtske koristi glasbe izhajajo iz vzbujenih občutij nagrade/užitka in iz pomembnosti za bolnika osebno; če v glasbi ne uživa in v njej ne najde smisla, je malo verjetno, da bo taka glasba zanj lahko koristna*.

Ali sistematično preskušate, katera glasba bo za določenega bolnika najprimernejša? Spominjam se pripovedi pokojnega prof. Vinka Dolenca, da so svojci neke gospe po možganski krvavitvi opozorili na njeno ljubezen do operetne glasbe in da se ji je govorna funkcija s poslušanjem iz mladosti znanih besedil na oddelku nepričakovano dobro popravila. Kako ukrepate, kadar o tem ne izveste ne od bolnika ne od svojcev?

Pri kliničnih raziskavah s poslušanjem glasbe smo sodelovali z glasbenimi terapevti, ki bolnikom lahko pomagajo pri izbiri, kakšno vrsto glasbe bi si želeli poslušati. Če bolnik zaradi težav v razumevanju in ubesedovanju težko sporoča, kaj bi najraje poslušal, si lahko pomagamo s preskušanjem; predvajamo različne pesmi in sklepamo iz opaženih odzivov. Seveda tudi družinski člani, otroci in zakonski partnerji, ki osebo dolgo poznajo, lahko povedo, kakšno glasbo ima rada.

Kdaj je najboljše časovno okno za uvedbo glasbe? In do kdaj je še pričakovati korist od poslušanje glasbe, če se bolnik vključi šele pozneje?

V raziskavah je bilo bolnikom po možganski kapi vsak dan omogočeno poslušanje glasbe v subakutni fazi (en teden do tri mesece po kapi), torej v času, ko se okrevajoči možgani spontano nevroplastično močno spreminjajo in so zelo sprejemljivi za vplive iz okolja, ki lahko obogatijo ta proces. Ugotovili smo, da se v tem času s poslušanjem glasbe izboljša govorna produkcija, kognitivno funkcioniranje (spomin, pozornost) in razpoloženje. Lahko da poslušanje glasbe podobno koristno deluje tudi v poznejši fazi okrevanja po kapi, a tega še nismo raziskovali. Možno je, da bi bile tedaj učinkovitejše bolj aktivne oblike GI (petje, poslušanje glasbe, trening gibanja z glasbo).

Kateri zdravstveni kadri se danes na Finskem že med študijem sistematično seznanijo z uporabo glasbe v nevrorehabilitaciji?

Na Finskem v učne programe za poklice v zdravstvu sistematični pouk o GI ni vključen. Vendar pa se med izobraževanjem na posameznih predavanjih/tečajih srečajo s to tematiko; pogosto jo ponujajo psihologom, logopedom, fizioterapevtom in nevrološkim medicinskim sestram. Poklicnemu izobraževanju glasbenih terapevtov pa se posveča magistrski program na Univerzi Jyväskylä.

Hvala obema, v upanju, da bo tudi ta pogovor prispeval k uvajanju glasbe v nevrorehabilitacijo pri nas, morda tudi k sodelovanju z vami v prihodnosti. Posebej bodo zanimive ugotovitve vaše raziskave o glasbeni rehabilitaciji na daleč (1), kar bi utegnila biti dobra rešitev tudi za nas, saj je naš hriboviti svet logistično neprijazen za starejše in gibalno ovirane, ki želijo pomoč čim bliže domu.

Vir

1. Laakso E, Oksanen E, Kaila LM, Salakka I, Kauramäki J et al, Efficacy of music-based telerehabilitation after stroke: protocol description of a randomised controlled trial. BMJ Open 2026 Sep 24;16(9):e124110

Prim. Igor M. Ravnik, dr. med., spec. pediatrije, Ljubljana

* Op. avt.: Nekatere raziskave pri osebah z epilepsijo kažejo, da se delež elektroencefalografskih nenormalnosti in kliničnih napadov lahko tudi zmanjša, če poslušajo neznano in nevšečno glasbo, kar kaže na bolj neposreden nevroakustični, od estetskega in čustvenega neodvisen mehanizem modulacije možganske aktivnosti.

Etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja

Jan Grosek

Uvod

Napredek kirurgije, anesteziologije, intenzivne medicine in perioperativne oskrbe je v zadnjih desetletjih omogočil, da je vedno več bolnikov sposobnih tudi za najzahtevnejše operativne posege. Posledično se kirurgi vse pogosteje srečujemo s situacijami, v katerih je operacija tehnično izvedljiva, vendar njena klinična in etična upravičenost nista več samoumevni. Odločitev za operacijo namreč vedno pogosteje presega zgolj presojo tehnične izvedljivosti in postane (bi morala postati) tudi presoja sorazmernosti zdravljenja in ciljev le-tega na osnovi pričakovanega funkcionalnega izida ter skladnosti predlaganega posega in njegovih posledic z bolnikovimi vrednotami in prioritetami. Namen prispevka je analizirati etične dileme pri opuščanju kirurškega zdravljenja ter osvetliti klinične, komunikacijske, psihološke in kulturne dejavnike, ki vplivajo na takšno odločitev.

Prispevek obravnava dve medsebojno povezani razsežnosti problema. Prva zadeva bolnika, in sicer upoštevanje prognoze bolezni, pričakovanega funkcionalnega izida, stopnje krhkosti, kognitivnega statusa pa tudi kumulativnega bremena zdravljenja pri nekaterih bolnikih. Druga zadeva kirurga, in sicer njegovo poklicno identiteto, miselne modele odločanja in nekatere druge ključne dejavnike, ki lahko vplivajo na njegovo odločitev. Da operacije ne izvedemo, ni ne poraz pa tudi ne nasprotje aktivnega zdravljenja. V določenih okoliščinah je to njegova najbolj odgovorna in etično utemeljena oblika.

Sorazmernost kot praktični etični kriterij

V kirurgiji je kriterij sorazmernosti praktično bolj uporaben od pojma nesmiselnega zdravljenja (angl. futility). Malo posegov je namreč popolnoma brez učinka. Veliko pogosteje je pričakovana korist omejena, kratkotrajna ali za bolnika napačne vrste. Ko presojamo sorazmernost, se ne sprašujemo, ali poseg deluje v absolutnem smislu, ampak ali verjetna korist upravičuje verjetno breme.

V praksi je sorazmernost koristno razdeliti na štiri ravni. Tehnična sorazmernost pomeni, ali je poseg izvedljiv z razumno verjetnostjo, da doseže neposredni kirurški cilj. Klinična pomeni, ali bo doseženi tehnični cilj verjetno spremenil širši potek bolezni, in funkcionalna, ali bo bolnik po posegu dosegel zanj sprejemljivo raven samostojnosti. Vrednostna sorazmernost pa se nanaša na dilemo, ali je pričakovani izid sploh skladen z bolnikovimi prioritetami. Kirurgija je lahko tehnično sorazmerna, a vrednostno povsem zgrešena. V tej razliki je jedro sodobnih etičnih dilem.

S tovrstno problematiko je v tesni povezavi tudi ugotavljanje zdravljenja, ki ni skladno z bolnikovimi cilji (angl. goal-discordant treatment). Operacija ni problematična zato, ker je (pre)velika, ampak zato, ker vodi k rezultatu, ki ga bolnik ne bi štel za sprejemljivega. Če bolniku največ pomeni življenje doma, prepoznavanje svojcev ali ohranjena kognitivna jasnost, je poseg, ki bo z veliko verjetnostjo vodil v nasprotje tega, neskladen z njegovimi cilji, tudi če je tehnično brezhibno izveden. Zato mora kirurg že pred posegom ugotoviti, kaj za bolnika pomeni slab izid. V nasprotnem primeru bo ekipa uspeh definirala po svojih merilih, bolnik pa po svojih.

Bolnik

Pri odločanju o smiselnosti operativnega posega je pojem prognoze pogosto uporabljen

Predavanje s tem naslovom je bilo predstavljeno na 79. rednem srečanju Slovenskega združenja za gastroenterologijo v Rogaški Slatini (21.–22. maj 2026).
Razširjen prispevek je objavljen v reviji Gastroenterolog (letnik 30, številka 1) in je prosto dostopen na povezavi: https://slojgastroenterology.com/journal/2026/1/Etične%20dileme%20pri%20opuščanju%20kirurškega%20zdravljenja.pdf

preozko. Klinično in etično pomembna prognoza je vedno dvojna. Biološka prognoza zadeva pričakovano preživetje, verjetnost napredovanja bolezni in možnost odprave akutnega problema. Življenjsko-funkcionalna prognoza pa zadeva potek življenja po posegu: stopnjo samostojnosti, možnost bivanja doma, rehabilitacijski potencial in verjetnost institucionalizacije. Kirurgija lahko izboljša prvo in hkrati poslabša drugo. Če presojamo le prvo dimenzijo, operacijo zlahka priporočimo; če vključimo drugo, se sklep lahko spremeni.

Funkcionalni izid je eden najpomembnejših, a pogosto podcenjenih izidov sodobne kirurgije. Za številne bolnike ni ključno vprašanje, ali bodo preživeli operacijo, ampak ali bodo po njej še hodili, živeli doma, prepoznali bližnje, skrbeli zase ali komunicirali na način, ki jim je pomemben. Če kirurg presoja le umrljivost in obolevnost, spregleda tisti del rezultata, ki je bolniku pogosto najpomembnejši. V tem kontekstu sta izredno pomembna koncept krhkosti ter predoperativni kognitivni status bolnika.

Krhkost je v sodobni perioperativni medicini ključen koncept. Opredeljuje jo zmanjšana fiziološka rezerva in povečana ranljivost za neugodne izide. Ni le prognostični podatek, temveč opozorilo, da ista operacija za različne bolnike pomeni različno. Pri robustnem bolniku je obsežen poseg lahko jasna pot do izboljšanja, pri krhkem pogosto vodi v dolgotrajno okrevanje brez povrnitve sprejemljivega življenja.

Kognitivni upad bolnika pa vpliva na odločanje na dveh ravneh. Vpliva na izid, saj poveča verjetnost pooperativnega delirija, trajnejšega funkcionalnega upada in odpusta v domsko oskrbo. Hkrati pa vpliva tudi na samo odločanje, saj odpira vprašanje bolnikove sposobnosti odločanja. Demence pri tem ne smemo enačiti z nesposobnostjo odločanja: ta je specifična za vsako konkretno odločitev in je lahko ohranjena tudi pri blagem ali zmernem kognitivnem upadu.

Klinične situacije z izrazitimi dilemami

Nekatere klinične situacije so posebej težavne, ker so moralno zavajajoče: na eni strani je stanje z jasnim kirurškim zdravljenjem, na drugi pa dejavniki, ki močno zmanjšujejo verjetnost, da bo odprava tega problema bolniku prinesla resnično korist.

Pri napredovali maligni bolezni operacija pogosto ni več kurativna, ostaja pa tehnično izvedljiva in klinično vabljiva, zlasti ob jasnem lokalnem problemu, kot so obstrukcija, perforacija ali krvavitev. Poseg je upravičen, kadar realno olajša simptome ali omogoči prehod v manj obremenjujočo obliko oskrbe. Problem nastane, ko operacija reši lokalni problem, širšega poteka bolezni pa ne spremeni in bolnika izpostavi dolgotrajnemu okrevanju ter izgubi časa, ki bi ga sicer preživel zunaj bolnišnice. Najpogostejši vzrok etično neustrezne odločitve pri teh bolnikih ni napačna tehnična indikacija, temveč nejasno artikuliran cilj zdravljenja. Cilj mora biti poimenovan konkretno: zmanjšanje bolečine, omogočenje peroralnega vnosa, odprava vira krvavitve in podobno.

Pri zelo starih in krhkih bolnikih se je treba izogniti dvema nasprotnima poenostavitvama. Prva je starizem, torej prepričanje, da je visoka starost sama po sebi razlog proti operaciji. Druga pa je trditev, da starost ni pomembna in da šteje le tehnična operabilnost. Kronološka starost ne pove dovolj o fiziološki rezervi, funkcionalnem statusu ali verjetnosti okrevanja. Prav pri tej skupini se najbolj jasno pokaže razlika med operabilnim in primernim za operacijo.

Pri večkrat operiranih bolnikih osrednja težava ni starost, temveč kumulativno breme zdravljenja. Nobena posamezna operacija ni nujno neustrezna, seštevek zaporednih intervencij pa vodi v povsem drugačen položaj, kot je obstajal na začetku. Največja etična nevarnost je logika že vloženega napora (angl. sunk cost): ker je bilo v bolnika toliko vloženega, se nadaljevanje zdi skoraj moralna dolžnost. Toda pretekli vložek ne ustvarja sedanje indikacije. Vprašati se je treba, ali še zdravimo bolezen ali predvsem obravnavamo posledice že vzpostavljenega terapevtskega cikla.

Urgentna kirurgija nazorno razkrije napetost med kulturo neposrednega ukrepanja in potrebo po etični zadržanosti. Časovni pritisk in kulturni refleks rešiti akutni problem ustvarjata okolje, v katerem se neoperativna odločitev zdi skoraj nesprejemljiva. Prav pri zelo starih in krhkih bolnikih pa je lahko urgentna operacija hkrati tehnično nujna in življenjsko-funkcionalno uničujoča. To ne pomeni, da je ne smemo ponuditi, pomeni pa, da tudi tovrstna odločitev ni izvzeta iz etične presoje.

Kirurg

Kirurško odločanje se pogosto prikazuje kot izraz racionalne presoje na podlagi objektivnih podatkov. Tak opis je delno pravilen, a nepopoln. Kirurg ne odloča v vakuumu, temveč v konkretnem institucionalnem, kulturnem in psihološkem okolju, pod vplivom lastnih izkušenj, strokovne socializacije in notranje predstave o tem, kaj pomeni biti dober kirurg.

Model popravi (angl. fix-it) zelo natančno opiše miselni okvir, skozi katerega kirurgi in bolniki pogosto razumejo bolezen: kot omejeno, popravljivo motnjo, ki jo poseg odpravi in s tem obnovi normalno stanje. Logika odlično deluje v številnih klasičnih kirurških stanjih. Problem nastane, ko se isti model nekritično uporabi tam, kjer bolezen ni več ločena okvara, temveč del širšega telesnega, onkološkega ali kognitivnega upada. Takrat ustvari vtis, da odprava lokalne motnje pomeni tudi vrnitev bolnika v boljše stanje kot celoto. To se kaže pri pogovoru med bolnikom in kirurgom: tole je treba odstraniti, tukaj je zapora, to moramo sanirati. Takšna poenostavljena razlaga lahko zabriše dejstvo, da

problem ni zgolj v enem organu, temveč v celotnem bolnikovem stanju. Bolnik posledično ne izbira med različnimi prihodnostmi, temveč med popravkom in ne-popravkom, pri čemer se drugo zdi skoraj absurdno.

Kirurški entuziazem označuje težnjo, da kirurg zaradi strokovne identitete, tehnične samozavesti in kulture intervencije operacijo doživlja kot skoraj samoumevno obliko odgovornega zdravljenja. Ni izraz ambicije ali moralne površnosti. Nasprotno, pogosto izhaja iz najboljših namenov in prav zato je tako težko prepoznaven. V praksi se pokaže kot razširjanje indikacij v sivih conah, v pretirano optimistični oceni verjetnosti dobrega izida in premajhnem poudarku na funkcionalnem bremenu operacije.

Kirurški dogovor o vztrajanju pri zdravljenju (angl. surgical buy-in) opisuje neizrečeno pričakovanje, da bo bolnik z odločitvijo za velik poseg sprejel tudi agresivno pooperativno zdravljenje. Koncept pojasni, zakaj je omejevanje zdravljenja po zapletih tako težko: kasnejša odločitev za omejitev intenzivne terapije lahko deluje kot kršitev dogovora. Težava je, da (če) je dogovor preslabo oblikovan. Bolnik lahko pristane na tvegano operacijo, to pa ne pomeni nujno, da pristaja na mesece intenzivne terapije brez realne možnosti sprejemljivega izida.

Klinični zagon pomeni, da po začetku terapevtske verige nadaljevanje postane skoraj samoumevno. Diagnostika vodi v konzilij, konzilij v operacijo, operacija v intenzivno zdravljenje, zaplet v reoperacijo. Vsak korak je lahko racionalen; problem nastane, ko nihče več ne presoja celotne poti, temveč le upravlja naslednjo posledico prejšnjega koraka. S tem je povezana kultura reševanja, osrednja moralna vrednota kirurgije, ki postane problematična, ko cilj ni več bolnikova korist, temveč imperativ, da se ne odneha.

K temu se pridružujejo kognitivne pristranskosti, ki jih časovni pritisk in negotovost okrepijo: pristranskost v prid ukrepanju, optimistična pristranskost, pristranskost dostopnosti in pristranskost zaradi že vloženega napora. Nobena ni znak slabe medicine, nevarne pa so, kadar ostanejo neprepoznane.

Ne nazadnje je tu kirurška identiteta. Poklicna kultura visoko vrednoti odločnost, tehnično spretnost, zbranost v krizi in zmožnost ukrepati tam, kjer drugi omahujejo; brez tega bi kirurgija izgubila velik del učinkovitosti. Vendar ima to etično ceno: če je poklicna samopodoba premočno vezana na dejanje, zadržanost začne delovati kot manj legitimna oblika strokovnosti. Odločitve o opuščanju operacije so zato težke ne le zaradi negotove prognoze, temveč zato, ker posegajo v jedro kirurškega jaza.

Moralna stiska

Moralna stiska nastane, kadar klinik zazna, da zdravljenje ne služi več smiselnemu cilju ali bolnikovim vrednotam, vendar tega zaradi različnih pritiskov ne more uresničiti. V kirurškem okolju je posebej izrazita, ker so odločitve težke, hierarhije močne, kultura akcije izrazita, posledice pa nepovratne. Nastaja postopoma, skozi občutek, da sistem nadaljuje zdravljenje predvsem zato, ker ga je težko ustaviti.

Moralna stiska ni znak osebne neodpornosti, temveč pogosto nasprotno, znak ohranjene moralne občutljivosti. Problem nastane, ko jo institucija razume kot individualni psihološki problem in posamezniku sporoči, naj postane bolj odporen. S tem spregleda, da je stiska razumen odziv na slabo strukturirano zdravljenje. Obravnavati jo je treba kot pokazatelj, da je nekaj v procesu odločanja, komunikacije ali organizacije etično problematično.

Zaključek

Sodobna kirurgija se vse manj sooča z vprašanjem, ali je poseg tehnično mogoč, in vse bolj z vprašanjem, ali je za konkretnega bolnika še smiseln. Ta premik od tehnične izvedljivosti k etični upravičenosti je ena najpomembnejših sprememb sodobne kirurške prakse.

Odločitev ne operirati ni sinonim za terapevtski umik ali pomanjkanje strokovne ambicije. V številnih okoliščinah je lahko najbolj zrela oblika zdravljenja. Zahteva sposobnost, da kirurg hkrati vidi bolezen in človeka, anatomijo in funkcionalno prognozo, tehnični uspeh in življenjski izid. Zahteva priznanje, da so funkcionalni izid, kognitivna integriteta, možnost bivanja doma in ohranjeno dostojanstvo enako pomembni kot perioperativno preživetje. Kirurgija, ki teh razsežnosti ne vključuje, tvega, da postane tehnično odlična, vendar etično osiromašena.

Klasični kirurški pogum je bil pogum posega, zmožnost odločnega ukrepanja v težkih razmerah. Ta pogum ostaja nujen. Sodobna kirurgija pa potrebuje še drugo vrsto: pogum zadržanosti. Pogum, da se upremo organizacijski in kulturni inerciji intervencije. Pogum, da bolniku in svojcem pošteno povemo, da operacija verjetno ne bo dosegla tistega, kar si od nje želijo. In pogum, da ostanemo dobri kirurgi tudi takrat, ko se odločimo, da ne bomo operirali.

Če želi sodobna kirurgija ostati velika stroka, ne sme biti velika le v tehnični odličnosti in pogumu posega. Velika mora biti tudi v zmožnosti omejiti lastno moč, kadar ta ne služi več bolniku. Njena veličina se ne meri le v tem, kaj zmore narediti, temveč tudi v tem, čemur se zna odpovedati.

Izr. prof. dr. Jan Grosek, dr. med., svet., UKC Ljubljana, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo

Priložnost, ki je v ambulanti ne smemo spregledati: farmakoterapija pri opuščanju rabe nikotina

Kaja Batista, Tomaž Čakš, Rok Zaletel

Zasvojenost z nikotinom je kronično, ponavljajoče se stanje ter eden najpomembnejših preprečljivih vzrokov obolevnosti in prezgodnje umrljivosti. Kljub temu jo v klinični praksi pogosto obravnavamo manj sistematično kot druge kronične bolezni. Bolniku s hipertenzijo praviloma ne svetujemo zgolj, naj »poskusi manj soliti«, brez nadaljnje obravnave, spremljanja in po potrebi zdravljenja. Pri zasvojenosti z nikotinom pa se še vedno prepogosto zgodi prav to: bolniku povemo, da bi bilo dobro prenehati, nato pa pogovor hitro preide k drugim težavam.

Za učinkovito pomoč ni potrebno, da zdravnik vodi celoten proces opuščanja. Pomembno pa je, da zasvojenost prepozna in se ji posveti ter bolniku ponudi konkreten naslednji korak. Že kratka, nekajminutna obravnava lahko vključuje spodbudo k opustitvi, usmeritev v intenzivnejšo vedenjsko podporo, po potrebi pa tudi uvedbo ustrezne farmakoterapije. Strukturirana intenzivna vedenjska podpora je brezplačno dostopna v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih (CKZ/ZVC), kamor lahko zdravnik usmeri uporabnika tobačnih in nikotinskih izdelkov v individualno ali skupinsko svetovanje. Na voljo je tudi brezplačni anonimni svetovalni telefon za opuščanje kajenja 080 2777, ki deluje vsak dan v letu, možna pa je tudi proaktivna telefonska podpora pri vzdrževanju abstinence in preprečevanju ponovne uporabe nikotina. Tako lahko že kratek pogovor v ambulanti pomeni začetek celostne obravnave, ki uporabniku pomembno poveča možnosti za uspešno opustitev.

Članek z literaturo je objavljen na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije: Za člane > Glasilo Isis > 2026 > Isis november 2026

Nikotin – skupni imenovalec tobačnih in nikotinskih izdelkov

Cigareta je le eden od načinov dovajanja nikotina. Danes ga uporabniki vnašajo tudi z elektronskimi cigaretami, ogrevanimi tobačnimi izdelki, brezdimnimi tobačnimi izdelki in nikotinskimi vrečkami. Izdelki se razlikujejo tako po sestavi kot načinu uporabe ter posledično tudi po vrsti in obsegu izpostavljenosti škodljivim snovem, vendar skupni imenovalec vsem tem izdelkom ostaja nikotin.

Nikotin je ena najbolj zasvojljivih psihoaktivnih snovi in ima tudi sam neposredne škodljive učinke na zdravje. Povzroča vazokonstrikcijo ter zvišuje srčni utrip in krvni tlak, ob dolgotrajni izpostavljenosti pa lahko povzroča disfunkcijo endotelija, zmanjšuje prožnost žil, spodbuja aterosklerotične procese in vpliva na presnovo glukoze ter s tem prispeva k razvoju srčno-žilnih in presnovnih bolezni. Učinki nikotina se kažejo tudi na drugih organskih sistemih: vpliva lahko na dihala (oženje bronhusov), hormonsko ravnovesje (poviša vrednosti stresnega hormona kortizola, adrenalina ...) in spolno funkcijo (impotenca) ter sodeluje v bioloških procesih, ki so povezani z napredovanjem nekaterih malignih bolezni.

Posebej škodljiva je izpostavljenost med nosečnostjo, saj nikotin prehaja skozi posteljico, vpliva na njen krvni obtok ter lahko neugodno vpliva na rast in razvoj ploda, zlasti na razvoj možganov in pljuč. Škodljiva je tudi izpostavljenost v otroštvu in mladostništvu, ko se možgani še razvijajo. V tem obdobju lahko nikotin neugodno vpliva na pozornost, učenje, razpoloženje in nadzor impulzov, zgodnejši začetek uporabe pa povečuje tveganje za izrazitejšo in dolgotrajnejšo zasvojenost.

V ozadju zasvojenosti z nikotinom je dobro poznan nevrobiološki mehanizem. Po vstopu v telo preko pljuč, kože ali sluznice nikotin že v nekaj sekundah doseže možgane, kjer se veže na nikotinske acetilholinske receptorje, predvsem $\alpha4\beta2$ v ventralnem tegmentalnem področju, ter sproži sproščanje dopamina in drugih nevrotransmiterjev, med drugim noradrenalina, serotonina, acetilholina in glutamata. Ponavljajoča se izpostavljenost povzroča nevroadaptacijo in vodi v razvoj tolerance in zasvojenosti.

Ko se vnos nikotina zmanjša ali prekine, se zaradi teh prilagoditev pojavijo odtegnitveni simptomi, med katerimi so najznačilnejši izrazito hrepenenje po nikotinu, razdražljivost, jeza, nemir, tesnoba, slabše/depresivno razpoloženje, motnje spanja in težave s koncentracijo. Hrepenenje je lahko zlasti v prvih tednih zelo izrazito in je eden najpomembnejših razlogov za ponoven začetek uporabe. Opuščanje dodatno otežujejo vedenjske navade, vsakodnevni sprožilci in socialno okolje. Zdravljenje mora zato obravnavati tako telesno zasvojenost kot psihološke, vedenjske in socialne dejavnike, ki rabo nikotina vzdržujejo.

Kdaj pomisliti na farmakoterapijo?

Temelj obravnave uporabnikov tobačnih in nikotinskih izdelkov, ki želijo prenehati, je vedenjska podpora. Farmakoterapija je dodatna možnost, ki je še posebej smiselna pri odraslih z izrazitejšo zasvojenostjo, močnim hrepenenjem ali izrazitimi odtegnitvenimi simptomi in pri tistih, ki so v preteklosti že večkrat neuspešno poskušali prenehati. O njej je smiselno razmisliti tudi pri bolnikih s pridruženimi boleznimi, pri katerih ima prenehanje kajenja pomemben vpliv na potek in izid zdravljenja, na primer pri srčno-žilnih boleznih, kronični obstruktivni pljučni bolezni, sladkorni bolezni, parodontalni bolezni ...

Osebe, katerim priporočimo farmakoterapijo, naj imajo željo opustiti rabo tobačnih oz. nikotinskih izdelkov. Pri osebah, ki na opustitev še niso pripravljene, pa je pomembno nadaljevati z motivacijsko podporo in jih ob vsakem obisku spodbujati k razmisleku o spremembi.

Pred izbiro zdravljenja poleg pripravljenosti na opustitev tobačnih ali nikotinskih izdelkov ocenimo stopnjo zasvojenosti, predhodne poskuse opuščanja, zdravstveno stanje, zdravila, ki jih oseba jemlje, in morebitne kontraindikacije za uporabo posameznih zdravil za opuščanje kajenja. Upoštevamo tudi bolnikove preference, življenjske okoliščine in vrsto izdelka. Pri otrocih in mladostnikih ter pri nosečnicah in doječih materah je priporočeni pristop vedenjska podpora.

Kaj o farmakoterapiji pravijo dokazi?

Pri opuščanju kajenja sistematični pregledi potrjujejo, da vareniklin, citizin, nikotinsko nadomestno zdravljenje (NNT) in bupropion povečajo verjetnost dolgotrajne opustitve. Med učinkovitejše farmakološke možnosti se uvrščajo vareniklin, citizin in kombinirano NNT (tj. ko se obliž uporablja skupaj s kratkodelujočo obliko). Vareniklin je učinkovitejši od bupropiona in posamezne oblike NNT, kombinirano NNT pa je učinkovitejše od ene same oblike. Med vareniklinom in kombiniranim NNT jasne razlike v učinkovitosti niso dokazali. Uspešnost opuščanja se dodatno poveča, kadar farmakoterapijo dopolnimo z vedenjsko podporo. S temi ugotovitvami so skladna tudi priporočila Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za opuščanje tobaka pri odraslih.

Pri opuščanju brezdimnih tobačnih izdelkov, kot je snus, je dokazov manj kot pri opuščanju kajenja. SZO kot farmakološki možnosti priporoča vareniklin ali NNT, ob vedenjski podpori.

Pri opuščanju elektronskih cigaret in nikotinskih vrečk brez tobaka pa je dokazov o farmakoterapiji bistveno manj. Pri odraslih uporabnikih elektronskih cigaret ima trenutno največ neposrednih dokazov vareniklin, vendar so dokazi nizke kakovosti. Dokazi za NNT in citizin so zaenkrat še nezadostni. Za opuščanje uporabe nikotinskih vrečk za zdaj praktično še ni neposrednih dokazov o učinkovitosti farmakoterapije. Ker je kakovostnih neposrednih dokazov pri elektronskih cigaretah in nikotinskih vrečkah malo, tuje smernice priporočila za njihovo opuščanje večinoma oblikujejo na podlagi strokovnega konsenza, kliničnih izkušenj in dokazov iz opuščanja kajenja. Tak pristop je razumljiv, saj zdravljenje v osnovi obravnava isto zasvojenost z nikotinom.

Nikotinsko nadomestno zdravljenje

NNT je odobrena oblika zdravljenja zasvojenosti z nikotinom. Temelji na preprostem načelu: bolnik prejme nadzorovan odmerek nikotina in s tem zmanjša odtegnitvene simptome, ne da bi vnesel hkrati tudi tobačni dim, katran, ogljikov monoksid in številne druge škodljive snovi, ki nastajajo pri zgorevanju tobaka.

Pri tem je bistveno razlikovanje med nadzorovano terapevtsko uporabo in uporabo potrošniških nikotinskih izdelkov (elektronskih cigaret, nikotinskih vrečk in drugih izdelkov). Zanje ne veljajo enake zahteve kot za NNT, ki je zdravilo in mora pred prihodom na trg dokazati ustrezno kakovost, varnost in učinkovitost. Sestava potrošniških izdelkov, koncentracija nikotina in način njegovega dovajanja so v teh izdelkih zelo pestri. Tako je vnos nikotina težje nadzorovati, številni omogočajo hitro dovaja-

Pomembno je vedeti

Po opustitvi kajenja se lahko pojavijo nekatere presnovne in druge klinično pomembne spremembe, na katere je pri posameznih bolnikih dobro pomisliti (in niso povezane s stranskimi učinki zdravil, temveč z opustitvijo rabe tobaka).

Pri ***bolnikih s sladkorno boleznijo*** se lahko po prenehanju kajenja spremeni glikemična urejenost, zato je predvsem v začetnem obdobju smiselno pogosteje spremljati glikemijo in po potrebi prilagoditi zdravljenje sladkorne bolezni. Ob opustitvi je pogost tudi povečan apetit in porast telesne mase, kar lahko dodatno vpliva na presnovno urejenost.

Spremeni se lahko tudi ***presnova nekaterih zdravil***. Policiklični aromatski ogljikovodiki v tobačnem dimu inducirajo encim CYP1A2. Ko bolnik preneha kaditi, ta indukcija oslabi, presnova nekaterih zdravil se lahko upočasni, posledično se poveča njihova raven v krvi. Pojav je lahko klinično pomemben pri zdravilih, kot so na primer teofilin, klozapin in ropinirol. Pri teh bolnikih je zato lahko potrebno natančnejše spremljanje in prilagoditev odmerka.

Pri posameznikih z ***anamnezo duševne motnje*** je pri opuščanju kajenja potrebna dodatna pozornost, saj se lahko v obdobju nikotinske odtegnitve pojavijo ali prehodno okrepijo psihični simptomi, kot so depresivno razpoloženje, tesnoba in razdražljivost.

nje velikih količin nikotina, kar lahko prispeva k vzdrževanju zasvojenosti.

V lekarnah so samoplačniško na voljo različne oblike NNT, na primer obliži, žvečilni gumiji in pršila. Obliž zagotavlja enakomernejšo raven nikotina čez dan, hitrodelujoče oblike pa bolnik uporabi ob nenadni želji po uporabi tobačnih ali nikotinskih izdelkov.

Pri svetovanju o NNT je pomembno, da bolnik uporablja ustrezen odmerek. Če pride do prekomerne izpostavljenosti nikotinu (simptomi so slabost, omotica, glavobol, razbijanje srca), naj oseba zmanjša odmerek NNT. Pri močneje zasvojenih pa je pogosto potreben višji začetni odmerek ali kombinacija obliža s kratkodelujočo obliko NNT. Zdravljenje praviloma traja več tednov, nato pa se odmerek postopoma zmanjšuje. Uporabnika je treba vprašati tudi o morebitni sočasni uporabi drugih tobačnih ali nikotinskih izdelkov, saj lahko prevelik vnos nikotina iz več virov povzroči simptome prekomerne izpostavljenosti nikotinu.

Bupropion

Bupropion je antidepresiv in zavira ponovni privzem noradrenalina in dopamina. Pri opuščanju kajenja zmanjšuje hrepenenje in odtegnitvene simptome. Bupropion je kontraindiciran pri epilepsiji oziroma anamnezi epileptičnih napadov, tumorju osrednjega živčevja, bulimiji ali anoreksiji nervozi, hudi cirozi jeter, bipolarni motnji, sočasni uporabi zaviralcev monoaminooksidaz ali drugih zdravil, ki vsebujejo bupropion, ter pri nenadni prekinitvi čezmernega uživanja alkohola ali jemanja sedativov.

V Sloveniji je trenutno na voljo bupropion, ki je odobren le za zdravljenje depresije, ne pa kot pomoč pri opuščanju kajenja.

Vareniklin

Vareniklin se veže na α4β2 nikotinske receptorje in deluje na dva načina: kot delni agonist in s tem vzdržuje zmerno raven dopamina in blaži odtegnitvene simptome, pa tudi kot antagonist, saj preprečuje vezavo nikotina.

Zdravljenje se običajno začne 1–2 tedna pred načrtovanim datumom opustitve uporabe tobačnih izdelkov. Zelo pomembno pri zdravljenju s tem zdravilom je dovolj dolgo zdravljenje (12 tednov, lahko tudi dlje), da se stanje stabilizira. Ob prehitrem prenehanju zdravljenja so recidivi mnogo pogostejši. Najpogostejši neželeni učinek je slabost, ki se pojavi pri približno tretjini bolnikov ter je praviloma blaga do zmerna in pogosto prehodna. Med pogostejšimi neželenimi učinki so tudi nespečnost, živahne oziroma neobičajne sanje in prebavne težave. Vareniklin večina bolnikov dobro prenaša, zaradi neželenih učinkov pa zdravljenje prekine le manjši delež bolnikov.

Zaradi preteklih opozoril glede možnih nevropsihiatričnih neželenih učinkov so obstajali pomisleki glede varnosti vareniklina. Med kliničnim razvojem zdravila in po njegovem prihodu na trg so bili namreč opisani različni nevropsihiatrični simptomi. Vendar poznejše raziskave, predvsem velika raziskava EAGLES iz leta 2016, niso pokazale, da bi vareniklin v primerjavi s placebom ali nikotinskim nadomestnim zdravljenjem povečal tveganje za zmerne do hude nevropsihiatrične neželene dogodke.

Pri bolnikih z anamnezo epileptičnih napadov ali drugimi stanji, ki znižujejo prag za epileptične napade, je pri uporabi vareniklina potrebna previdnost.

Pred uvedbo zdravljenja je treba preveriti trenutno razpoložljivost vareniklina, saj se stanje preskrbe lahko spreminja. Zdravilo je trenutno na beli recept dostopno v nekaterih sosednjih državah, med drugim v Avstriji, v Sloveniji pa se v prihodnje pričakuje dostopnost generičnega vareniklina, vloga za njegov vnos je že podana na JAZMP. V Sloveniji predvidevamo dostopnost generičnega zdravila z učinkovino vareniklin konec oktobra 2026.

Citizin

Citizin podobno kot vareniklin deluje na nikotinske acetilholinske receptorje α4β2 ter zmanjšuje hrepenenje po nikotinu in odtegnitvene simptome. Za razliko od sintetično pridobljenega vareniklina je citizin alkaloid rastlinskega izvora. Zdravljenje običajno traja 25 dni, odmerek se pri tem postopoma zmanjšuje. Najpogostejši neželeni učinki so prebavne težave in motnje spanja, ki so večinoma blagi in prehodn. Citizin za zdaj v Sloveniji še ni na voljo, dovoljenje za promet pa ima v sosednjih državah (v Avstriji, Italiji in na Madžarskem).

Zaključek

Po raziskavah večina uporabnikov tobačnih in nikotinskih izdelkov želi prenehati, vendar mnogim brez ustrezne pomoči ne uspe. To ni odraz pomanjkanja njihove volje, ampak narave zasvojenosti. Opuščanje rabe nikotina je za številne uporabnike dolgotrajen proces, pri katerem so ponovni poskusi prej pravilo kot izjema. Neuspelega poskusa zato ne bi smeli razumeti kot znak, da bolnik še ni pripravljen na spremembo, ampak kot priložnost, da skupaj preverite, kaj bi lahko pri naslednjem poskusu naredili drugače. Uspeh namreč ni odvisen le od posameznikove motivacije, ampak tudi od tega, ali mu znamo ponuditi ustrezno podporo in zdravljenje. Pomembno je razbiti predstavo, da je edino »pravo« prenehanje tisto brez pomoči. Zdravila niso bližnjica in ne nadomestijo bolnikove odločitve ali vedenjske podpore, lahko pa zmanjšajo hrepenenje in odtegnitvene simptome ter s tem pomembno olajšajo proces opuščanja.

Kaja Batista, dr. med., spec., NIJZ, OE Ljubljana

Dr. Tomaž Čakš, dr. med., spec., NIJZ, OE Ljubljana, nacionalni sodelavec SZO za obvladovanje rabe tobaka

Rok Zaletel, univ. dipl. pol., NIJZ, OE Ljubljana

46. mednarodni toksikološki kongres v Vilni: aktualni izzivi in mednarodni uspeh slovenske toksikologije

Ana Mavrič

Med 27. in 29. majem 2026 je v Vilni v Litvi potekal 46. mednarodni kongres Evropskega združenja centrov za zastrupitve in kliničnih toksikologov (European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists – EAPCCT). Kongres je združil strokovnjake s področja klinične toksikologije, urgentne medicine, farmakologije, intenzivne medicine, laboratorijske diagnostike in drugih strok iz Evrope in drugih delov sveta. Pred glavnim kongresom je 26. maja potekal tudi predkongresni simpozij, ki se je letos osredotočil na specifično nefrotoksičnost izbranih skupin zdravil in snovi.



1) 46. mednarodni toksikološki kongres v Vilni je bil dobro obiskan. 2) Izr. prof. dr. Miran Brvar je prejel priznanje za najboljšo predstavitev srečanja. 3) Slovensko-nizozemska naveza na zaključnem večeru kongresa. Vir fotografij: Uradni arhiv EAPCCT: https://eapcct.org/vilnius-2026/

Program kongresa je obravnaval številna aktualna področja klinične toksikologije. Med osrednjimi temami so bile diagnostika in zdravljenje akutnih zastrupitev, zdravljenje zastrupitev z zunajtelesnimi metodami in obravnava zastrupitev pri nosečnicah in novorojenčkih.

Priznanje za življenjsko delo (Louis Roche Lecture Award) je prejel prof. dr. **Horst Thiermann** z Inštituta za farmakologijo in toksikologijo nemških oboroženih sil v Münchnu. Izkušeni predavatelj se je v osrednjem predavanju posvetil zgodovini uporabe kemičnega orožja vse od časa Hanibala, njegovemu razvoju in sedanjim izzivom. Poudaril je, da grožnje kemičnih nesreč zahtevajo veliko finančnih sredstev in sistem, ki omogoča hitro prepoznavo izpostavljenosti, zaščito zdravstvenih delavcev in takojšnje zdravljenje, pri čemer šibko točko pogosto predstavlja slaba dostopnost do novih hitrih testov in specifičnost razpoložljivih antidotov v primerih zastrupitev z živčnimi strupi, kot so sarin, soman ali tabun. Tudi zaključno predavanje **prof. dr. Amina Kazzija** z Oddelka za urgentno medicino Ameriške univerze v Bejrutu je bilo posvečeno pripravljenosti sistema na tveganja množičnih nesreč. Zbrani smo bili globoko pretreseni nad pričevanjem o aktualnih razmerah v Libanonu, kar je sprožilo zaskrbljene pogovore, kako smo na tovrstne grožnje pripravljeni v Evropi, in globoko željo po miru.

Kongresa smo se udeležili tudi sodelavci Centra za klinično toksikologijo in farmakologijo UKC Ljubljana (CKTF). Udeležba je bila letos izjemno uspešna, saj je vodja CKTF **izr. prof. dr. Miran Brvar** za predavanje *Cannabis-induced neurotoxicity: evidence from in vitro and clinical studies* prejel nagrado Taylor & Francis

Clinical Toxicology Prize za najboljšo predstavitev kongresa. Predavanje, ki je obravnavalo nevrotoksične učinke konoplje, je rezultat uspešnega sodelovanja CKTF s strokovnjaki Inštituta za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani ter Kliničnega inštituta za klinično kemijo in biokemijo UKC Ljubljana. Priznanje predstavlja pomemben mednarodni uspeh in potrjuje kakovost našega strokovnega in raziskovalnega dela.

Ana Mavrič, dr. med., Center za klinično toksikologijo in farmakologijo UKC Ljubljana

Profesor dr. Corrado Angelini in profesor dr. Giovanni Meola – priznana zdravnika in raziskovalca živčno-mišičnih bolezni – v Ljubljani

Marija Meznarič

V februarju 2026 sta, v okviru rednih strokovnih izobraževanj na Nevrološki kliniki v Ljubljani, predavala prof. dr. Corrado Angelini, redni profesor nevrologije Univerze v Padovi (https://www.researchgate.net/profile/Corrado-Angelini) in gostujoči profesor Univerze v Ljubljani, ter častni profesor nevrologije Univerze v Milanu prof. dr. Giovanni Meola (https://www.researchgate.net/profile/Giovanni-Meola). Prof. Meola je tudi predsednik in soustanovitelj Fundacije »Malattie Miotoniche« (Miotonične bolezni; https://www.fondazionemalattiemiotoniche.org/). Organizacija podpira raziskave ter ozaveščanje o miotoničnih boleznih.

Prof. dr. Corrado Angelini je v predavanju »Kaj so nas njihove mišice naučile – dolgo in vznemirljivo potovanje« osvetlil pomen mišične biopsije v diagnostiki metabolnih miopatij in psevdometabolnih kliničnih slik pri distrofinopatijah in disferlinopatijah ter predstavil možnosti zdravljenja.

Pri abnormnostih anaerobnega metabolizma je opisal pomen aerobne telesne vadbe, ki poveča aerobno zmogljivost in posledično zviša prag za anaerobni metabolizem; s tem se zmanjša utrudljivost, dovzetnost za krče in mioglobinurijo.

Pacienti z McArdlovo boleznijo in genotipom, povezanim z visoko aktivnostjo angiotenzinske konvertaze (ACE), imajo težak fenotip. Moduliranje aktivnosti ACE z ramiprilom vpliva pozitivno na ekspresijo bolezni (izboljša pO_2 in kakovost življenja), vendar samo pri pacientih z genoti-



Zadaj: prof. dr. Corrado Angelini, prof. dr. Giovanni Meola, Darja Krivošić, članica Društva distrofikov, Andreja Šuštar, strokovna sodelavka Društva distrofikov. Spredaj: doc. dr. Marija Meznarič, Mateja Toman, predsednica Društva distrofikov.

pom ACE D/D, kar pomeni, da naj bi bilo zdravljenje McArdlove bolezni z ramiprilom personalizirano.

Vpliv treninga moči so sistematično proučevali pri miotonični distrofiji tipa 1 (DM1) in facioskapulohumeralni (FSH) mišični distrofiji. Zaključili so, da zmerno intenziven trening moči ni škodljiv, ni pa jasno, ali je tudi koristen.

Utrudljivost pri distrofinopatijah (Duchennova in Beckerjeva mišična distrofija) in sarkoglikanopatijah (avtosomno recesivne ramensko-medenične mišične distrofije – LGMD R3-6) je povezana s pomanjkanjem nevronske sintaze dušikovega oksida (nNOS) v sarkolemi; nNOS je glavni encim v nastajanju dušikovega oksida, molekule, ki regulira vazodilatacijo in oskrbo s krvjo. Pri distrofinopatijah in sarkoglikanopatijah ob fizični aktivnosti ne pride do vazodilatacije in povečanja pretoka zaradi pomanjkanja nNOS. V predkliničnih študijah so proučevali učinke fosfodiesteraznih inhibitorjev za zdravljenje posledične ishemije. Rezultati so bili spodbudni, vključno z izboljšanjem kardiomiopatije. Kljub temu pa pri Beckerjevi mišični distrofiji šestmesečno zdravljenje s sildenafilom ni bilo uspešno, tretjina bolnikov je razvila celo dilatacijo levega prekata.

Atipična klinična slika, enostranska eksterna oftalmoplegija in enostranska ptoza veke, je značilna za t. i. »MuSK (angl. muscle-specific kinase) pozitivno« okulobulbarno miastenijo gravis. Kljub temu da gre za motnjo živčno-mišičnega prenosa, najdemo pri mišični biopsiji spremembe mitohondrijev in druge miopatske elemente.

Podrobno je profesor dr. Corrado Angelini predstavil še italijanski klinični vprašalnik o FSH mišični distrofiji in italijansko delovno skupino za FSH mišično distrofijo, katere član je tudi sam.

Prof. dr. Giovanni Meola je v predavanju »Novosti pri miotoničnih distrofijah – klinična raznolikost, molekularni vidiki in terapevtske možnosti« predstavil posebnosti, diagnostične postopke ter možnosti zdravljenja DM1 in miotonične distrofije tipa 2 (DM2). Na prvi pogled sta DM1 in DM2 podobni, saj obe povzročata mišično šibkost, miotonijo ter različne sistemske zaplete, vendar obstajajo pomembne razlike. Za DM1 je značilna anticipacija, poznamo tudi kongenitalno obliko, kar pa ni značilnost DM2, čeprav so doslej vendarle opisali tri družine s kongenitalno DM2. Med večjimi izzivi diagnosticiranja DM2 je velika fenotipska variabilnost: nekateri bolniki imajo razmeroma blage simptome, npr. »samo« mialgije, ki so lahko napačno opredeljene kot *fibromialgija*. Pri starejših bolnikih, zlasti po 70. letu starosti, se počasi napredujoča mišična oslabelost pogosto pripiše staranju in se DM2 lahko spregleda.

Prof. Meola je predstavil tudi nove možnosti zdravljenja DM1 (male molekule, zdravila na osnovi nukleinskih kislin, genomski/transkriptomski inženiring, biološka zdravila). Male molekule kot inhibitor glikogen sintaze kinaze-3β – tideglusib, antibiotik – eritromicin in zdravilo za sladkorno bolezen ter AMPK-aktivator – metformin se jemljejo *per os*. Pri otrocih in adolescentih s kongenitalno obliko DM1, ki so jemali tideglusib, so opisali klinično izboljšanje kognitivnih in »živčno-mišičnih« funkcij, kar pa ni bilo statistično značilno. Neželeni stranski učinki niso opisani, kar velja tudi za eritromicin in metformin. Pri eritromicinu je opisano izboljšanje 2/11 biomarkerjev spajanja (angl. splicing). Pri metforminu so bolniki dosegli boljše rezultate na šestminutnem testu hoje, ne pa glede miotonije in mišične moči. Zdravila na osnovi nukleinskih kislin so večinoma v fazi preizkušanja varnosti in proučevanja farmakokinetike, številna so v fazi vključevanja pacientov. Vnašajo se v glavnem intravensko. Preliminarni rezultati so spodbudni (od odmerka odvisna korekcija spajanja, klinično izboljšanje miotonije, mišične moči in različnih funkcionalnih testov motorike). Prav tako zaenkrat niso poročali o neželenih stranskih učinkih. JUV-161 je inženirsko zasnovan fuzijski protein, dolgodelujoča različica insulinu podobnega rastnega faktorja 2, ki spodbuja mišično regeneracijo na splošno in se poleg za DM1 razvija tudi za druga stanja in bolezni.

Prof. dr. Giovanni Meola je predavanje zaključil s sklepnimi mislimi:

- Prevalenca DM2 ni splošno znana, domneva se, da je v Evropi podobna DM1.
- Pri DM2 se mutacija običajno skrči v naslednji generaciji in je tako pri otrocih krajša. To lahko razloži praviloma odsotnost kongenialne oblike pri DM2, odsotnost anticipacije in kasnejši začetek bolezni.
- Velikost ponovitev CCTG pri DM2 je v korelaciji s starostjo pacienta in ne s klinično sliko.
- Metoda izbora za diagnosticiranje DM2 je RP-PCR (angl. repeat primed PCR).
- V bodoče je treba poiskati občutljive biomarkerje in izboljšati protokole kliničnega preizkušanja zdravil na homogenih populacijah pacientov.
- Izziv predstavlja tudi način vnosa zdravila in heterogenost bolezni.
- DM1 vstopa v novo obdobje, v katerem bo osebna medicina lahko končno spremenila potek te multisistemske bolezni.

Doc. dr. Marija Meznarič, dr. med., specialistka nevrologinja

Ob mednarodnem dnevu FAS predstavljeni prvi nacionalni podatki o izpostavljenosti alkoholu med nosečnostjo

Jana Lozar Krivec, Sandra Radoš Krnel, Marjetka Hovnik Keršmanc, Maja Roškar, Rok Zaletel

Devetega septembra je ob mednarodnem dnevu fetalnega alkoholnega sindroma (FAS) v Ljubljani potekalo strokovno srečanje, namenjeno problematiki pitja alkohola med nosečnostjo, preprečevanju alkoholu izpostavljenih nosečnosti ter zgodnjemu prepoznavanju in obravnavi otrok z motnjami fetalnega alkoholnega spektra (FASD). Mednarodni dan FAS smo v Sloveniji letos obeležili že dvanajstič, dogodek pa je kot vsako leto organiziral Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) ob podpori Ministrstva za zdravje, letos tudi v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za neonatologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana.

Datum 9. september oziroma 9. 9. simbolično opozarja na devet mesecev nosečnosti, v katerih je priporočena popolna abstinenca od alkohola.



Okrogla miza »Priložnosti in izzivi na področju preprečevanja in zmanjševanja bremena FASD«

Alkohol, ki je teratogena snov, namreč prosto prehaja skozi posteljico, razvijajoči se plod pa ga presnavlja počasneje kot odrasli. Najbolj občutljivi so možgani, ki se razvijajo skozi celotno nosečnost. Posledice prenatalne izpostavljenosti alkoholu so zelo raznolike in segajo od prirojenih napak in telesnih nepravilnosti do motenj kognitivnega razvoja, pozornosti, izvršilnih funkcij, spomina, govora, vedenja, socialnega funkcioniranja in čustvovanja.

Prvi nacionalni podatki o pitju alkoholnih pijač med nosečnostjo

Osrednji del letošnjega srečanja je bila predstavitev rezultatov ciljnega raziskovalnega projekta **»Ocena prevalence rabe alkohola in prepovedanih drog med slovenskimi nosečnicami«**, ki sta ga sofinancirala Ministrstvo za zdravje in Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS). Projekt je vodil Klinični oddelek za neonatologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana v sodelovanju z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje in Inštitutom za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Raziskava je prvič omogočila nacionalno oceno izpostavljenosti slovenskih novorojenčkov alkoholu med nosečnostjo z združevanjem dveh različnih pristopov – anonimnega vprašalnika o življenjskem slogu nosečnic in objektivne analize presnovkov alkohola v mekoniju. Rezultati analize mekonija kažejo, da je bilo alkoholu **med drugo polovico nosečnosti izpostavljenih 6,6 % (95 % IZ 4,9–8,8),** če upoštevamo tudi mejne vrednosti presnovkov alkohola v mekoniju, pa 10,9 % novorojenčkov (95 % IZ 8,7–13,5). Rezultati anketiranja kažejo, da je razširjenost pitja alkohola v prvi tretjini nosečnosti med nosečnicami približno dvakrat višja, zato lahko zaključimo, **da pije alkohol kadarkoli med nosečnostjo v Sloveniji najmanj 13 %, možno pa je, da celo okoli 20 % nosečnic,** kar je zelo blizu ocene Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2017 za Slovenijo o



prevalenci pitja alkohola med nosečnostjo. Poleg tega je raziskava pokazala, da gre pri ženskah, ki med nosečnostjo pijejo alkohol, za kopičenje neugodnih dejavnikov. Alkohol namreč pogosteje pijejo ženske, ki uporabljajo tobačne ali nikotinske izdelke, in tiste, ki so imele v zadnjem obdobju težave v duševnem zdravju.

Raziskava je pokazala tudi pomemben razkorak med samoporočanjem žensk in objektivnimi laboratorijskimi rezultati. Delež žensk, ki so v vprašalniku navedle pitje alkohola med nosečnostjo, je bil nižji od deleža izpostavljenosti, ugotovljenega z analizo mekonija. Ta ugotovitev opozarja na omejitve raziskav, ki temeljijo zgolj na samoporočanju.

Širšo problematiko pitja alkohola v Sloveniji sta v uvodnem delu programa predstavili mag. Marjetka Hovnik Keršmanc in dr. Maja Roškar, nato pa so bili predstavljeni rezultati nacionalne raziskave. Zasnovo in izvedbo projekta je predstavila vodja projekta, doc. dr. Jana Lozar Krivec, dr. Sandra Radoš Krnel je predstavila rezultate anketnega dela raziskave, Manca Velkavrh s Kliničnega oddelka za neonatologijo pa rezultate analize mekonija.

Kako o alkoholu vprašati brez obsojanja?

Drugi pomemben poudarek srečanja ni bil usmerjen le v ugotavljanje prevalence, temveč predvsem v vprašanje, **kaj lahko zdravstveni delavci naredimo v vsakodnevni klinični praksi**.

O pitju alkohola med nosečnostjo je pogosto težko govoriti. Nosečnice lahko zaradi strahu pred obsojanjem podatke prikrijejo ali zmanjšajo poročano količino popitega alkohola. Zato je pomembno ustvariti okolje zaupanja, v katerem lahko zdravstveni delavec o alkoholu vpraša neposredno, vendar brez stigmatiziranja.

Temu je bila namenjena praktična delavnica dr. Tadeje Hočevar z NIJZ o **motivacijskem intervjuju pri obravnavi žensk v obporodnem obdobju**.

FASD ni le diagnoza otroštva

Izpostavljenost alkoholu ne povzroči posledic pri vseh izpostavljenih otrocih, otroci s posledicami pa nimajo enakih težav. Klasični fetalni alkoholni sindrom predstavlja le del širšega spektra. Pri številnih otrocih ni značilnega obraznega fenotipa, kljub temu pa imajo lahko pomembne nevrokognitivne in vedenjske težave.

Te se lahko izrazijo kot motnje pozornosti, spomina, govora, matematičnih sposobnosti in izvršilnih funkcij, pa tudi kot težave pri socialnem vključevanju in čustveni regulaciji. Pogosto postanejo izrazitejše šele z večjimi zahtevami v šolskem obdobju in lahko vztrajajo v odraslosti. Zato sta zgodnje prepoznavanje ter multidisciplinarna obravnava otroka in družine ključnega pomena.

Kako naprej?

Srečanje se je zaključilo z okroglo mizo **»Priložnosti in izzivi na področju preprečevanja in zmanjševanja bremena FASD«**, na kateri so sodelovali predstavniki pediatrije, neonatologije, ginekologije in porodništva, primarnega zdravstva, javnega zdravja, mladinskih organizacij in Ministrstva za zdravje. Vodil jo je Rok Zaletel z NIJZ. Razprava je pokazala, da preprečevanje FASD presega meje posamezne medicinske stroke. Potrebno je povezovanje zdravstva, izobraževanja, socialnega varstva, javnega zdravja in odločevalcev.

Pomemben izziv ostaja tudi odnos slovenske družbe do alkohola. Alkohol je močno vpet v družbeno življenje, zaradi česar se lahko tveganje pitja v nosečnosti podcenjuje. Odgovornost zato ne more biti preložena zgolj na nosečnico. Ustvarjanje okolja, ki podpira nosečnost brez alkohola, je odgovornost partnerja, družine, zdravstvenih delavcev in širše družbe.

Letošnji mednarodni dan FAS je imel za Slovenijo poseben pomen. Prvič imamo nacionalne podatke, ki objektivne biološke označevalce povezujejo s podatki o življenjskem slogu nosečnic. Ti kažejo, da večina žensk po zanositvi pitje alkohola bistveno zmanjša ali opusti, vendar je izpostavljenost še vedno visoka.

Sporočilo srečanja je bilo zato preprosto: **nobena količina alkohola v nosečnosti ni dokazano varna, posledice prenatalne izpostavljenosti pa so jasne in zelo hude ter v celoti preprečljive. Hkrati mora biti naša komunikacija z ženskami strokovna, odprta in predvsem neobsojajoča.**

Prav zdravniki in drugi zdravstveni delavci imamo pri tem pomembno vlogo – ne le pri posredovanju informacije o tveganju, ampak predvsem pri ustvarjanju prostora, v katerem ni dvoma, da je abstinenca med nosečnostjo najboljša izbira, in v katerem je o alkoholu mogoče govoriti brez strahu in pravočasno ponuditi pomoč.

Doc. dr. Jana Lozar Krivec, dr. med., spec. pediatrije in neonatologije, Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana

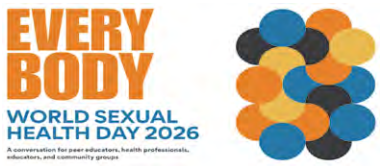
Dr. Sandra Radoš Krnel, dr. med., spec. javnega zdravja, NIJZ

Mag. Marjetka Hovnik Keršmanc, dr. med., spec. socialne medicine in javnega zdravja, NIJZ

Dr. Maja Roškar, univ. dipl. psih., viš. pred., NIJZ

Rok Zaletel, univ. dipl. pol., NIJZ

Svetovni dan spolnega zdravja 2026



Irena Rahne Otorepec

Svetovni dan spolnega zdravja – **World Sexual Health Day (WSHD**), ki ga praznujemo 4. septembra, je vsakoletna okvirna pobuda Svetovnega združenja za spolno zdravje (World Association for Sexual Health – WAS). Prvič je bil obeležen leta 2010 na pobudo seksologinje Rosemary Coates iz Avstralije, takratne predsednice WAS. Tema je bila »Pogovorimo se o tem« – poskus prekinitve molka o spolnosti. Šestnajst let pozneje se ta dan obeležuje po vsem svetu; do sedaj so zabeleženi dogodki, ki potekajo v Kolumbiji, na Haitiju, Filipinih, v Združenem kraljestvu, Nigeriji, Bangladešu in Združenih državah Amerike. Dogajanje vključuje klinične delavnice, dneve odprtih vrat, spletna srečanja vodilnih državnikov, zdravstvene sejme in kampanje na družbenih omrežjih. Kampanja poteka ves mesec september.

Ob svetovnem dnevu spolnega zdravja strokovnjaki s področja zdravstva, izobraževanja, raziskovanja, znanosti, aktivizma ter skupnosti razpravljajo o skupni temi. V letu 2026 je to **Every Body – Vsako telo**. Svetovni dan spolnega zdravja še posebej nagovarja k proaktivni vlogi držav, političnih in pravnih sistemov, zdravstvenih služb ter medijev. Spodbuja, da bi spolno zdravje postalo skupno prednostno področje, ki je osredotočeno na prepoznavanje spolnih pravic kot človekovih temeljnih pravic (Deklaracija o spolnih pravicah je bila sprejeta na skupščini Svetovnega združenja za spolno zdravje (WAS) pred 25 leti, v slovenski jezik sta jo prevedli Irena Rahne Otorepec, Gabrijela Simetinger). Spodbuja izobraževanje, medosebni dialog in aktivnosti, ki so povezane s spolnim zdravjem in spolnimi pravicami, da bi bili vsakomur zagotovljeni dostopnost, ustrezna pojasnila ter oskrba. Svetovni dan spolnega zdravja pa je tudi dan, ko slavimo naše pravice do užitka, avtonomije ter spoštovanja.

Spolno zdravje, spolna pravičnost in užitek pripadajo vsaki osebi, vsakemu telesu, brez izjem in/ali izključevanja. Spolno zdravje pomeni celostno dobro počutje, ne samo v telesnem, pač pa tudi v družbenem kontekstu. Spolno zdravje od nekdaj »živi v telesu«, žal pa vsakemu telesu na svetu še vedno ni zagotovljena enakost.

Naše telo ne pomeni samo biološke strukture, sestavljene iz trilijonov celic, ki so organizirane v tkiva, organe in organske sisteme, ti pa delujejo preko kompleksnih fizioloških mehanizmov, da ohranjajo življenje in notranje ravnovesje. Obstaja »posesivna« fraza naše telo ali »naša telesa«, katere **slovnični** pomen zaznamuje lastništvo ali kolektivno označevanje (kot je celotno človeštvo). V **figurativnem** pomenu pa predstavlja konkretno skupino ali skupnost ter vpliva tudi na koncept selfa (sebstva) – kako mislimo o lastni telesnosti in osebnosti. Naša prepričanja se dinamično oblikujejo preko telesnih zaznav. Obstaja povezava med telesnimi in konceptualnimi samo-reprezentacijami. Vse to je pomembno za normalno delovanje epizodičnih spominskih vtisov.

Kaj nas naredi, kar smo? Je to telo, ki ga vsako jutro zbudimo in uporabljamo kot »vozilo« skozi naše dnevne aktivnosti? Je zbirka lastnih misli in prepričanj, ki jih imamo z določenimi veščinami, potezami in družbeno identiteto? Če je kombinacija obeh, kako bi torej poenotili občutek selfa, ki vznikne iz zlitja zavednih in telesnih zaznav ali izkustev (1)?

Naša telesa so naša – da jih poznamo, raziskujemo, si v zvez z njimi predstavljamo, želimo in v polnosti uživamo, o njih fantaziramo ter da se povezujejo v doživetju intimnosti in povezanosti. Telesa so osebna, odnosna in tudi politična. Živimo, se izražamo in imamo izkustva. Vsako telo »šteje«, pripada, zasluži spolno zdravje, spolne pravice in užitek. Profesor **Alain Giami**, raziskovalec, sociolog iz Pariza ter nekdanji predsednik WAS, opozarja na sedanje stanje: produktivne in druge spolne pravice deklet in žensk so izpostavljene in podvržene napadom, nasilju in diskriminiranosti spolno raznolikih ljudi, in tistih z raznoliko spolno usmerjenostjo.

Naša telesa in mi

Naj nam bodo domača!

Užitek, želja in možnosti so ključni deli spolnega življenja pri vsaki osebnosti in v vsakem telesu. Telo nam je lahko domače, lahko pa so z njim povezani sram, strah, krivda, bolečina. Z našimi telesi čutimo, želimo, se odzivamo, spreminjamo in izkusimo užitek. Spolna avtonomija vključuje besede: želeti, začeti, izbirati, raziskovati, spreminjati svoj um, se zase odločati, kaj nam pomeni seksualnost. Telesa pa seveda niso statična: puberteta, nosečnost, porod, menopavza, staranje, bolezen, invalidnost, medicinsko zdravljenje in sprememba spola (gender transition) lahko vplivajo na to, kako živimo v naših telesih in kako doživljamo seksualnost. Na vsaki od naštetih

»točk« je mogoče, da se seksualnost zaradi spremenjenih okoliščin lahko ponovno določa, ne pa da ostaja statična v odnosu do idealiziranega telesa ali idealizirane spolne funkcije.

Naša telesa v odnosu

Naj bodo slišana!

Ljudje, skupnosti in »ustanove«, ki so nam najbližje – partnerstva, družine, verske skupnosti, šole … – lahko našo seksualnost podprejo ali jo obvladujejo. Spoštovanje telesne celovitosti, izbire in privolitve je tisto, kar zagovarjamo in kar vsak od nas pričakuje v zameno. Odnosi pridejo v mnogoterih oblikah – romantičnih, družinskih, prijateljskih, skupnostnih. Vsaka od njih sooblikuje, kako živimo v svojih telesih, kaj svobodno čutimo, kaj si želimo in kako razumemo užitek. Prinašajo oporo, tovarištvo in pripadnost. Družine, skupnosti, verski voditelji, učitelji in partnerji oblikujejo, kako dojemamo svoja telesa in kako razumemo užitek, spolno usmerjenost in spol (gender), ter vplivajo na to, katera želja je sprejeta kot sprejemljiva in katera ne, in ali smo prepoznani, da sploh imamo seksualnost. Ti isti odnosi jo lahko »odprejo ali zaprejo«, lahko dajejo svobodo za radovednost, razigranost in hotenje brez sramu. Ta svoboda je resnična, kadar sta spoštovana privolitev in odklonitev v naših odnosih, kjer se zgodi večina spolnega nasilja – ko se dekliške in ženske seksualnosti ne nadzoruje preko mutilacije njihovih spolovil in kadar njihova telesa niso spremenjena; ko otroci niso siljeni v dogovorjene poroke ali da dajejo svoja telesa za seks in reprodukcijo; ko se s spolno usmerjenostjo ter spolno identiteto in izraznostjo ne ravna, kot da je nekaj, kar se mora »popraviti«; ko interseksualni otroci dosežejo odraslo dobo z nedotaknjenimi telesi in je zgolj njihova odločitev glede spremembe. Ko se upošteva, da imajo tudi invalidni ljudje seksualne potrebe in spolno življenje in se jih ne zanika ali odloča namesto njih. Spolno zdravje potrebuje pozitiven in spoštljiv pristop do seksualnosti, do naših teles in naših spolnih odnosov ter potrebuje tudi možnost užitka v prijetnih, sproščenih in varnih izkušnjah, »osvobojenih« kakršnekoli prisile, nasilja in zapostavljenosti. Zaupanje, razumevanje in vzajemno spoštovanje, telesna celovitost in privolitev so temelji naše povezanosti z drugimi.

Naša telesa in sistemi okoli nas

Vsako telo naj to doseže!

Izobraževanje, informiranje in skupnostne službe so tisti sistemi, ki naj bi upoštevali spolne pravice ljudi. Najbolje delajo, ko spregovorijo o užitku, ko izrazijo podporo ljudem v vseh življenjskih obdobij. Vsak ima pravico do najvišjih standardov zdravja in dobrega počutja v zvezi s seksualnostjo, do znanstveno potrjenih ter ustreznih in razumljivih informacij. Šole, klinike in skupnostne službe, ki se ukvarjajo s spolnostjo, spolnim zdravjem in spolnimi pravicami, so tiste, kjer te pravice dosežejo ljudi. Celostno izobraževanje je prostor, kjer se pri večini ljudi to začne – v razredu, v skupnostih, čedalje pogosteje pa preko spleta (online), ki doseže tiste, ki se ne šolajo več. Znanje se gradi »korak za korakom«, skladno s starostjo in življenjskim položajem osebe, ter obsega telesa, odnose, privolitev, spol (gender) in užitek. Ustrezno, starosti primerno izobraževanje je brez ideologije in daje ljudem tisto, kar potrebujejo za razumevanje lastnih in drugih teles, svoje seksualnosti in spolnega zdravja, ter da sprejemajo lastne odločitve. Spolno izobraževanje in zdravstvene službe najbolje delujejo, ko govorijo o užitku. Preprečevanje okužbe s HIV in drugih spolno prenosljivih okužb (SPO), ki se osredotoča na spolno željo in užitek, prispeva k bistveno večji rabi kondomov; ne osredotoča se zgolj na tveganja in to, česar naj bi se izogibali, pač pa tudi na potrebe in želje v spolnem življenju. Tako pomagajo ljudem najti, kar resnično deluje zanje.

Potrebe na področju spolnega zdravja se v življenju spreminjajo in opisane službe naj bi bile zmožne prilagajanja. Osebe, ki začnejo s spolnim življenjem, ne glede na starost, lahko potrebujejo npr. zaščito (kontracepcija, kondomi), lubrikant, testiranje ter zdravljenje HIV in drugih SPO, a odpiranje tematike spolnosti je vedno na strani strokovnjakov. Imeti ali ne imeti otroke je »zadeva« spolnega in reproduktivnega zdravja, avtonomije in telesne celovitosti. Posamezniki lahko potrebujejo kontracepcijo, podporo po morebitni prekinitvi nosečnosti ali ob skrbi zaradi neplodnosti. Nosečnost in porod, menopavza, andropavza, bolezen in zdravljenje le-te ter pozna leta – vse to preoblikuje spolno življenje in službe naj bi podpirale ljudi ob teh spremembah. Službe, ki skrbijo za spolno zdravje, naj bi bile dostopne vsakomur pod enakimi pogoji, ne glede na starost osebe, spolno identiteto, raso, spolno usmerjenost, invalidnost in drugo telesno in/ali psihično prikrajšanost ter tudi če gre za prodajanje spolnih storitev. Mladi naj bi imeli možnost podati privolitev na sebi lasten način, brez zahtevane privolitve staršev, saj se tako zaščiti interese mladih ter spodbuja varen in kreativen način spolnega življenja.

Naša telesa in politike seksualnosti

Naj bodo svobodna in spoštovana!

Kultura, vera in tehnologija oblikujejo naše želje in zakon določa, katera seksualnost je zaščitena in katera kaznovana. Spolne in človekove pravice ter spolna pravičnost naj bi bile dostopne vsakomur. Mediji, umetnost in tehnologija nam dajejo jezik za užitek, podobe, v katerih se prepoznavamo, in skupnosti, ki jim pripadamo. Prinašajo pa tudi sram. Preko spleta lahko širijo nepreverjene, napačne in škodljive informacije o seksu in jih opredeljujejo, kot da so resnične, prave in pravilne. Zakoni in politika določajo

okvire, v katerih delujejo vlade in ljudje. Določajo tudi, kakšna spolna vzgoja se poučuje v izobraževalnih ustanovah, katere službe bodo finančno podpirale. Vsakdo ima pravico misliti, govoriti in se izraziti svobodno glede seksualnosti in biti del javnega življenja, imeti pravico in zadoščenje, kadar so njegove pravice kršene. Spolna pravičnost ustvarja pogoje, ki določajo, kdo naj izvaja te pravice in kdo ne. Tega ni mogoče doseči mimo pravičnosti glede na spol, raso ter mimo ekonomske, zdravstvene in klimatske pravičnosti. Zakoni in politike naj bi bili znanstveno standardizirani ter naj bi spoštovali spolne pravice in spolno pravičnost. Službe in celovita spolna vzgoja naj bi bile dosegljive vsakomur. Financiranje naj bi bilo trajnostno in pravično porazdeljeno.

Na zaključni dan druge svetovne skupščine o spolnem zdravju, ki jo je predvajala Univerza Stellenbosch, so se udeleženci mednarodne okrogle mize spraševali, čigavo zadovoljstvo se predpostavlja in o čigavem se dvomi; čigava spolnost je sprejeta in zaščitena, čigava je nadzorovana in čigava kaznovana. In v kolikšni meri je to odvisno od tega, kaj se uči, kaj se financira in kaj se lahko govori v javnosti. Sodelovali so: Esther Kismödi, Julia Ehrt, Judy Amina, Crystal Henddricks, Kristen Mark, Vic Mckinney in Zahra Stardust. Uvodna govora sta imela predsednik WAS Faysal El Kak in Constance Matlholwa z Univerze v Stellenboschu. Svojo poezijo je predstavila Esben Esther Pirelli Benestad, predsednica Evropskega združenja za seksologijo (EFS – European Federation for Sexology). Odprta je bila tudi razstava južnoafriškega umetnika Roberta Hamblina.

Viri

1. Tacikowski P, Weijs M, Ehrsson H. Perception of our body influences self-concept and self-incoherence impair episodic memory. iScience 2020; 23 (9): 101429. Dostopno na: doi. 10.1016/j.isci.2020.101429.
2. https://www.worldsexualhealth.net/
3. #WSHD2026#EveryBody

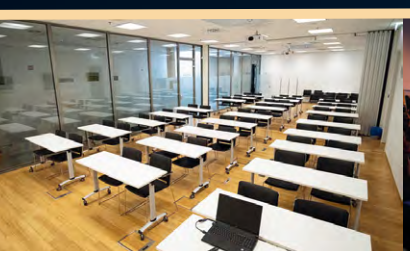
Irena Rahne Otorepec, dr. med., specialistka psihiatrije, specialistka spolne medicine, medicinska seksologinja, FECSM, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje – Ambulanta za spolno zdravje, irena.rahne@psih-klinika.si

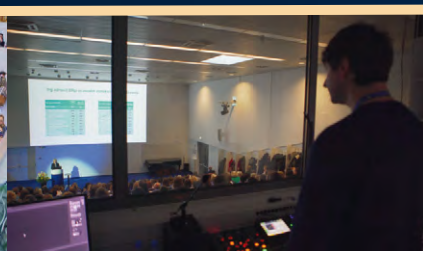
Oddaja prostorov in celovita podpora pri izvedbi in promociji vašega dogodka

- 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**



Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Ne dopuščajmo nasilja

SB Trbovlje, 5. 11. 2026, 14.00–17.30

Vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, da se poučijo o pojavu nasilja v zdravstvu in o možnih načinih preprečevanja in ukrepanja. Udeležence se povabi, da vnaprej pošljejo opise primerov nasilja.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Celostna paliativna oskrba – lajšanje najpogostejših simptomov v paliativni oskrbi: dispneja, slabost, bruhanje in zaprtje, delirij

Spletno izobraževanje – Zoom, 16. 11. 2026, 19.00–20.30

Vsebina: Diagnostična obravnava in lajšanje dispneje, slabosti, bruhanja in zaprtja v paliativni medicini ter prepoznava, diagnostična obravnava, preprečevanje in zdravljenja delirija v paliativni medicini.

Izvajalke: asist. dr. Nena Golob, dr. med., Petra Gornik, dr. med., Jana Knific, dr. med., dr. Maja Ebert Moltara, dr. med.

Izobraževanje za glavne mentorje

Spletno izobraževanje – Zoom, 10. 11. in 17. 11. 2026, 15.30–18.00

Vsebina: Opravljeno izobraževanje je hkrati pogoj za imenovanje novih glavnih mentorjev in pogoj za ohranjanje funkcije že imenovanih glavnih mentorjev. Glavni mentor je odgovoren za delo svojih specializantov. 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.

Ravno zaradi odgovornosti glavnega mentorja za delo svojih specializantov bo obvezno opravljanje navedenega izobraževanja, in sicer na vsakih pet let v času, ko so že imenovani, opravljeno izobraževanje za glavne mentorje pa je tudi pogoj za imenovanje novih glavnih mentorjev.

Izvajalec: Zdravniška zbornica Slovenije

Pacientove zahteve po Zakonu o pacientovih pravicah: pravilno ravnanje in zaščita zdravnika

Domus Medica, 19. 11. 2026, 14.00–17.00

Vsebina: Udeleženci bodo na konkretnih primerih spoznali, kako izbrati ustrezen postopek in pravočasno opraviti dejanja po Zakonu o pacientovih pravicah. Predavanje je namenjeno zdravnikom in zobozdravnikom, da bodo poznali svojo vlogo in možnosti zaščite tako v položaju zaposlenega kot kadar sami nastopajo kot izvajalci zdravstvene dejavnosti. Obravnavani bodo tudi zdravstvena dokumentacija, varstvo osebnih podatkov ter možnosti zaščite zdravnikov in zobozdravnikov, kadar je odnos s pacientom porušen ali so izpostavljeni nadlegovanju, grožnjam oziroma posegom v svoj ugled. Pokazali bomo tudi, kje so na spletni strani zbornice dostopni vzorci obrazcev, izvedba v manjši skupini pa bo omogočila neposreden stik s predavateljema ter dovolj prostora za vprašanja in razpravo.

Izvajalca: Peter Renčel, univ. dipl. prav., ZZS, Anže Kimovec, univ. dipl. prav., ZZS

Klinični izzivi v antikoagulacijskem zdravljenju

Zoom, 26. 11. 2026, 19.30–20.30

Vsebina: Peta sezona Kliničnih izzivov v antikoagulacijskem zdravljenju prinaša osnove antikoagulacijskega zdravljenja pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo, bolnikih z vensko trombozo in pljučno embolijo ter pri bolnikih z umetnimi srčnimi zaklopkami.

Izvajalec: 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 osebnem 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@zzs-mcs.si**

Strokovna srečanja

NOVEMBER 2026

2. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJAN, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

5.–7. ob 8.30 • ATLS PROVIDER COURSE

kraj: MARIBORSKO POHORJE, Hotel Bellevue, Na slemenu 35	**št. udeležencev:** 16	**kotizacija:** 841,80 EUR (690 EUR + 22 % DDV)	**k. točke:** ***
vsebina: ATLS je zaporedje postopkov začetnega pristopa v obravnavi življenjsko ogroženih poškodovancev.	**organizator:** Zdravniško društvo ATLS Slovenija	**prijave, informacije:** Renata Mlakar, T: 041 644 693, E: ***m.mlakar.renata@gmail.com***, W: ***http://www.atls.si***	

6. ob 9.00 • XXII. ORTOPEDSKO SREČANJE – GLEŽENJ IN STOPALO V ORTOPEDIJI

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta Maribor	**št. udeležencev:** 220	**kotizacija:** 150 EUR za zdravnike, 50 EUR za fizioterapevte in zaposlene v zdravstveni negi, za študente in upokojence ni kotizacije	**k. točke:** ***
vsebina: Strokovno srečanje, ki ga vodi dr. Zmago Krajnc, dr. med., je namenjeno zdravnikom, zaposlenim v zdravstveni negi in fizioterapevtom.	**organizator:** UKC Maribor	**prijave, informacije:** W: ***http://www.ukc-mb.si*** (strokovna srečanja), Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13	

6. ob 12.30 • FOKUS: AORTNA STENOZA

kraj: MARIBOR, Hotel City Maribor	**št. udeležencev:** 130	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 5
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Maribor, Klinika za interno medicino	**prijave, informacije:** Branka Haložan, posl. sek., T: 02 321 28 71, E: ***branka.halozan@ukc-mb.si***, W: ***https://www.ukc-mb.si***	

6. 11. 2026–25. 4. 2027 ob 8.30 • SONOSKILLS IZOBRAŽEVANJE IZ MIŠIČNO-SKELETNEGA (MSK) ULTRAZVOKA: IZOBRAŽEVALNA POT SONOSKILLS MSK ULTRAZVOK – FOUNDATIONS & ADVANCED BOOTCAMP

kraj: LJUBLJANA ŠENTVID, Klinika Ovelis	**št. udeležencev:** 10	**kotizacija:** 3.875 EUR, vključuje 2 x 3 dni izobraževanja iz MSK ultrazvoka – raven 1, in 2 x 2 dni izobraževanja iz MSK ultrazvoka – raven 2, skripta in dostop do ostalih učnih gradiv	**k. točke:** ***
vsebina: Izobraževalna pot MSK ultrazvok (Foundations & Advanced Bootcamp) predstavlja celosten, strokovno potrjen in licenčno priznan program, namenjen zdravstvenim strokovnjakom, ki želijo ultrazvok mišično-skeletnega sistema uporabljati varno, natančno in skladno z najvišjimi strokovnimi standardi.	**organizator:** Eduthera d.o.o.	**prijave, informacije:** Aleksander Valant, T: 031 685 543, E: ***info@eduthera.si***, W: ***https://eduthera.si/izdelek/licencno-izobrazevanje-iz-misicno-skeletnega-msk-ultrazvoka/***	

6.–7. ob 10.00 • PRVI SEMINAR IZ TRADICIONALNE KOREJSKE MEDICINE V EVROPI

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** 200 EUR, vključuje udeležbo na dvodnevnem seminarju s predavatelji iz Južne Koreje, strokovno gradivo ter potrdilo o udeležbi.	**k. točke:** 7,5
vsebina: Seminar, posvečen tradicionalni korejski medicini. Gostili bomo tri univerzitetne profesorje iz Daeguja (Južna Koreja), ki bodo predstavili tri priznane korejske akupunkturne sisteme: Tip and Basis Acupuncture, Five-Element Acupuncture in Eight Extraordinary Vessels Acupuncture. Vsa predavanja bo koordiniral prof. dr. Edvin Dervišević.	**organizator:** Zdravstveni zavod za medicino športa	**prijave, informacije:** Adriana Kuči, T: 031 282 966, E: ***tkm.akupunktura@gmail.com***, W: ***https://www.akued.com***	

6.–7. • SLOVENSKI KONGRES HIPNOZE 2026

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** 249 EUR	**k. točke:** ***
vsebina: Z velikim veseljem vas vabimo, da se nam pridružite na Slovenskem kongresu hipnoze 2026. Osrednji predavatelj kongresa bo dr. Gabor Filo, mednarodno priznani zobozdravnik in strokovnjak na področju klinične hipnoze in hipnodontije. Tema kongresa bodo hitre in instantne hipnotične indukcije v klinični praksi – poudarek bo na hitrih, učinkovitih in klinično uporabnih pristopih, ki jih lahko zdravniki oz. terapevti uporabijo neposredno v vsakdanjem delu. Vsi udeleženci boste po dogodku brezplačno prejeli posnetek celotnega dogodka na naši platformi, ki vam ostane na voljo za nedoločen čas.	**organizator:** Inštitut za klinično in pogovorno hipnozo	**prijave, informacije:** Luka Kropivšek, T: 040 147 241, E: ***info@klinicnahipnoza.si***, W: ***https://www.klinicnahipnoza.si***	

NOVEMBER 2026

7. ob 9.00 • LUSKE

kraj: LJUBLJANA, Zvezna ul. 2a | **št. udeležencev:** 10 | **kotizacija:** 450 EUR (predavanje, praktično delo, kava, malica) | **k. točke:** 7

vsebina: Videz sprednjih zob je odvisen predvsem od njihove oblike, velikosti, naklona, barve in površine. Z novimi pristopi želimo ustvariti naraven videz zob in vzpostaviti harmonijo zob, dlesni, nasmeha in obraznih razmerij. Predstavljeni bodo načrtovanje oskrbe, preparacije zob in cementiranje.

organizator: Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.

prijave, informacije: Urška Brecl, T: 01 520 48 02, 070 772 527, E: ***pohlenb@gmail.com***, W: ***https://www.prodent.si/izobrazevanja***

9. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 1

vsebina: strokovno srečanje

organizator: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni

prijave, informacije: Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***

9.–11. • 68. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 | **št. udeležencev:** 260 | **kotizacija:** 120 EUR + DDV, za pripravnike 60 EUR + DDV, za aktivne udeležence (en avtor plakata), sodelavce Katedre za interno medicino, upokojene zdravnike in zdravstvene delavce brez prihodkov ni kotizacije | **k. točke:** ***

vsebina: strokovno srečanje

organizator: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

prijave, informacije: rok za prijave je 27. oktober 2026, W: h***ttps://www.tavcarjevi.si/prijava-na-dogodek***, več informacij: ***http://tavcarjevi.si***

10. ob 9.00 • 8. UROGINEKOLOŠKA ŠOLA

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta | **št. udeležencev:** 40 | **kotizacija:** kotizacija je predvidena | **k. točke:** ***

vsebina: Strokovno srečanje, ki ga vodi dr. Tamara Serdinšek, dr. med., je namenjeno zdravnikom ginekologom in zaposlenim v zdravstveni negi.

organizator: UKC Maribor

prijave, informacije: W: ***https://www.ukc-mb.si*** (strokovna srečanja), Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13

11. • STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE ZA PEDIATRIČNO PULMOLOGIJO, ALERGOLOGIJO IN KLINIČNO IMUNOLOGIJO

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Pediatrična klinika | **št. udeležencev:** 80 | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 5

vsebina: Na strokovnem srečanju bomo celostno obravnavali atopijski dermatitis ter novosti anafilaksije.

organizator: UKC Ljubljana, Pediatrična klinika

prijave, informacije: Tanja Gavrić, T: 01 522 92 24, 040 88 55 69, E: ***tanja.gavric@kclj.si***

12. ob 8.00 • ŠOLA KLINIČNE PREHRANE S PODROČJA NEFROLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, predavalnica 1 | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** 100 EUR + DDV, študenti in specializanti brezplačno | **k. točke:** ***

vsebina: Šola klinične prehrane s področja nefrologije. Več o srečanju najdete na ***www.nephro-slovenia.si***. Izobraževanje je namenjeno nefrologom, internistom, specializantom, dietetikom, medicinskim sestram, kineziologom in drugim zdravstvenim delavcem, ki sodelujejo pri obravnavi bolnikov s kronično ledvično boleznijo. Dogodek je prijavljen za licenčne točke pri ZZS.

organizator: Slovensko nefrološko društvo – SZD

prijave, informacije: prijave na W: ***https://forms.gle/UBweHn2yBY6A7xa69***, Nataša Toman, Gregor Mlinšek, E: ***natasa.toman@kclj.si***, W: ***https://www.nephro-slovenia.si***

12. ob 14.00 • ŠOLA MIGRENE 2026

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska c. 162, dvorana Julijana | **št. udeležencev:** do 40, po predhodni prijavi | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 6

vsebina: Problem migrene bo zajet z vidika nevrologov in algologov. Predstavili bomo izobraževalne module, ki bodo zajeli diagnozo migrene in zdravljenje. Predstavili bomo tudi klinične primere in izkušnje iz realnega življenja pri akutnem in preventivnem zdravljenju migrene, posodobljene smernice za akutno in preventivno zdravljenje migrene ter najnovejše možnosti njenega zdravljenja. Izšla bo tudi publikacija Šola migrene 2026. Srečanje je namenjeno specializantom in specialistom družinske/splošne medicine, nevrologije, algologom, nevropediatrom, diplomiranim medicinskim sestram in zdravstvenikom, študentom medicine, farmacevtom in vsem, ki jih zanima področje migrene.

organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri SZD

prijave, informacije: spletna prijava na W: ***https://www.glavobol.com***, informacije: Bojana Žvan, T: 040 478 444, Andreja Merčun, T: 040 17 99 05, E: ***mzb@glavobol.com***

Strokovna srečanja

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

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, predavalnica CMZ, Grabloviceva 44A	**št. udeležencev:** 40	**kotizacija:** 183 EUR, za specializante otroške in mladostniške psihiatrije 100 EUR + DDV (122 EUR)	**k. točke:** ***
vsebina: Vabljeni na dvodnevno strokovno srečanje z naslovom Nujna stanja v otroški in mladostniški psihiatriji. Več informacij na: ***https://www.izobrazevanje@psih-klinika.si***	**organizator:** UPK Ljubljana	**prijave, informacije:** Aljoša Lapanja, T: 01 587 21 00, 031 225 531, E: ***aljosa.lapanja@psih-klinika.si***	

12.–14. ob 12.00 • 9. SLOVENSKI KONGRES FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE

kraj: KRANJSKA GORA	**št. udeležencev:** 80	**kotizacija:** za člane ZFRM s plačano članarino 250 EUR, za specializante in upokojence 150 EUR, za nečlane 300 EUR	**k. točke:** 14
vsebina: Srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, fizioterapevtom, ortopedom, družinskim zdravnikom in ostalim specialnostim, ki se v klinični praksi navezujejo na področja rehabilitacije. Vključevalo bo širša področja nevrorehabilitacije, mišično-skeletne rehabilitacije s poudarkom na področju roke in hrbtenice, balneorehabilitacije in onkološke rehabilitacije, otroške rehabilitacije in kronične bolečine. Potekale bodo tudi različne delavnice.	**organizator:** Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri SZD, URI Soča	**prijave, informacije:** Katarina Cunder, T: 031 367 724, E: ***katarina.cunder@sportmed.rehab***, W: ***https://www.kongres-zfrm.si***	

12.–13. ob 14.00 • TRANSDISCIPLINARNA OBRAVNAVA MOTENJ POŽIRANJA V ODRASLI DOBI

kraj: LJUBLJANA, dvorana v IV. nadstropju stavbe Vrtnica	**št. udeležencev:** 50	**kotizacija:** 200 EUR (seminar) oz. 250 EUR (seminar z delavnico)	**k. točke:** 8
vsebina: Strokovno srečanje, ki ga vodi Maja Ogrin, spec. klin. logop., je namenjeno zdravstvenemu in negovalnemu osebju, ki je neposredno vključeno v proces hranjenja starejših in oseb z motnjami požiranja.	**organizator:** URI Soča	**prijave, informacije:** W: ***https://www.uri-soca.si/sl/strokovni-dogodki/transdisciplinarna-obravnava-motenj-poziranja-v-odrasli-dobi/***, Marko Oset, T: 030 620 377, E: ***dogodki@ir-rs.si***	

13. • KLINIČNA PREHRANA PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKIH – OD SMERNIC DO KLINIČNE PRAKSE

kraj: MARIBOR, MF Maribor	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** ***
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Maribor, Oddelek za onkologijo	**prijave, informacije:** Tina Škerbinc Muzlovič, E: ***tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si***	

13. ob 8.30 • OBREMENITVENA TESTIRANJA: EKG OBREMENITVENO TESTIRANJE IN KARDIOPULMONALNO OBREMENITVENO TESTIRANJE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana	**št. udeležencev:** 50	**kotizacija:** 100 EUR z DDV	**k. točke:** ***
vsebina: Program je sestavljen iz predavanj in praktičnih delavnic, na katerih bodo udeleženci spoznali praktične osnove izvajanja obremenitvenega testiranja in interpretacijo rezultatov preiskave.	**organizator:** Združenje kardiologov Slovenije	**prijave, informacije:** Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: ***sasa.radelj@sicardio.org***	

13.–14. • V. SLOVENSKA ŠOLA AKUPUNKTURE – TRETJI SKLOP PREDAVANJ

kraj: LAŠKO, Termana Laško, Zdravilišče Laško	**št. udeležencev:** 25	**kotizacija:** šolnina	**k. točke:** ***
vsebina: Slovenska šola akupunkture – tretji sklop predavanj	**organizator:** Združenje za akupunkturo SZD	**prijave, informacije:** Jadwiga Hajewska Kosi, T: 031 606 183, E: ***jadwiga.hkosi@gmail.com***	

13.–14. • SRČEK 2026: DRUGI SLOVENSKI KONGRES OTROŠKE KARDIOLOGIJE IN SRČNE KIRURGIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, Klub Cankarjevega doma	**št. udeležencev:** 100–120	**kotizacija:** 150 EUR, specializanti in doktorski študenti 50 EUR, za študente brezplačno	**k. točke:** v postopku pridobivanja
vsebina: Tema srečanja je »Sindrom hipoplastičnega levega srca – od prenatalne diagnostike do odpovedujočega Fontanovega obtoka«. Srečanje je namenjeno vsem, ki jih zanimata kardiologija in kirurgija prirojenih srčnih napak.	**organizator:** UKC Ljubljana, TUM Klinikum Deutsches Herzzentrum München, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije	**prijave, informacije:** W: ***https://www.srcekkongres.si***, T: + 386 1 241 71 36, E: ***registration@cd-cc.si***, dodatne informacije: E: ***alenka.kregar@cd-cc.si***, ***slavica.popovic@kclj.si***	

NOVEMBER 2026

13.–14. ob 8.00 • 56. KIRURŠKI DNEVI 2026: HARMONIZACIJA KIRURŠKIH SPECIALIZANTSKIH KURIKULUMOV; ZNAČILNI NOVI POŠKODBENI VZORCI V AKTUALNIH VOJNAH; KIRURŠKI BOLNIK MED IOZ IN KIRURGOM; NOVOSTI

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov Lifeclass Portorož, Grand Hotel Portorož (dvorana James Cook)	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** pasivni udeleženci (specialisti) 120 EUR + DDV, referenti (specialisti) 70 EUR + DDV, specializanti (aktivni in pasivni udeleženci) ter upokojenci 50 EUR + DDV, študenti MF so oproščeni plačila kotizacije	**k. točke:** ***
vsebina: Letošnji Kirurški dnevi bodo razdeljeni v štiri sklope: 1) harmonizacija kirurških specializantskih kurikulumov z ETR UEMS in EU-direktivami o obveznem trajanju izobraževanja (s predstavniki MZ, ZZS in ESTES), 2) v sodelovanju z Zdravstveno službo SV značilni novi poškodbeni vzorci v aktualnih vojnah, sanitetne taktike ter kaj se pričakuje od civilne kirurgije, 3) kirurški bolnik med IOZ in kirurgom, delitev dela, medsebojna pričakovanja primarnega in sekundarnega nivoja, 4) novosti v kirurgiji in proste teme. Aktivno sodelovanje študentov obeh MF s predstavitvijo posterjev.		**organizator:** Združenje kirurgov Slovenije pri SZD	**prijave, informacije:** prof. dr. Radko Komadina, dr. med., višji svetnik, T: 03 423 30 96, 041 799 497, E: ***sbcrdi@guest.arnes.si***

13.–14. ob 9.00 • 17. BANIČEVI DNEVI: ZAHTEVNI IN NEKULTIVABILNI MIKROORGANIZMI V SODOBNI MIKROBIOLOGIJI

kraj: NOVA GORICA, Hotel Perla, Kidričeva 7	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** 200 EUR, kotizacije ne plačajo upokojenci, študenti in specializanti	**k. točke:** 8
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD	**prijave, informacije:** Judita Merjasec, T: 041 351 371, E: ***judita.merjasec@mf.uni-lj.si***	

14. • SIMPOZIJ – SINERGIJA DENTALNE IN ESTETSKE MEDICINE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra Dvorana, Zoom	**št. udeležencev:** 270	**kotizacija:** 240 EUR, zgodnja kotizacija (do 16. 10. 2026) 210 EUR, za člane WDS 180 EUR	**k. točke:** 7
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** Združenje WDS	**prijave, informacije:** Diana Terlević Dabić, T: 041 667 046, E: ***zdruzenje.wds@gmail.com***	

16. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

16. ob 19.00 • CELOSTNA PALIATIVNA OSKRBA – LAJŠANJE NAJPOGOSTEJŠIH SIMPTOMOV V PALIATIVNI OSKRBI: DISPNEJA, SLABOST, BRUHANJE IN ZAPRTJE, DELIRIJ

kraj: spletno izobraževanje – Zoom	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1,5
vsebina: Diagnostična obravnava in lajšanje dispneje, slabosti, bruhanja in zaprtja v paliativni medicini ter prepoznava, diagnostična obravnava, preprečevanje in zdravljenja delirija v paliativni medicini.		**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije	**prijave, informacije:** ***mic@zzs-mcs.si***

18. ob 16.00 • SREČANJE OB EVROPSKEM DNEVU ANTIBIOTIKOV IN SVETOVNEM TEDNU ANTIBIOTIKOV

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	**št. udeležencev:** 260	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** ***
vsebina: Program bo osredotočen na mikrobno odpornost in rabo antibiotikov v Sloveniji ter Evropi. Predstavljeni bodo podatki o občutljivosti mikroorganizmov in porabi antibiotikov v Sloveniji v letu 2025, primerjava z evropskimi podatki ter državna strategija za obvladovanje mikrobne odpornosti. Poseben poudarek bo tudi na obvladovanju z zdravstvom povezanih okužb v Evropi ter na pomenu in aktivnostih projekta JAMRAI-2.		**organizator:** za JAMRAI-2: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije	**prijave, informacije:** Andreja Stepišnik, E: ***mic@zzs-mcs.si***, in preko spletne strani Domus Medica

19. ob 14.00 • PACIENTOVE ZAHTEVE PO ZAKONU O PACIENTOVIH PRAVICAH: PRAVILNO RAVNANJE IN ZAŠČITA ZDRAVNIKA

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, velika sejna soba	**št. udeležencev:** 20	**kotizacija:** 90 EUR, nečlani: 240 EUR	**k. točke:** 1,5
vsebina: Pacientov dopis lahko vsebuje več zahtev, za katere veljajo različni postopki in roki. Na Zdravniški zbornici smo na podlagi izkušenj iz svetovanja članom pripravili predavanje, ki bo pokazalo, kako posamezne zahteve pravilno prepoznati in obravnavati.		**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije	**prijave, informacije:** ***mic@zzs-mcs.si***

NOVEMBER 2026

19. ob 15.30 (registracija od 14.00 dalje) • DEGENERATIVNA BOLEZEN HRBTENICE: VZROKI, OBRAVNAVA, DELAZMOŽNOST, BOLNIŠKI STALEŽ, INVALIDNOST

kraj: DOBRNA, Terme Dobrna | **št. udeležencev:** 100 | **kotizacija:** 75 EUR, za upokojence, specializante in študente 50 EUR | **k. točke:** v postopku

vsebina: Simpozij obravnava degenerativne bolezni hrbtenice z vidika vzrokov, zdravljenja, rehabilitacije in fizioterapevtske obravnave ter njihovega vpliva na delazmožnost, bolniški stalež in invalidnost. Predstavljeni bodo pogledi različnih strok na celostno obravnavo bolnika.

organizator: Terme Dobrna in IARMR

prijave, informacije: Terme Dobrna, Maja Čeru, E: ***maja.ceru@terme-dobrna.si***, T: 041 345 939, W: ***https://forms.gle/aZSFxXBBUpV7arT6A***

19.–20. ob 14.00 • DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE 2026 – OBRAVNAVA MALIGNE BOLEZNI PRI POSEBNIH SKUPINAH BOLNIKOV

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica | **št. udeležencev:** 120 | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 10,2

vsebina: Osrednja tema bo obravnava maligne bolezni pri posebnih skupinah bolnikov. Program je namenjen kliničnim izzivom pri zdravljenju onkoloških bolnikov v zahtevnih situacijah, kot so zdravljenje med nosečnostjo, zdravljenje starostnikov ter zdravljenje bolnikov s pomembnimi pridruženimi boleznimi, vključno z okužbo s HIV, avtoimunskimi boleznimi in ledvično odpovedjo z dializnim zdravljenjem. Poseben poudarek bo na multidisciplinarnem pristopu, predstavitvi kliničnih primerov in razpravi. Srečanje je namenjeno zdravnikom, specialistom in specializantom različnih strok ter drugim zdravstvenim delavcem, ki sodelujejo pri obravnavi onkoloških bolnikov.

organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, doc. dr. Erika Matos, dr. med.

prijave, informacije: Zvezdana Vukmirović, E: ***zvukmirovic@onko-i.si***, T: 01 58 79 495

20. ob 7.45 • POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE MLADOSTNIKOV Z DUŠEVNO MOTNJO

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, predavalnica EIPT, Chengdujska cesta 45 | **št. udeležencev:** 100 | **kotizacija:** 90 EUR | **k. točke:** ***

vsebina: Seminar bo namenjen aktualnim izzivom duševnega zdravja mladostnikov, zgodnji diagnostiki, podpori družini, multidisciplinarnemu sodelovanju, varni zdravstveni negi in deeskalaciji.

organizator: UPK Ljubljana

prijave, informacije: E: ***izobrazevanje@psih-klinika.si***, Aljoša Lapanja, T: 01 587 21 00, 031 225 531, E: ***aljosa.lapanja@psih-klinika.si***

20. ob 8.00 • BOLEZNI SPODNJIH RODIL S KOLPOSKOPSKIM TEČAJEM

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, velika predavalnica | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 8,3

vsebina: Tečaj je namenjen zdravnikom specializantom in specialistom ginekologije in porodništva, kirurgije, anesteziologije, družinske medicine, urgentne medicine, zdravnikom pripravnikom ter študentom medicine.

organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Odd. za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo

prijave, informacije: Nina Bračič, T: 02 321 29 40, E: ***nina.bracic@ukc-mb.si***

20. ob 8.30 • CELOSTNA OBRAVNAVA OTROKA S PODALJŠANO BOLEČINO

kraj: LJUBLJANA, dvorana v IV. nadstropju stavbe Vrtnica | **št. udeležencev:** 50 | **kotizacija:** 120 EUR oz. 100 EUR za specializante | **k. točke:** ***

vsebina: Strokovno srečanje, ki ga vodi doc. dr. Barbara Horvat Rauter, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., je namenjeno zdravnikom, psihologom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom in drugim zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z otroki s podaljšano bolečino.

organizator: URI Soča

prijave, informacije: W: ***https://www.uri-soca.si/sl/strokovni-dogodki/celostna-obravnava-otroka-s-podaljsano-bolecino/***, Marko Oset, T: 030 620 377, E: ***dogodki@ir-rs.si***

20. ob 9.30 • 7. SLOVENSKI SIMPOZIJ PEDIATRIČNE NEFROLOGIJE: REDKE BOLEZNI LEDVIC, LEDVICE POD KONTROLO – CELOSTNA PODPORA OD ŠOLE DO KROŽNIKA

kraj: BLED, Hotel Astoria | **št. udeležencev:** 50 | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** ***

vsebina: Tema simpozija bodo redke bolezni ledvic ter celostna podpora od šole do krožnika.

organizator: UKC Ljubljana

prijave, informacije: Tanja Kersnik Levart, T: 01 522 71 45, E: ***zavod.tanida@outlook.com***

23. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 1

vsebina: strokovno srečanje

organizator: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni

prijave, informacije: Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***

NOVEMBER 2026

26. • 70 LET ODDELKA ZA GASTROENTEROLOGIJO UKC MARIBOR

kraj: MARIBOR, Hotel City	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 6
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo	**prijave, informacije:** Tina Škerbinc Muzlovič, E: ***tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si***	

27. ob 8.30 • SPOMINSKI SESTANEK AKAD. PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK - JERAS: »CELOSTNA OBRAVNAVA ENDOMETRIOZE SKOZI ŽIVLJENJSKA OBDOBJA«

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	**št. udeležencev:** 200	**kotizacija:** 100 EUR za specializante, babice in medicinske sestre, 200 EUR za specialiste	**k. točke:** ***
vsebina: Strokovno srečanje s predavanji in razpravo, ki obravnava sodobne vidike diagnostike in zdravljenja endometrioze in adenomioze. Program vključuje prikaz kliničnih primerov ter poudarja celostni pristop. Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva in povezanih strok ter drugim zdravstvenim delavcem.	**organizator:** Slovensko združenje za reproduktivno medicino SZD, Klinični oddelek za reprodukcijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana in Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor, vodja organizacijskega odbora: asist. dr. Vesna Šalamun, dr. med., vodja strokovnega odbora: izr. prof. dr. Milan Reljič, dr. med.	**prijave, informacije:** W: ***https://www.obgyn-si.org/kongresi/and-2026***, E: ***sara.plesa@kclj.si***	

27. ob 9.00 • MOŽGANI IN ČREVESJE

kraj: BEGUNJE NA GORENJSKEM, Psihiatrična bolnišnica Begunje	**št. udeležencev:** 80	**kotizacija:** 150 EUR	**k. točke:** 4,5
vsebina: Predavanja bodo namenjena pridobivanju poglobljenega razumevanja povezav med centralnim živčnim sistemom in prebavili ter izmenjavi sodobnih interdisciplinarnih strokovnih spoznanj na tem področju. Srečanje je namenjeno psihiatrom, gastroenterologom, zdravnikom družinske medicine ter vsem zaposlenim v zdravstvu, ki jih omenjena tematika zanima. Na dogodku bo predstavljen tudi nov psihoterapevtski program v Psihiatrični bolnišnici Begunje, namenjen bolnikom s KVČB.	**organizator:** Psihiatrična bolnišnica Begunje in UKC Ljubljana, Oddelek za gastroenterologijo	**prijave, informacije:** dr. Lea Žmuc Veranič, T: 04 533 52 00, E: ***izobrazevanje@pb-begunje.si***, W: ***https://www.pb-begunje.si/***	

27.–28. ob 8.00 • 13. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** 150 EUR, vključuje predavanja, potrdilo o udeležbi, osvežitve med odmori	**k. točke:** ***
vsebina: Na kongresu bodo predstavljene strokovne in organizacijske vsebine, ki so pomembne za delo zdravnika družinske medicine.	**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	**prijave, informacije:** Ksenija Tušek Bunc, E: ***ksenija.tusek-bunc@guest.arnes.si***, W: ***https://www.e-medicina.si/mariborski-kongres***	

28. ob 8.15 • DOLGOŽIVOST IN AKUPUNKTURA – JESENSKI SEMINAR ZDRUŽENJA

kraj: LAŠKO, Termana Laško, Zdravilišče Laško	**št. udeležencev:** 60	**kotizacija:** 50 EUR	**k. točke:** ***
vsebina: jesensko strokovno srečanje »Dolgoživost«	**organizator:** Združenje za akupunkturo pri SZD	**prijave, informacije:** Jadwiga Hajewska Kosi, T: 031 606 183, E: ***jadwiga.hkosi@gmai.com***	

28. ob 8.50 • XXI. ČELEŠNIKOVI DNEVI, 28. SEMINAR ZMOKS: AVGMENTACIJA, IMPLANTACIJA, PROTETIČNA REHABILITACIJA – KJE SMO V ČASU IN PROSTORU

kraj: LJUBLJANA, Odiseja	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** prijave do vključno 1. 11. 2026: 300 EUR, prijave od 2. do 25. 11.: 350 EUR, online: 250 EUR	**k. točke:** 8
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo	**prijave, informacije:** Zala Skomina, T: 041 839 086, E: ***zala.skomina@kclj.si***, W: ***https://zmoks.si/***	

30. ob 8.20 • 12. ŠOLA REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA ŽENSK 2026 – 4. TERMIN

kraj: spletno srečanje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** 109 EUR, vključuje udeležbo na šoli, sodelovanje v razpravah in na delavnicah, licenčne točke, za upokojence in specializante ni kotizacije	**k. točke:** 6
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** Slovensko menopavzno društvo	**prijave, informacije:** prim. Lucija Vrabič Dežman, dr. med., T: 041 798 048, E: ***lucija.vrabic@gmail.com***	

30. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

DECEMBER 2026

4. ob 8.00 • ŠOLA RAKOV GLAVE IN VRATU

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica | **št. udeležencev:** 120 | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** v postopku

vsebina: Namen šole je predstaviti sodoben, celosten in multidisciplinaren pristop k obravnavi bolnikov z rakom glave in vratu, od zgodnjega prepoznavanja in diagnostike do kirurškega, obsevalnega in sistemskega zdravljenja ter podporne obravnave. Srečanje je namenjeno zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z rakom glave in vratu.

organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD, Združenje za radioterapijo in onkologijo ter Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Primož Strojan, dr. med.

prijave, informacije: Zvezdana Vukmirović, E: ***zvukmirovic@onko-i.si***, T: 01 58 79 495

4.–5. ob 9.30 • 9. SIMPOZIJ NOVOSTI V GASTROENTEROLOGIJI

kraj: RIMSKE TOPLICE, Rimske terme | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** ***

vsebina: strokovno srečanje

organizator: Ljubljansko gastroenterološko društvo Pro gastro

prijave, informacije: Karin Pulević, T: 01 522 85 15, E: ***karin.pulevic@kclj.si***

7. ob 9.00 • 2. SIMPOZIJ MENOPAVZA 2026: SODOBNA OBRAVNAVA ZA BOLJŠO KAKOVOST ŽIVLJENJA, KO MEDICINA POSLUŠA POTREBE ŽENSK

kraj: MARIBOR, Medicinska fakulteta | **št. udeležencev:** 120 | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** ***

vsebina: Strokovno srečanje, ki ga vodi dr. Branka Žegura, dr. med., je namenjeno zdravnikom ginekologom in zaposlenim v zdravstveni negi.

organizator: UKC Maribor

prijave, informacije: W: ***https://www.ukc-mb.si*** (strokovna srečanja), Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 28 13

7. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 1

vsebina: strokovno srečanje

organizator: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni

prijave, informacije: Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***

7.–11. • 40-URNI SEMINAR PALIATIVNE OSKRBE ZA SPECIALIZANTE KLINIČNIH STROK

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana | **št. udeležencev:** 60 | **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***, W: ***https://szpho.si/***

10. ob 8.00 • SVITOV DAN 2026

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica | **št. udeležencev:** 200 | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** ***

vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno vsem, ki so vključeni v izvajanje Programa Svit. 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*** ali W: ***https://www.program-svit.si/svitov-dan-2026/***

10. ob 15.00 • MOTIVACIJSKI PRISTOP KOT PODPORA PACIENTOM PRI OPUŠČANJU RABE TOBAČNIH IN NIKOTINSKIH IZDELKOV

kraj: LJUBLJANA, NIJZ, Zaloška c. 29 | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** ***

vsebina: Stomatološka sekcija SZD v sodelovanju z NIJZ pod pokroviteljstvom FDI organizira izobraževanje z delavnicami za člane zobozdravniških timov. Izobraževanje bo namenjeno prepoznavi rabe tobačnih/nikotinskih izdelkov ter podpori pacientom pri opuščanju. Udeleženci se bodo seznanili z vplivom tobaka/nikotina na splošno/ustno zdravje ter možnostmi za krepitev pomoči pri opuščanju rabe teh izdelkov.

organizator: Stomatološka sekcija SZD

prijave, informacije: Vesna Banko, T: 041 251 146, E: ***stomatoloska.sekcija@szd.si***, W: ***https://www.stomatoloska-sekcija.si***

14. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje | **št. udeležencev:** ni omejeno | **kotizacija:** kotizacije ni | **k. točke:** 1

vsebina: strokovno srečanje

organizator: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni

prijave, informacije: Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***

DECEMBER 2026

21. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

JANUAR 2027

4. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

11. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

18. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

25. ob 14.40 • NOVA SPOZNANJA IZ VASKULARNE MEDICINE 2026/2027

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, KOŽB, VI. nadstropje	**št. udeležencev:** ni omejeno	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** 1
vsebina: strokovno srečanje	**organizator:** UKC Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni	**prijave, informacije:** Mija Šparovec, T: 01 522 80 32, E: ***mija.sparovec@kclj.si***	

29. • KOGOJEVI DNEVI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	**št. udeležencev:** do 250	**kotizacija:** kotizacije ni	**k. točke:** v postopku
vsebina: Enodnevno izobraževanje, namenjeno pridobivanju znanja iz različnih dermatoloških tem, osredotočeno na praktični pristop k diagnosticiranju in zdravljenju pogostejših kožnih bolezni ter na obravnavo pacientov s kroničnimi kožnimi boleznimi. Vabljeni vsi zainteresirani zdravniki, specializanti ali specialisti različnih strok, ki jih področje zanima.	**organizator:** Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana v sodelovanju s Katedro za dermatovenerologijo in Katedro za družinsko medicino Univerze v Ljubljani	**prijave, informacije:** prijave preko W: ***https://www.domusmedica.si***, informacije: ***mic@zzs-mcs.si***	

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

Domus Medica za vas!

Domus Medica je bil ustvarjen kot osrednja hiša slovenskega zdravništva. Velika Modra dvorana, številne sejne sobe in klubski prostori so bili zgrajeni z namenom srečevanj, stanovskega druženja, odprtega dialoga, organiziranih strokovnih predavanj med zdravniki in zobozdravniki.





Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Andreji Stepišnik, **E: mic@zzs-mcs.si.**

Mali oglasi

Oddamo zdravstveno ordinacijo v Kranju

Oddamo popolnoma opremljeno zdravstveno ordinacijo na odlični lokaciji v Kranju, nasproti Porodnišnice Kranj. Ordinacija je urejena za opravljanje zdravstvene dejavnosti ter primerna za zdravnike različnih specialističnih področij in druge ustrezne zdravstvene dejavnosti.

Možnost najema 2–3 dni na teden oziroma po dogovoru.

Odlična lokacija, urejen dostop in možnost takojšnjega začetka dela.

Za več informacij in ogled ordinacije nas kontaktirajte po telefonu: 051 268 135 ali e-pošti: *dermakranj@gmail.com*.

Oddam ordinacijo v Mariboru

Oddam delno opremljeno ordinacijo v velikosti 42 m², ki je primerna za različne zdravstvene dejavnosti. Prostor je sestavljen iz ordinacije, čakalnice, garderobe, pomožnega prostora in dveh WC-jev. Primeren je za specialistične ambulante in za zobozdravstvo. Lokacija: Ulica heroja Nandeta 31, 2000 Maribor. Urejeno je parkiranje in možnost dolgoročnega najema.

Informacije na: 041 862 880 (Antonija Hraš Zabavnik)

Pridružite se ekipi Zoboestetike (Trebnje/Grosuplje)

Iščete delovno okolje, v katerem lahko svoje znanje nadgrajujete, strokovno rastete in delate po najvišjih standardih sodobnega zobozdravstva?

V svojo sodobno, nadstandardno opremljeno zobozdravstveno ambulanto vabimo **zobozdravnika (m/ž) z veljavno licenco**, ki si želi novih strokovnih izzivov, samostojnosti in dolgoročnega sodelovanja.

V Zoboestetiki verjamemo, da kakovostno zobozdravstvo temelji na strokovnosti, natančnosti, medsebojnem sodelovanju in obravnavi, prilagojeni potrebam posameznega pacienta.

Naša vizija je ustvarjati okolje, v katerem imajo zobozdravniki na voljo sodobno tehnologijo, strokovno podporo in predvsem pogoje, da lahko svoje delo opravljajo kakovostno, premišljeno in z zadovoljstvom.

Kaj vam ponujamo?

- Vrhunsko tehnološko opremljenost: laser Fotona, intraoralne skenerje 3Shape, digitalno RTG- in CBCT-diagnostiko ter dentalni mikroskop.
- Raznoliko in strokovno zanimivo klinično delo na področju splošnega in estetskega zobozdravstva ter protetike in ortodontije.
- Strokovno avtonomijo in podporo izkušene ekipe pri načrtovanju in izvajanju zahtevnejših obravnav.
- Možnosti strokovnega izpopolnjevanja in razvoja na področjih, ki vas posebej zanimajo.
- Stimulativno plačilo, fleksibilno organizacijo dela in možnost dolgoročnega sodelovanja.

Želimo si sodelavca, ki ga odlikujejo strokovna radovednost, odgovornost, občutek za kakovost in želja po napredku.

Ne glede na to, ali ste na začetku svoje samostojne poklicne poti ali že izkušen zobozdravnik, ki si želi novih izzivov, vas vabimo, da nas spoznate.

Če v tej priložnosti prepoznate sebe ali koga od svojih kolegov, bomo veseli vašega odziva oziroma priporočila.

Svojo prijavo nam pošljite na *administracija@zoboestetika.si*.

Cenik malih oglasov v reviji Isis

V reviji Isis lahko objavite male oglase (razpise za delovna mesta za zdravnike in zobozdravnike, za oddajo poslovnih prostorov, ordinacij …).

Cena objave malega oglasa je odvisna od njegovega obsega:

do 600 znakov brez presledkov:	100,00 EUR
od 601 do 1500 znakov brez presledkov:	150,00 EUR
od 1501 do 3.500 znakov brez presledkov:	300,00 EUR
nad 3.501 znak brez presledkov:	500,00 EUR

Navedene cene so brez DDV.

Male oglase sprejemamo do 10. v mesecu za objavo v naslednji številki. Pošljite jih na e-naslov: isis@zzs-mcs.si.

Pojasnilna dolžnost kirurga, podpisano soglasje bolnika za operacijo in še kaj …

Stane Repše

Maja letos sem bil prvič v življenju operiran, na Ortopedski kliniki sem dobil nov kolk. Podpisati sem moral več soglasij, če se prav spomnim, kar šest. Podpisal sem jih, ne da bi jih prebral. Predroben tisk za starostnika! Spomnil sem se na svoj čas in na uvajanje informirane privolitve za operacijo v UKC.

V času moje specializacije in še dolgo zatem o pisnem soglasju bolnika za operacijo ni razmišljal nihče. Veljala je beseda med bolnikom in zaprošenim ali naključno razpisanim operaterjem. V primeru, ko je bila operacija nujna za rešitev življenja, je zadostovala operaterju priča, običajno drug, najbližji zdravnik.

Iz časa specializacije se živo spominjam dogodka v letu 1971 na stari kirurški kliniki. Starejša gospa s hudo meleno se ni pustila operirati, operacija pa je bila nujna. Prof. Žakelj me je poklical v sobo za intenzivno terapijo. Ob bolničini postelji mi je rekel, da bom priča, in povedal, da bolnica krvavi, a se ne pusti operirati. Brez drugih besed so jo odpeljali v operacijsko dvorano, jo intubirali in prof. Žakelj je začel z operacijo. Prvič sem mu lahko asistiral kot prvi asistent. Kdo je bil drugi asistent, se ne spominjam, morda ga sploh ni bilo! Šlo je za krvaveč ulkus želodca, naredil je resekcijo po metodi Billroth I. Bolnica je preživela. Nikoli ni bilo besede o njenem upiranju operaciji, o kakšni privolitvi v operacijo ali o kakšni priči.

Seveda je bilo to še obdobje spoštovanja zdravnikov. Bilo je nepredstavljivo, da bi bolnik operaterja tožil, čeprav vsi operiranci tudi takrat niso bili zadovoljni z rezultatom svojega zdravljenja. Časi so se počasi zelo spremenili in pisno soglasje bolnika za operacijo je tudi pri nas že dolgo obvezno.

Kako je prišlo do pisne privolitve pri nas na abdominalni kirurgiji? Ni bilo enostavno in tudi kar dolgo je trajalo, da se je pisna privolitev prijela.

Na naši kliniki smo bili prvi, ki smo uvedli pisno soglasje za operacijo. Povod za to je bilo neko moje doživetje v enem od dežurstev v letu 1988, med počitniškim nadomeščanjem nemškega kirurga dr. Kurta Zimmermanna v Kreiskrankenhaus Eichhof Lauterbach/Hessen, nekdanjega docenta Kirurške klinike v Giessnu pri prof. Vossschulteju.

V Giessnu je bil v mojem študentskem času predstojnik kirurgije prof. Karl Vossschulte, cenjeni pedagog, avtor več učbenikov in številnih strokovnih prispevkov, inovator ter »oče« kar 40 predstojnikov kirurških oddelkov. Po njegovem učbeniku Lehrbuch der Chirurgie, prevedenem v srbohrvaščino, sem študiral kirurgijo za študentski izpit (takrat edini učbenik kirurgije »na našom jeziku«), ki je bil nam, študentom, dosegljiv leta 1964/65. Izpit iz kirurgije sem naredil 11. 12. 1965 pri prof. Vladimirju Guzlju. »Ker niste znali narediti Hipokratove čepice z dvoglavim povojem, vam ne morem dati deset!« (Dobil sem 9.) Kasneje, ko sem enkrat v zgodnjih 70. letih s svojima predšolskima fantoma šel v Tivoliju navzgor mimo teniških igrišč, zagledam prof. Guzlja, ki gre previdno s palico po stezi navzdol. Spoštljivo se ustavim, ga pozdravim in pravim fantoma: »To je moj profesor kirurgije, strogi profesor Guzelj.« On pa se obrne k fantoma in z zanj značilnim, nosljajočim glasom odgovori: »Fanta, ne verjemita, vajin oče laže!«

Prof. Karl Vossschulte se je upokojil leta 1978, po 45 letih dela, od tega kar 35 let v Giessnu, kjer je postal kirurški »Karl Veliki«. Umrl je leta 2007, star skoraj 100 let. Pokopan je v preprostem grobu na samostanskem pokopališču v Arnsbergu. Njegovo, v prenesenem pomenu »zelo veliko glavo« tlači preprosta, težka skala z njegovim imenom in priimkom. In na njem je, takrat ko sem obiskal njegov grob in se mu poklonil, raslo le nekaj rumenih rož (slika 1).

In pisno soglasje za operacijo? Nekega julijskega dne leta 1986 so okrog osmih zvečer pripeljali reševalci 16-letnega fanta v spremstvu očeta. Z mano je bila dežurna mlada, simpatična

zdravnica pripravnica (Aertztin in der Praxis), Sabine Fischer, začetnica na kirurgiji. Takrat je zdravnik/-ca na takem mestu zaslužil/-a bistveno več kot doma jaz, specialist kirurg, namestnik predstojnika in docent na MF z 8 do 10 dežurstvi mesečno. Samoupravljanje, ta »najboljši sistem na svetu in v bližnjem vsemirju«, smo drago plačevali. Brez tega sistema bi bil naš standard vsaj polovični standard Avstrijcev in brez njega bi odtekalo po Savi navzdol mnogo manj vsega, ne samo denarja.

Fischerjeva je sprejela bolnika in me poklicala. Prišel sem hitro. Stanovali smo dobih 100 metrov stran v modernem sestrskem domu, v dveh garsonjerah nizkega polkletnega pritličja s skupno veliko teraso, skoraj v gozdu. Sosednji simetrični garsonjeri sta bili poleti vsa leta prazni. Le enkrat, v vseh 25 letih, je stanovala v skrajni garsonjeri neka sestra, ki smo jo včasih slutili, a nikoli zares videli.

Sami in praktično v gozdu! Za vse idealne počitnice, razen za ženo, ki se je lahko teoretično in praktično učila nemščine z branjem knjig, gledanjem televizije, ko je hodila s fantoma po nakupih, na sladoled in na skupnih sprehodih/teku po negovanem gozdu. »Pipser« me je spremljal vse dni in noči, razen ob četrtkih, ko sem ga lahko ob 15.00 odložil do petka zjutraj ob 7.30.



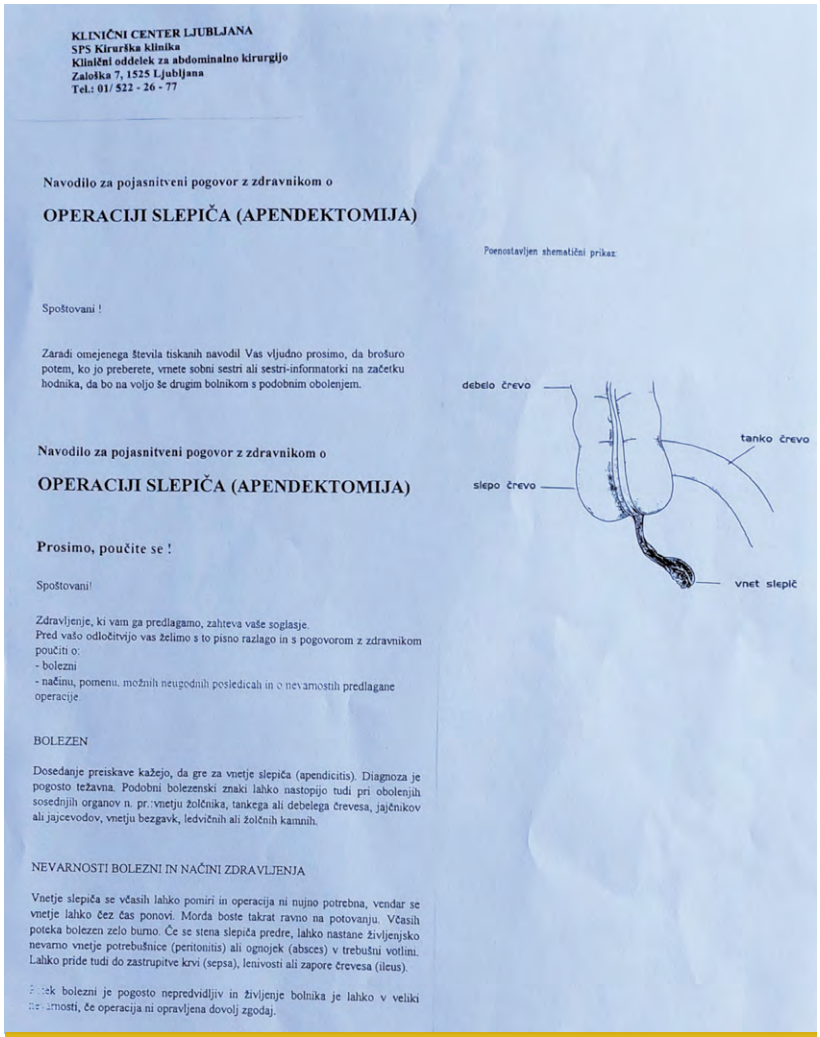
Slika 1: Grob prof. Karla Vossschulteja – kirurškega »Karla Velikega«

Fanta sta bila veliko na bazenu, igrala tenis in se zabavala po svoje, saj smo bili tam vedno poleti, med našimi šolskimi počitnicami. In 80 metrov niže po strmi gozdni stezi Lauter, majna, divja rečica. Pa dva bazena, tri teniška igrišča in velik park približno 100 metrov pod »stanovanjem«! S terase po strmi gozdni stezi navzdol, čez glasni Lauter in že sta bila na tenisu ali v bazenu. Imela sta prost vstop na kopališče in brezplačno uro tenisa vsak dan, razen ob nedeljah. Trener je bil nek simpatičen prebegli Poljak, ki je slabo govoril nemško, a je imel fanta prav rad!

Pregledal sem sprejetega bolnika; klinično je šlo za peritonitis, verjetno zaradi perforacije slepiča. Potrebna je bila operacija. Poklican je bil anesteziolog, dr. Kaiser, ki je prišel od doma. S težavo se je pogovoril z mladeničem, ki je bil ruski prebežnik in ni znal nemško. Z očetom in materjo so bili v nekem zbirnem centru v okolici Fulde. Dr. Kaiser, anesteziolog, je hotel videti pisno privoljenje za operacijo. Pisnega privoljenja ni bilo, očeta pa tudi ne, odpeljal ga je rešilni avto. Neizkušena dr. Fischerjeva mu je pozabila dati podpisati privoljenje za operacijo. Anesteziologove odločitve, da ga ne bo anesteziral, ni premaknilo moje pregovarjanje, da ga moramo takoj operirati, ker gre za peritonitis. »Dokler ne bo podpisanega soglasja očeta ali matere za operacijo, ne bo anestezije!« V Ljubljani se takrat kaj podobnega ne bi moglo zgoditi, v Zvezni republiki Nemčiji pa so vladala drugačna pravila. Zbornica (Aerztekammer) je morala dati priporočilo, da si sploh smel delati kot zdravnik! Vključili smo policijo, ki je potrebovala kar tri ure, da je našla očeta in ga pripeljala v bolnišnico. Našli so ga v nekem lokalu, kjer se je tolažil s pijačo. Znal je komaj kakšno nemško besedo in komaj kaj razumel, a soglasje je le podpisal. Formalni pogoji so bili tako izpolnjeni in dr. Kaiser je ob treh zjutraj le intubiral bolnika. Začeli smo z operacijo, našli smo peritonitis zaradi perforiranega slepiča. Apendektomija, spiranje trebuha in drenaža. Infuzije in antibiotiki so rešili mladeniča, ki je ostal teden dni dalj v bolnišnici, kot je bilo običajno po odstranitvi vnetega slepiča.

Ta zaplet z anesteziologom in pisnim privoljenjem za operacijo, ki se mi je zdel takrat nepotreben in sem ga vzel kot nasprotovanje nemškega zdravnika »nekemu kirurgu – gastarbajterju«, pa mi je le dal misliti. Naslednje leto sem iz Lauterbacha prinesel obrazec soglasja za operacijo in pojasnila za vse običajne posege v abdominalni kirurgiji, razen za operacije jeter, pankreasa in kronične črevesne bolezni, ker teh operacij v periferni bolnišnici (Kreiskrankenhaus) niso delali. Ker je bil prevod teh številnih pojasnil predvsem časovno zahteven, sem pritegnil sina Aljaža, takrat študenta 4. letnika medicine. V naslednjem letu je ta pojasnila prevedel in računalniško primerno oblikoval ter jih dopolnil z enostavnimi skicami posameznih trebušnih organov. Prevedel je enotni obrazec pisnega privoljenja, isti za vse operacije, pojasnilne pogovore za posamezne operacije s skicami organov in jih računalniško oblikoval. Natisnili smo obrazce »Informirani pristanek na operacijo« (za vse operacije enak) in »Navodila za pojasnitveni razgovor z zdravnikom« za posamezne operacije. Za vsako abdominalno operacijo je bila brošura na štirih straneh s pripadajočo skico organa in velikostjo črk, primerno za starostnika (slika 2).

Zanimivo je, da je bil sprva kar precejšen odpor mojih kolegov do te dodatne administrativne obremenitve. Na srečo pa ji takratni predstojnik, prof. Pegan, ni nasprotoval, saj je poznal to prakso iz Nemčije in tudi domače probleme na sodiščih ob takrat pri nas še redkih tožbah. Kot odvetnikov sin je bil bolj dojemljiv za probleme s sodišči.



KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
SPS Kirurška klinika
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo
Zaloška 7, 1525 Ljubljana
Tel.: 01/ 522 - 26 - 77

Navodilo za pojasnitveni pogovor z zdravnikom o

OPERACIJI SLEPIČA (APENDEKTOMIJA)

Poenostavljen shematični prikaz

Spoštovani !

Zaradi omejenega števila tiskanih navodil Vas vljudno prosimo, da brošuro potem, ko jo preberete, vnete sobni sestri ali sestri-informatorki na začetku hodnika, da bo na voljo še drugim bolnikom s podobnim obolenjem.

debelo črevo
tanko črevo
slepo črevo
vnet slepič

Navodilo za pojasnitveni pogovor z zdravnikom o

OPERACIJI SLEPIČA (APENDEKTOMIJA)

Prosimo, poučite se !

Spoštovani!

Zdravljenje, ki vam ga predlagamo, zahteva vaše soglasje.
Pred vašo odločitvijo vas želimo s to pisno razlago in s pogovorom z zdravnikom poučiti o:
- bolezni
- načinu, pomenu, možnih neugodnih posledicah in o nevarnostih predlagane operacije.

BOLEZEN

Dosedanje preiskave kažejo, da gre za vnetje slepiča (apendicitis). Diagnoza je pogosto težavna. Podobni bolezenski znaki lahko nastopijo tudi pri obolenjih sosednjih organov n. pr.: vnetju žolčnika, tankega ali debelega črevesa, jajčnikov ali jajcevodov, vnetju bezgavk, ledvičnih ali žolčnih kamnih.

NEVARNOSTI BOLEZNI IN NAČINI ZDRAVLJENJA

Vnetje slepiča se včasih lahko pomiri in operacija ni nujno potrebna, vendar se vnetje lahko čez čas ponovi. Morda boste takrat ravno na potovanju. Včasih poteka bolezen zelo burno. Če se stena slepiča predre, lahko nastane življenjsko nevarno vnetje potrebušnice (peritonitis) ali ognojek (absces) v trebušni votlini. Lahko pride tudi do zastrupitve krvi (sepsa), lenivosti ali zapore črevesa (ileus).

Potek bolezni je pogosto nepredvidljiv in življenje bolnika je lahko v veliki nevarnosti, če operacija ni opravljena dovolj zgodaj.

Slika 2: Pojasnilo o operaciji slepiča s skico

Zaradi težav s kirurgi naše klinike pri uvajanju obveznega pisnega privoljenja bolnika za operacijo sem predlagal, da če kirurgi tega ne marajo izpolnjevati, naj bi pa anesteziolog pred začetkom anestezije preveril, ali je bolnik podpisal soglasje. V primeru, ko soglasje ne bi bilo podpisano, naj bi anesteziolog anestezijo enostavno odklonil. Doživel sem frontalni napad, celo s strani predstojnika: »To pa ne, anesteziologom pa tega ne bomo dali iz rok«. Bolnik je prejšnji dan razpisan za operacijo, je zjutraj tešč in mora biti operiran!

Po začetnih težavah se je pisno soglasje za operacijo počasi le uveljavilo in stvari so stekle. Bolnik je ob sprejemu na oddelek dobil obrazec za pisno privoljenje za operacijo in brošuro o svoji operaciji. Pisno pojasnilo o predvideni operaciji, s katerim je operater bolniku pojasnil in tudi narisal skico načrtovane operacije. To je ostalo v veljavi še nekaj let po mojem odhodu. Kot mi je pred časom povedal prof. Omejc, se je čez nekaj let spremenilo. Prof. Medenova, takratna predstojnica Ginekološke klinike, je na ravni UKC posodobila/razširila privolitev. Kasneje so tudi anesteziologi izdali svojo pojasnilno knjižico in obrazec pisnega soglasja.

Stvari so postale baje bolj zapletene. Ne maram soditi, kaj je bolje oz. primerneje. To bi lahko naredil nekdo, ki je danes aktiven, anesteziolog ali kirurg.

Tempora mutantur et nos mutamur in ilis!

Spoštovani avtorji,

prispevke nam pošiljajte na elektronski naslov: **isis@zzs-mcs.si**. Prejem bomo potrdili s povratno pošto. Če ne prejmete potrditve, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 157) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo revije Isis

Gaja Jarc: En ščepec ljubezni

Cankarjeva založba, Ljubljana 2026, 318 str.

Matjaž Zwitter

Zobozdravnica dr. Gaja Jarc nam ponuja svoj literarni prvenec.

V prvi osebi nas avtorica popelje skozi osebne stiske, trenutke veselja in tudi razočaranja Anje, specializantke kirurgije. Anja je izjemno predana svojemu poklicu. Dela na urgenci, pogosto je dežurna ali v nočnemu turnusu, tudi za praznike je na kliniki in ob tem še zaključuje doktorat.

Odnos z Urbanom, s katerim sta skupaj že šest let, se vse bolj ohlaja. Njegova želja, da bi imela otroka, ostaja brez odgovora. Urban pogreša umirjeno družinsko življenje. Pa ni le nenehno hitenje in zdravniške obveznosti, ni le vprašanje časa, ki ga lahko preživita skupaj, gre tudi za spoštovanje njenega dela.

»On je odhajal, ko sem jaz še spala, in jaz sem prihajala, ko je on že skoraj spal. … Jedla sva vsak zase. Na stojalu za sušenje posode sem opazila prazne banjice sladoleda in skute in sumila sem, da je v njih prinašal ostanke kosila, ki ga je pripravila njegova mama.

Saj si si sama izbrala tako službo – s temi besedami je Urban zaključil enega od prepirov.

Ne vem, kaj hoče od mene. Saj je vedel, da ne bom vsak dan ob enih doma in ga čakala s pripravljenim kosilom, kot je to počela njegova mama. Če je to želel, bi moral hoditi recimo z učiteljico, ne s kirurginjo.«

Po nenavadnem naključju se v Anjinem življenju znajde David, kuharski mojster. Med Anjo in Davidom gre spočetka le za poslovni dogovor: on ji bo en mesec kuhal, da se odkupi za poškodbo njenega avtomobila. Kako se zgodba kasneje odvije, vam seveda ne bom izdal. Povem naj le, da ne gre brez dodatnega zapleta. Urban, ki se je poprej že odselil, se je namreč huje poškodoval in Anja ga je prijazno spet sprejela k sebi, da mu pomaga pri okrevanju.

Roman Gaje Jarc je več kot le ljubezenska zgodba. Zdravnice in zdravniki skozi to zgodbo občutimo svoje poslanstvo. Vsi drugi, ki bodo brali to knjigo, pa bodo, upam, malo bolje razumeli, da so v beli halji ljudje, ki se resnično predajajo svojemu poklicu, pa so vendarle samo



ljudje. V kratkem: iskrena pripoved o zdravniškem poklicu.

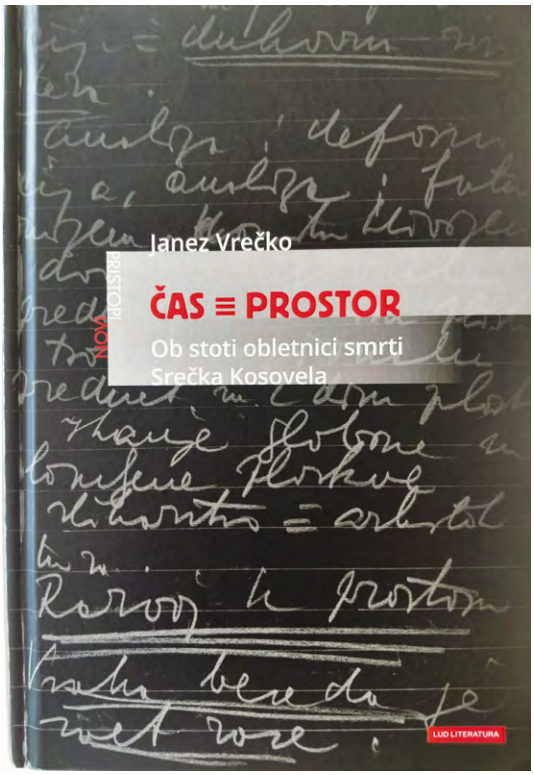
In na koncu: lepo napisana zgodba z živahnimi dialogi kar kliče po uprizoritvi na filmu.

Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

Čas ≡ Prostor

Ob stoti obletnici smrti Srečka Kosovela
Literarno-umetniško društvo Literatura, 2026 – Zbirka Novi pristopi

Jasna Čuk Rupnik



Dolgoletni profesor na Oddelku za primerjalno književnost in literarno teorijo Filozofske fakultete v Ljubljani **Janez Vrečko** široko in globoko posega v delo in življenje Srečka Kosovela. To izvede na način, da iz le nekaj Kosovelovih stvaritev (npr. manifest Mehanikom!, Monolog, Sferično zrcalo, Srce v alkoholu, Kons 5, Tragedija na oceanu, Umetnost in proletarec ...) ter nekaj njegovih dnevniških zapisov in pisem ustvarja znanstveno trdno in zelo obsežno podlago za kompleksno razumevanje tega z novo etiko globoko prežetega poeta in filozofa. Ta etika je poleg človeške zajemala tudi etiko narave z njenimi cikličnimi zakonitostmi. *»V večnost je moje srce odprto. Iz Kaosa v Kozmos,«* je zapisal mladenič, ki je kot »beli angel« vstopil v druge razsežnosti stvarstva pri zgolj 22 letih, a že zelo zelo zrel. Zastavljal si je vprašanja: *»Od kod prihajam, kdo sem, zakaj sem tukaj, kaj naj storim?«* Njegovo znanje matematike in fizike je bilo odlično. Tudi zato je mogel tako strastno in smelo zakorakati po poteh odkrivanja nove realnosti z opuščanjem Newtonove fizike in Descartesovega dualizma na eni strani ter z usvajanjem na novo porajajočih se dejstev teorije relativnosti in kvantne mehanike. Ustvaril je edinstven in zelo pomemben prispevek h *konstruktivnosti*, skozi katero se je dejansko katapultiral v evropski presežek tedanjega *konstruktivizma*. Živel in ustvarjal je v času »znanstvene revolucije«, ko so Einstein, Planck in Bohr postavljali temelje novega razumevanja sveta. Kosovel je svoje prebujanje ubesedil kot *»V nas pretanjeni so ukazi novih resnic«,* s katerimi je doživljal novo, organsko dojemanje sveta. *»Ne pojem več lepote / tihe, ki uspava, moja pesem/ drami mrtve, drami speče«* in filozofiji narave podaril verz *»Jaz sem celica v organizmu vesoljstva«*. Tudi pod vplivom moderne fizike se je v zadnjem letu življenja vse bolj zatekal k cikličnemu razumevanju časa in od sebe odmikal njegovo linearno dojemanje. Obsojal je napako ločitve človeka od narave, ko smo se ljudje ignorantsko in manipulativno naperili *»preko nje in proti njej«*. To zlorabo je tematiziral v razmislekih o *»prirodi, osovraženi po človekovem pohlepu«*.

Ta mnogotera Kosovelova spoznanja Vrečko opiše skozi razlago (Detela): »Sveže odkrita spoznanja ... zagovarjajo princip vsepovezujočega sodelovanja v naravi. Sodelovalna povezanost deluje na vseh nivojih realnosti – od kvantne koherence na ravni biomolekul pa vse do socialne kohezije v vsaki zdravi človeški družbi.« O Kosovelovem zadržanem vstopanju v svet politike, tudi glede cerkve in partije v odnosu do ljudi, je poudaril, da je Kosovel razlikoval med *»masovnim, kolektivnim, v katerem vlada bratstvo - teror, in človečanskim univerzalnim bratstvom, ki dopušča svobodno posamezno osebo«*. Kot pripadnik prvotne organizacije TIGER se je zato spraševal: *»So atentati pot do človečanstva?«* Vrečko zapiše, da se Kosovel že sredi dvajsetih let ni bil pripravljen podrediti nikakršnim normam, četudi so imele socialistično ime. Pri oblasteh si je že kmalu pridobil status kritičnega razumnika, kar mu je ustvarilo veliko težav tako v Kraljevini SHS kot na anektiranem Krasu, ki ga je ogrožal fašizem. Na področju ustvarjanja je priznaval le tisto umetnost, ki se je *»sposobna dvigniti na najvišjo sfero splošne duševne kulture«*. Zavračal je rdečo revolucijo in prisegal na belo (kulturno). Kreft mu je v nagovoru ob grobu namenil opis krepkega, zdravega in delavnega človeka žilave podjetnosti, ki je zavračal vse podlo in krivično.

*

Knjigo sem kupila v nabito polni dvorani Krajevne skupnosti v Svetem Antonu, kjer jo je Janez Vrečko – ob odličnih recitacijah dramske igralke Maje Blagovič – res poglobljeno predstavil. Kupila sem tudi ponatis Kosovelovih Pesmi, kakor so bile šele posthumno izdane v zbirki Zlati čoln. Kosovela je rad prebiral že moj oče, rojen le slabo leto za kraškim pesniško-filozofskim genijem. Marsikatero njegovo pesem je tu in tam rad prebral tudi svoji ženi in nama s sestro. S Kosovelovo poezijo pa sem se prvič srečala bolj poglobljeno šele na Gimnaziji Bežigrad. Legendarni profesor Andrijan Lah nas je v dramskem krožku angažiral za predstavitev

Kosovelovih Integralov. Recitirala sem Svetilko ob cesti: *»Kaj bi bil človek, če ti je težko / biti človek? Postani obcestna / svetilka, ki tiha razseva / svoj sij na človeka ...«* Morda sem tudi zaradi takšnih razmišljanj postala zdravnica? Moje znanje iz matematike in fizike – glede na povečano bežigrajsko zahtevnost – ni bilo ravno v presežku. Ob popravljanju začetnega cveka iz fizike sem bila kar malo prizadeta ob komentarju prof. Puclja: »Dobro ste se napiflali, Rupnik.« Vseeno sem se pa za nekaj časa vpisala še v astronomski krožek.

Z branjem Vrečkove knjige Čas ≡ Prostor so se mi odpirala nebesa. Dobesedno. Avtor v njej izraža svojo vrhunsko sposobnost raziskovanja in pojasnjevanja razsežnosti Kosovelovega tehničnega, fizikalnega, filozofskega, socialnega, etičnega, duhovnega in sploh harmoničnega prehajanja iz mikro- v makrokozmos in iz nič v neskončnost. In počne vse to na način, da rojeva branje teh po avtorjevi presoji in izbiri urejenih misli samo po sebi človekovo strast do »vse-mirja«. Do prostora večnega miru, v katerem je čas neskončen oziroma ga še ali več ni. Ko je moj oče v svojih mladih letih bral na seniku, je škripanje lesenih stopnic napovedalo njegovo mamo: »Pa ne si kvart uači pr sveči! Dej rajši spat!« A navdih iskrenega zaupanja je materi sporočil: »Veste, mati, piše, da tam gor ni nebes. Da je samo vesolje ...« Materina ljubezen pa je sinu sporočila: »O, jejžeša, Tone! Ma ne tu čitat, te bo Buh štrafou!«

Danes me branje o Kosovelu spominja še na nekaj dragocenega. Pred več kot štiridesetimi leti sem po literarnem večeru logaškega pesnika Andreja Žigona, takrat učitelja v OŠ Dutovlje, sprejela vabilo mladega Dutovca, da lahko, še preden pospravijo stole in pripravijo dvorano za ples, »skočimo malo pogledat v Lipco, saj bomo takoj nazaj«. Med klepetom in že v bližini avta sem vprašala: »Kje so pa drugi?« Odgovor je bil: »A si res mislila, da bom povabil še koga?« Bila sem jezna. Nase, saj sem v resnici komaj čakala, da bom z logaškimi vrstniki, ki sem jih spoznala v brigadi na Goričkem, uživala v plesu. Res me ni prav nič zanimalo, kaj mi je pripovedoval, saj me strojniki kot v material usmerjeni ljudje dejansko niso zanimali. A ta strojnik je ob poti skozi Tomaj, mimo zdaj ob stoletnici Srečkove smrti zelo lepo obnovljene hiše Kosovelovih, spregovoril z jezikom Kosovelove lirike. Takrat so moje čustvene antene začele sprejemati tudi neke druge signale. Zdaj že skoraj desetletje najini koraki pogosto merijo iste že pred stoletjem občudovane poti kraških borov in mogočnih skal. In za svojo jutranjo hojo po gozdu si najpogosteje izberem bližino skale, v katero je ob Kosovelovi poti vgravirana Srečkova misel: *»V svojem duhu je vsakdo sam.«* Ja, misel, ki bi vsakega med nami morala napeljati na Kosovelova razmišljanja: *»Od kod prihajam, kdo sem, zakaj sem tukaj, kaj naj storim?«*

Tudi zaradi vsega tega svojega mikrokozmosa namenjam knjigi Čas ≡ Prostor svoje iskreno občudovanje.

Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr. med.,
cukovi@gmail.com

Anton Pavlovič Čehov: Novele

Mladinska knjiga, 1967, 191 str.

Črt Marinček

Jonič

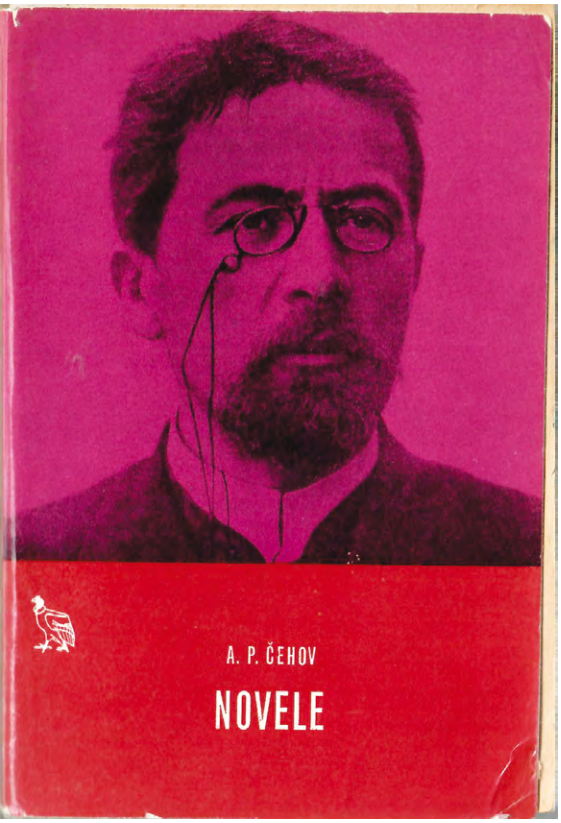
(15 str., prevedel Janko Moder)

Zgodba se dogaja v mestu pri bogati družini Turkinovih. Oče Ivan Petrovič je prirejal amaterske predstave z dobrodelnim namenom. Njegova žena Vera Josifovna je pisala povesti in jih rada na glas prebirala svojim gostom. Hči Jekaterina Ivanovna je igrala na klavir. V prostorni hiši je bilo dovolj prostora za obiskovalce, ki so jim postregli z obilno in okusno večerjo.

Tudi doktorju Dmitriju Joniču Starcevu so, takoj ko je bil imenovan za deželnega zdravnika, povedali, da se mora kot razumnik čim prej seznaniti s Turkinovimi. Tam so ga lepo sprejeli in postal je njihov reden gost, predvsem zaradi mlade hčere, ki je načrtovala študij na konservatoriju.

Nekega jesenskega večera ji je, po večurnem poslušanju igranja na klavir, na vrtu spregovoril o svojih čustvih do nje. Rešila se ga je tako, da mu je v roke potisnila pisemce z vabilom na sestanek ob enajstih ponoči na pokopališču. Doktor je prišel tja zaman. Ko se je naslednji dan zvečer oglasil pri Turkinovih in končno našel priložnost, da ji pove o svojem nočnem čakanju in trpljenju, mu je Jekaterina odgovorila: »Kar trpite, če ne razumete šale.« V nadaljevanju je slišal, da v njenih načrtih za študij na konservatoriju ni mesta za poroko. Poslovil se je in kmalu izvedel, da je odšla v Moskvo.

Minila so štiri leta in ko je od Vere Josifovne prejel pismo s prošnjo, da jo ponovno obišče zaradi migrene, je tam srečal Jekaterino, bledo in shujšano. Tokrat ga je ona povabila na vrt, spregovorila o neuspelem študiju in izpovedala željo po njunem nadalj-



njem druženju. Ob odhodu je pomislil: »Še dobro, da se nisem takrat poročil.« Po tistem ga pri Turkinovih ni bilo nikoli več.

Hiša z mezaninom

(14 str., prevedel Janko Moder)

Slikar Pjotr Petrovič je živel na posestvu graščaka Belokurova. Tam se je seznanil z družino Volčanovih – z materjo, Lido in njeno sestro Ženjo. S slednjo sta se zbližala in veliko razpravljala o umetnosti, znanosti, učenjakih in umetnikih, o iskanju resnice, boga in o smislu življenja. Nekega večera v avgustu se je Pjotr spozabil, objel Ženjo in jo zasul s poljubi. Zaljubljenca sta se poslovila.

Ko je naslednji dan prišel k Volčanovim, je zvedel, da je Ženja z mamo odpotovala. Ostal je samo spomin.

Dolgočasna storija

(47 str., prevedel Josip Vidmar)

Novela, napisana leta 1889, pripoveduje o zaslužnem profesorju medicine Nikolaju Stepanoviču. Star je dvainšestdeset let, plešast, z zobno protezo in neozdravljivo nevralgijo. Rad predava in poslušalci mu dve uri z zanimanjem sledijo. Pri ustvarjanju znanstvenega članka se počuti bolj svoboden in pameten, kot če piše pozdravno pismo ali službeno poročilo. Nemško in angleško piše lažje kakor rusko. Ponoči slabo spi in komaj čaka, da se oglasi prvi petelin. Nato pride k njemu žena Varja in po pogovoru o trenutnem počutju in zdravju se spomnita sina, ki kot častnik službuje v Varšavi. Vsak mesec mu pošljeta petdeset rubljev. Pri njima živi hčerka Liza, ki obiskuje konservatorij.

Ko pride profesor na fakulteto, mu vrata odpira stari sluga Nikolaj. V kabinetu ga čaka njegov prosektor Pjotr Ignjatevič, star približno petintrideset let, z izvrstnim spominom in fanatično vero v nezmotljivost znanosti, zlasti tistega, kar napišejo Nemci. Skrbi za preparate in poročila o obdukcijah ter pomaga pri predavanjih. Profesor je strog, na izpitu študente, ki ne znajo, brez milosti vrže. Kandidatom za doktorski študij, ki hočejo od njega tudi idejo za disertacijo, ne pomaga. Je razdražljiv, saj se zaveda, da ga okolica duši. Njegova varovanka, mlada igralka Katja, išče izhod iz zagatnega življenja, a ga ne najde. Profesor, ki ga izredno ceni, ne zna odgovoriti na njeno vprašanje, kaj naj počne. Pravi, da ga kmalu ne bo več. Ona pove, da odhaja na Krim. Poda mu roko, ne da bi ga pogledala. Preden odide, jo hoče še vprašati: »Torej te ne bo k mojemu pogrebu?« Prepozno ...

Oddelek št. 6

(44 str., prevedel Josip Vidmar)

Oddelek št. 6 je majhen trakt na dvorišču mestne bolnišnice, namenjen bolnikom, ki se jim je zmešalo. Nanje pazi čuvaj Nikita, star, odslužen vojak, ki bolnike kroti s pestmi in palico.

Bolnikov je samo pet. Prvi pri vratih je visok, suh meščan, ki z objokanimi očmi sedi s podprto glavo in strmi predse. Redko sodeluje pri pogovorih in na vprašanja navadno ne odgovarja. Je in pije mehanično, kadar mu dajo. Najbolj krotek je majhen, živahen starec, žid Mojsejka, norček, ki se mu je zmešalo, ko mu je pogorela delavnica za čepice. Le njemu je dovoljeno zapustiti trakt in iti celo z dvorišča na cesto. Tam berači, dobi nekaj kopejk, kruha in kvasa. Ko pa pride nazaj, mu vse pobere Nikita. Ivan Dmitrič Gromov je edini plemenitega rodu, bivši sodni pristav in gubernijski sekretar, ki ima preganjavico. Njegova blaznost se izraža v trajno napetem stanju, mimiki, občasni hitri hoji med posteljami in hitrem govorjenju brez pravega reda. Naslednji je debel mužik, z otopelim, brezizraznim pogledom, brez misli in čustev. Okoli njega vedno smrdi in Nikita, ko ga čisti, ga zraven še pretepa. Kmet to mirno prenaša in se samo maje, kot poln sod. Poslednji prebivalec šestega oddelka je meščan, nekdanji razdeljevalec na pošti. Je miren in samosvoj človek, ki pa pod blazino in žimnico skriva nekaj, česar ne pokaže nikomur. Včasih stopi k oknu, si nekaj pripne na prsi in se s sklonjeno glavo ogleduje. Fantazira, da so ga predlagali za odlikovanje Stanislava drugega razreda z zvezdo.

Glavna oseba v pripovedi je zdravnik Andrej Jefimič Ragin, edini zdravnik v mestni bolnišnici. Ko je nastopil službo, je bilo na oddelkih, po hodnikih in na dvorišču težko dihati zaradi smradu. Hlapci, strežnice v bolnišnici in njihovi otroci so spali po sobah skupaj z bolniki. Vsi so se pritoževali, da se zaradi velikega števila ščurkov, stenic in miši ne da živeti. Na kirurškem oddelku se je nenehno pojavljal šen. Na razpolago sta bila samo dva operacijska noža, termometra ni bilo niti enega in v kopalnih kadeh je ležal krompir.

Ob prevzemu službe je Andrej Jefimič ostal razmeroma ravnodušen do nereda, le bolniške hlapce in strežnice je zaprosil, naj ne spijo na oddelkih, in nabavil je dve omari z instrumenti. Ko pozno v noč prebira strokovno časopisje, spoznava, kako zaostali so v njegovi bolnišnici, več

kot dvesto kilometrov daleč od najbližje železniške postaje.

Čez nekaj let so mu deželni stanovi poslali na pomoč mladega okrožnega zdravnika Jevgenija Fjodoroviča Hobotova. Tako je imel Ragin sedaj več časa za bolnike na šestem oddelku. Najbolj se je posvetil Ivanu Dmitriču. Pridobil si je njegovo zaupanje in včasih sta se pogovarjala pozno v noč. To je opazilo osebje in njihov odnos do Ragina se je spremenil, za njegovim hrbtom so šepetali med seboj. Kolega Hobotov mu je brez vidnega vzroka priporočil, naj opusti alkoholne pijače in začne jemati bromkalij. Sledilo je vabilo na razgovor k županu. Tam so ga čakali mestni veljaki, Hobotov in še zdravnik s poljskim priimkom, ki je živel približno trideset kilometrov daleč in je bil slučajno v mestu. Razgovor, na začetku o potrebah prenovitve bolnišnice, se je v drugem delu spremenil v ugotavljanje njegovih umskih sposobnosti. Dobil je priporočilo za upokojitev. S prijateljem poštarjem Mihailom sta z vlakom odpotovala v Varšavo. Po povratku je moral izprazniti stanovanje za Hobotova, ki je prevzel njegovo mesto. Ivan Dmitrič ga je ob dveh obiskih na oddelku obakrat grobo zavrnil in se ni hotel pogovarjati z njim. Na potovanju v Varšavo je porabil vse svoje prihranke, tako da je sedaj ždel v majhnem stanovanju. Poštar ga je redno obiskoval, ko pa je enkrat ob istem času prišel tudi Hobotov z bromkalijem, je Ragin kmalu po uvodnem razgovoru ponorel, oba nagnal in za njima vrgel steklenico bromkalija. Naslednji dan mu je bilo žal in se je šel poštarju opravičit. Še istega dne zvečer ga je obiskal Hobotov in ga zaprosil za konziliarni pregled v bolnišnici. Tam ga je pustil na šestem oddelku, češ da gre po stetoskop. Čez pol ure pa je prišel Nikita z bolniško haljo, perilom in copati. Zdravnik se je molče oblekel in ker ni mogel spati, je stopil po oddelku, izmenjal nekaj besed z Mojsejko in Ivanom Dmitričem, ki mu je bilo ob pogledu na bolniška oblačila takoj vse jasno. Ko pa je želel na dvorišče, je Nikita to preprečil z nekaj udarci. Naslednji dan proti večeru je Andreja Jefimiča zadela kap. Ko je umrl, so prišli hlapci, ga prijeli za roke in noge ter odnesli v kapelo. Dan zatem so ga pokopali. Za pogrebom sta šla samo poštar Mihail in soseda Darjuška.

Človek v lupini

(11 str., prevedel Janko Moder)

Človek v lupini je pripoved o profesorju Belikovu, omejenem in hlapčevskem mračnjaku, kakršnih je bilo v času carske Rusije veliko. Nenehen strah ga je izmaličil, ovaduštvo pa je bilo edina dejavnost, ki ga je opogumljala. Pripovedovalec te povesti Burkin žalostno ugotavlja, da po smrti Belikova ni nič bolje, ker je ostalo še dosti ljudi v lupini. Ivan Ivanič pa vnovič izraža občutje večine čehovskih oseb, da se ne da več živeti tako, da mora človek prenašati žalitve, ponižanja, ne more odkrito povedati, da je na strani poštenih, svobodnih ljudi, in da mora sam sebi lagati!

Kmetje

(prevedel Janko Moder)

V noveli je Čehov objektivno pokazal, kako so ruski kmetje resnično živeli in nemočno podlegali nasilju. Njihov socialni položaj se je po reformi leta 1861, ki so jo izvedli graščaki v svoj prid, bistveno poslabšal. Tlačanstvo je bilo odpravljeno, vendar se je kmetom prejšnje življenje zdelo mnogo boljše, saj so bili v novem položaju popolnoma obubožani. Cenzura je zahtevala, da se odstrani odlomek, v katerem Čehov piše o zapuščenosti kmetov in o ljudeh, ki jih izkoriščajo.

Dama s psičkom

(26 str., prevedel Janko Moder)

Laž in neodkritost sta značilnosti malomeščanske družbe, kakor jo spoznamo v tej noveli. Dmitrij Gurov je v Jalti spoznal Ano Sergejevno s psičkom špicem. Med sprehodi po obrežju sta opazovala parnike, ki so pristajali ob pomolu, in lepo oblečene potnike. Ona je čakala moža, ki pa ji je poslal pismo, da ima težave z očmi in da naj se zato ona vrne domov. Dmitrij jo je pospremil na brzovlak, sam pa se je vrnil v Moskvo. Decembra ni vzdržal, ženi je rekel, da gre v Petrograd, odpotoval pa je v bližnje mesto, kjer je živela Ana. Našel jo je na večerni predstavi v gledališču. V strahu, da bi ju videl mož, mu je obljubila, da ga obišče v Moskvi. Obljubo je držala in ga vsaka dva, tri mesece obiskala za nekaj dni. Med njima je vzklila prava ljubezen, obema pa je bilo jasno, da je do konca še daleč in da se najbolj zapleteno in najtežje v življenju za njiju šele začenja.

Anton Pavlovič Čehov (1860–1904) sodi med največje ruske pisatelje, posebno kratkih zgodb, spada pa tudi med največkrat uprizorjene dramatike 20. stoletja. Po poklicu je bil zdravnik, sam pa je dejal, da je medicina njegova »zakonska žena«, književnost pa »ljubica«. Študij je končal leta 1884. Kot zdravnik je zaslužil malo, saj je revne zdravil brezplačno. Tako kot njegov starejši brat Nikolaj leta 1889, je Čehov umrl v starosti 44 let zaradi tuberkuloze.

Za *Leva Nikolajeviča Tolstoja* je bil Čehov umetnik brez primere, umetnik življenja, ker njegova dela niso razumljiva samo vsakemu Rusu, marveč sploh vsakemu človeku.

Nobelovec *Thomas Mann* je izpostavil »Dolgočasno storijo« zaradi tihe otožnosti pripovedi in presunljivosti izpod peresa ob izidu še ne tridesetletnega pisatelja.

Name je napravil največji vtis »Oddelek št. 6«, kar je razvidno iz dolžine besedila.

Zasl. prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet., Ljubljana

Neil Churches: The Greatest Escape – A gripping story of wartime courage and adventure

Macmillan & Pan Books, London, 2022/2023, 355 str. (Appendix, Notes, Bibliography). [Glej tudi: Ralph Churches: Vranov let v svobodo (prevod: L. Pohar), Grafex, Izlake, 2000, 164 str.]

Marjan Kordaš

Bralcu se opravičujem, ker se podatki zgoraj morda berejo nenavadno ali celo protislovno. Upam pa, da se bo ta vtis kmalu popravil. Zato si tu dovolim *in medias res*:

*

Ralph Churches (1917) je odraščal v okolici velemesta Adelaide v južni Avstraliji. V družini je bilo osem otrok, materialne razmere so bile težke. Ralph je že pri sedmih letih poskušal zaslužiti nekaj beličev. Bil je bister deček, zaradi pomanjkljive formalne izobrazbe pa se je težko prebijal skozi trdo življenje. Kljub vsemu mu je leta 1935 uspelo dobiti borno plačano službo v banki. Leta 1940 se je poročil in kot prostovoljec vstopil v avstralsko vojsko. Kmalu potem se je njegova armadna skupina (Australia and New Zealand Army Corps, *ANZAC*) znašla v Grčiji kot podpora tej državi v spopadu s fašistično Italijo. Slednja je jeseni 1939 iz Albanije napadla Grčijo. Ko pa je 6. aprila 1941 Grčijo (in Jugoslavijo) napadla nacistična Nemčija, se je ANZAC začel umikati iz Grčije. V zmedi je sredi aprila 1941 Ralpha zajela nacistična *Wehrmacht*. Kot vojni ujetnik (prisoner of war, *POW*) je končno pristal v različnih ujetniških taboriščih v okolici Šentilja in Maribora, najdlje v Stalag XVIII v Melju pri Mariboru. Ralph se je v ujetništvu kar dobro naučil nemščine in postal celo tolmač. Večkrat je iz taborišča ušel, a so ga vsakokrat ujeli. In vsakokrat se je razmeroma dobro izmazal. Leta 1944 je Ralphu preko slovenske okolice uspelo navezati stik s partizani. V začetku septembra 1944 je tako z Ralphom ušla manjša skupina ujetnikov k partizanom, naslednji dan pa s pomočjo pohorskega Lackovega odreda skoraj vsi ujetniki z delovišča v Ožboltu v dolini Drave. Organizator je bil Ralph. Tako se je skupina 106 vojnih ujetnikov s pomočjo Lackovega, Kamniško-zasavskega in Dolenjskega odreda prebila od Maribora do Hotiča pri Litiji ter preko Save naprej do Semiča in partizanskega letališča pri Otoku. Tu je 17. septembra 1944 ponoči pristalo šest angleških transportnih letal. Raztovorili so angleško pomoč partizanom, nato pa naložili vse ujetnike za odlet v Bari v Italiji. Ralph Churches se je v Avstralijo vrnil v novembru 1944.

*

Po demobilizaciji si je Ralph Churches očitno pripravil nadrobne zapiske o svojih dogodivščinah. Ne le kot zavezniški vojak v Grčiji, temveč predvsem kot vojni ujetnik na slovenskem Štajerskem v času nacistične okupacije. Te zapiske je končno uredil njegov sin Neil Churches; del zapiskov je bil v Sloveniji objavljen pod naslovom **Vranov let v svobodo**. In Neil Churches je bil tisti, ki je vse zapiske očeta Ralpha postavil v širši okvir druge svetovne vojne, kot knjigo **The Greatest Escape. A gripping story of wartime courage and adventure**.

Z angleščino sem imel sprva nekaj težav. A ne zaradi besednega zaklada, temveč zaradi sintakse avstralske angleščine. Zato sem jo preskočil ter si ogledal vse fotografije ter nato slike. To so pravzaprav na roko narisani zemljevidi. Najprej Avstralije, Sredozemlja in Grčije (str. 11, 15, 24, 31) ter Slovenije in Maribora (str. 73, 77, 149, 154). Najbolj zanimiv in poveden je zemljevid, ki kaže pohod Ralpha Churchesa ter 106 vojnih ujetnikov od Ožbalta pri Mariboru do letališča Otok pri Semiču (str. 240). Tako se je moje branje začelo nekako kaotično: Najprej **Prologue** (str. 1–5), nato zadnji poglavji: **40 Greater Escapes?** (str. 274–280) in **41 The Wars End** (str. 281–285) ter končno **Epilogue** (str. 286–297). Dobil sem dober pregled čez vso knjigo, hkrati sem se pa tako dobro privadil avstralski angleščini, da sem končno dokaj hitro prebral vso knjigo.

Knjiga se začne s kratko opombo, kako izgovarjati slovenske črke C, Č, Š, Ž (str. viii) ter kakšna je zgradba knjige (str. ix–xi). Jaz sem se orientiral predvsem po poglavjih (1–41). Branje sem pogosto prekinjal ter prebiral ne le opombe (Notes, str. 305–335), temveč tudi bibliografijo s številnimi slovenskimi vložki (Bibliography, 337–347). Tako sem pridobil nekakšen poseben (v)pogled iz dveh opomb: Na str. 322 opozorilo na časopis *Jutro*

(29. 6. 1944) ter na str. 172 in str. 324 na časopis *Marburger Zeitung* (7. 6. 1944). V *dLib* sem poiskal oba časopisa ter prebral zadevni besedili. Zapis v *Jutru* je značilen za opis strogo nacistične, protiangleške (Rupnikove) usmeritve med domobranci. V *dLib* sem pregledal tudi večino številk časopisa *Slovensko domobranstvo* z nemško-slovenskimi(!) vložki.

Na str. 243 pa presenečenje: citat o Celjanki Almi Karlin (»... the Austrian-Slovenian writer and one of the first women to solo circumnavigate the globe ...«); na str. 330 pa citat o njeni knjigi »*Dann geh ich in den grünen Wald: Meine Reise zu den Partisanen*« (Potem pa grem v zeleni gozd: Moje potovanje k partizanom). Alma in Ralph sta bila nekakšna sopotnika: leta 1941 hkrati v zaporu v Melju (Alma tudi kot nemško-angleška tolmačka), jeseni leta 1944 pa skoraj hkrati na poti v Belo krajino. Opomba: Almino knjigo je za tisk pripravila in v nemščini komentirala Nejka.

Neil Churches večkrat omenja partizansko-angloameriško operacijo *Ratweek*, pri kateri so sodelovali tudi slovenski partizani.[1] Na zemljevidu na str. 240 sta označeni tudi partizanski letališči *Nadlesk* in *Otok*. Na str. 248–249 je opisano, kako so se slovenski domobranci skupaj z nacisti (14. SS-Polizeiregiment ter 188. Gebirgsjägerdivision) organizirali v tri bojne skupine (Schmitz, Schumacher, Buchberger) ter 9. septembra 1944 uničile letališče Nadlesk. Nadrobni podatki so na spletu. Menda je ta domobransko-nacistični podvig uspel tudi zato, ker je bila partizanska obramba letališča Nadlesk oslabljena zaradi hkratnega sodelovanja pri operaciji *Ratweek*.

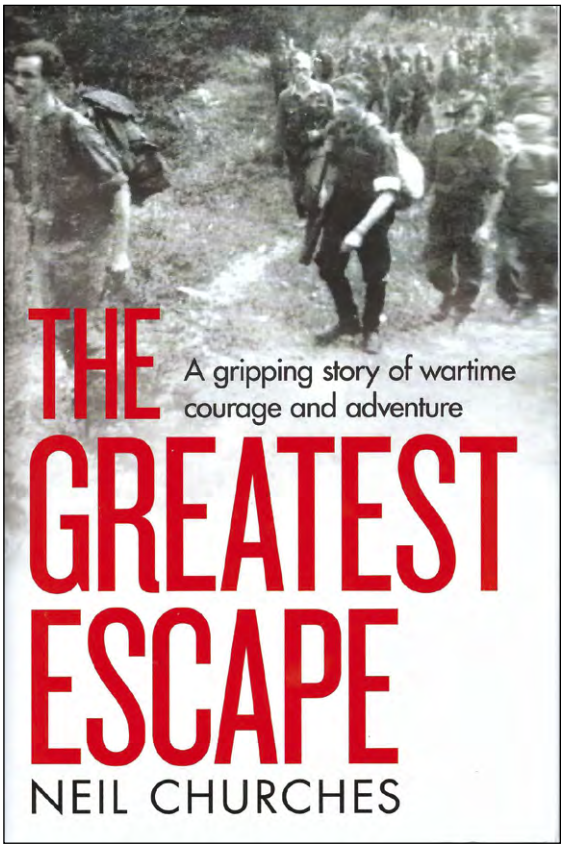
Ralph Churches je svoje partizanske prijatelje obiskal dvakrat še v socializmu. Njegov sin Neil pa v svoji knjigi vsa dogajanja presoja že z distanco, že bolj z *načinom razmišljanja samostojne Slovenije*. Poskuša presojati ne le nepristransko, temveč tudi prav in pravično. Uporablja značilno angleško frazo »Germans and partisans did not take prisoners«, kar pomeni, da so ujetniki – tako eni kot drugi – praviloma končali pred puškami. Mrtvi molčijo in ne povzročajo težav (pogl. 33, str. 207–213).

Knjigi – tako angleška kot slovenska – sodita v tisto skupino mojega branja, s katero si dopolnjujem a) zgodovinsko resnico (dejstva) o drugi svetovni vojni ter b) zgodovinsko resnico (dejstva) o protislovnem dogajanju na Slovenskem 1941–45. Poveden mi je predlog stranke SLS (str. 74): Slovenija naj se po okupaciji 1941 organizira kot marionetna katoliška država pod nacističnim varstvom. Po vzoru Slovaške leta 1939, katere poglavar je bil katoliški duhovnik Josef Tiso.

Knjiga **The Greatest Escape. A gripping story of wartime courage and adventure** je imenitno branje. Npr. kaj je nacizem. Kaj je zgodovina (dejstvo) ter kaj je interpretacija.

Po eni strani pokaže protislovno, a humorno dogajanje v Avstraliji. Neki avstralski časopis se je precej razpisal o neverjetni zgodbi Ralpha Churchesa. Zato ga je v februarju 1945 avstralska vojaška policija aretirala. Izpustila ga je čez dva dni, ko je Ralphu uspelo s pričo dokazati, da je vse resnično (str. 274–275).

Po drugi strani pa knjiga pokaže tudi protislovno, a tragično dogajanje v Sloveniji. Medvojni spopad med Slovenci: boj med protirevolucionarji (domobranci) in revolucionarji (partizani). Domobranci so se bojevali proti partizanom (komunizmu).



Bojevali s prisego Hitlerju, podložni nemškemu poveljstvu, z nemškim orožjem, z nemško logistiko, z nemškim denarjem. Odločitve s tragičnimi posledicami zanje in za vse Slovence.

Vse to Neil Churches bolj ali manj nadrobno obdela v knjigi. A njegovo stališče je jasno: Partizani so se bojevali proti Nemcem (nacizmu). Ujetnike so reševali partizani.

Moj komentar: Druga svetovna vojna je posebnost. V zgodovini človeštva je prva (doslej edina?) vojna (dobrega) proti zlu.

In zaradi partizanskega boja proti nacifašizmu za nas veljata dve **zgodovinski dejstvi**:

Slovenija je ena od zmagovalcev v boju proti zlu.

Slovenščina se na zahodu ne konča pri Rakeku in okolici, temveč pri Novi Gorici in okolici.

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

1 Pojasnilo: Fitzroy Maclean (angleški poslanik pri Titu 1943–45; glej Isis, oktober 2023, str. 68) je koordiniral angleški (letalski) in partizanski (minerski) napad na Štampetov most ter partizanom priskrbel razstrelivo. Maclean je v poznem poletju 1944 načrtoval in koordiniral operacijo *Ratweek*: bombardiranje (50 ameriških bombnikov B-17) in partizanski napad na železniško postajo v Leskovcu (južna Srbija). Operacija *Ratweek* je bila uspešna: zelo je upočasnila umik nemške Armadne skupine E (general Alexander Löhr) iz Grčije.

Odprtje Galerije dr. Judite Mandelc Kunčič v ZD Bled

Zvonka Zupanič Slavec

Dne 4. junija 2026 je v Zdravstvenem domu Bled potekal slovesen dogodek – poimenovanje slikarske galerije po anesteziologinji Juditi Mandelc Kunčič. Dogodek je bil praznik za zdravstveno skupnost, za umetnost, Bled in za vse, ki so Judito poznali in cenili njeno delo. Vzdušje je bilo prisrčno in polno hvaležnosti, obarvano z nežnimi zvoki saksofona Tadeja Šepca.

Slovesnost je odprla direktorica Zdravstvenega doma Bled, pediatrinja Lidija Pretnar Pristov. S toplino je spregovorila o domačinki, Blejki Juditi, ki je svojo poklicno pot začela prav pri njih, in sicer v Bohinju. Judita je nato delala kot anesteziologinja v SB Jesenice, kjer je bila dolga leta tudi vodja anesteziološke službe. Njeno življenje na Bledu jo je vedno povezovalo s tem zdravstvenim domom, sedaj pa je direktorica, ki je pediatrinja, postala tudi zdravnica Juditinemu vnučku, ki se je letos rodil.

Pobudo za poimenovanje galerije po Juditi Mandelc Kunčič je dala prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, njena dolgoletna prijateljica in kolegica ter 25 let vodja KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani, kjer je Judita slikala in razstavljala. Slavčeva je prevzela besedo in strnila ključne poudarke njenega življenja in ustvarjanja.

Poimenovanje galerije je poklon Juditinemu življenju, ki je bilo plemenito, predano in svetlo. Je poklon zdravnici, umetnici, športnici, ženi, materi, dobremu človeku in prijateljici mnogih.

Judita (1955–2024) je bila ena tistih redkih osebnosti, ki jih življenje obdari z več darovi hkrati. Bila je vrhunska plavalka, balkanska prvakinja na 200 m prsno, ki je iz blejske vode črpala moč in navdih. Bila je zdravnica z izjemno strokovnostjo in redko človeško toplino. Kot anesteziologinja in predstojnica v jeseniški bolnišnici je nosila življenja v rokah – z zanesljivostjo, predanostjo in odgovornostjo, ki je niso nikoli zapustile. Bila je vizionarka, ki je med prvimi v Sloveniji bolnišnico povezala s sodobnimi mednarodnimi tokovi paliativne oskrbe, in tista, ki je vedno znala bolnika videti, slišati in mu stati ob strani.

A v njej je živela tudi umetnica, izšolana magistrica slikarka. V barvah je znala ujeti tisto, kar je v življenju najbolj krhko in najmočnejše: lepoto, bolečino, pokončnost, tišino. Njene slike nosijo empatijo – do ljudi, do sveta, do trpljenja in do upanja. Teloh, njen simbol, je postal metafora njenega življenja: cvet, ki prebije led, vzklije v mrazu in vztraja v lepoti.

Njeno slikarsko delo je bilo izjemno široko. Na svojih platnih je pogosto upodabljala blejsko krajino – otoček, jezero, svetlobo, ki jo je gledala z domačega okna. Slikala je tudi begunce leta 2015, športne motive, telo v gibanju, človeško ranljivost in človeško veličino. Za diplomsko delo je slikala telo pri športu, za magistrsko delo pa



Judita Mandelc Kunčič leta 2019 ob zagovoru magistrskega dela iz slikarstva v Šoli za risanje in slikanje – Arthouse, ki sta jo leta 1990 ustanovila akademska slikarja Darko Slavec in Mladen Jernejec (foto: Zvonka Zupanič Slavec).

zrcalne nevrone – temo, ki v ljudeh vzbuja empatijo. Njen zagovor je bil briljanten, ocena pa temu ustrezna – *cum laude*. Njena velika pregledna razstava na Blejskem gradu leta 2019 je pokazala ves spekter njenega znanja – od tihožitij, krajin, portretov do različnih tehnik. Akademski slikarji so poudarjali, da njene slike niso bile le likovno dovršene, temveč so nosile empatijo, človečnost in globino.

V imenu Slikarskega društva Atelje Bled nam je predsednica Zora Završnik zaupala, kako jo kot članico pogrešajo.

Judita je bila univerzalna osebnost: klasično izobražena, bistroumna, izjemno delavna in natančna. Bila je prijateljica, ki je znala poslušati, kolegica, ki je znala spodbujati, mentorica, ki je znala dvigovati. Kot človek je bila iskrena, poštena in sočutna. V desetletjih najinega prijateljstva sem jo spoznala kot žensko, ki je v sebi združevala inteligenco, umetniško občutljivost, športno disciplino in redko človeško plemenitost.

Njene korenine so na Bledu pri družini Čarmanovih na Mlinem: tam je tekla njena zibelka, tam je gledala jezero, ki jo je tako očaralo, da je postala vrhunska plavalka, hkrati pa ga je tudi neštetokrat naslikala. Tam je živela, delala, se veselila življenja in sanjala – v okolju, kjer je bila domačnost prepletena z ustvarjalnostjo. Zato je prav, da se ravno v zdravstvu na Bledu ohranja njen spomin.

Judita je bila tudi zelo lepa, kot slika bi lahko rekli: lepih oči, bogatih svetlih las, visoke in vitke postave. Bila je žena in mama, ki je ljubila svojo družino. Bila pa je tudi borka v bolezni, ki je ni mogla premagati. Posthumno je postala babica vnučku Leu, ki bi ji bil neizmeren vir radosti.

Naj Galerija dr. Judite Mandelc Kunčič postane prostor lepote, miru, navdiha in hvaležnosti. Hvaležnosti za življenje, ki je bilo dar, za delo, ki je bilo poslanstvo, in za človeka, ki je znal biti dober – in v svetlobi, ki jo je nosila v sebi. Tako bo ostala med nami: v barvah, v spominih, v zgodbah, v srcih.

Judita, hvala, ker si bila. In hvala vsem, ki so pomagali, da njen spomin živi naprej. Dogodek je potrdil, da je bila ljubljena in da bo ostala med nami.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko UL MF, Zvonka.Zupanic-Slavec@mf.uni-lj.si

Ogled ljubljanskega Navja in okolice

Vojteh Cestnik

Člani Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije smo si 17. junija 2026 ogledali ljubljansko Navje in zanimivosti v bližnji okolici.

Beseda navje izhaja iz indoevropskega korena **nāu-*, ki se nanaša na smrt ali truplo. Praslovanski samostalnik *navъ* je pomenil mrtveca ali pokojnika, n*avje* (oz. *nav*) pa v staroslovanski mitologiji bivališče umrlih.

Ljubljansko **Navje** je ostanek nekoč obsežnega ljubljanskega pokopališča Pri svetem Krištofu. Del opuščenega pokopališča so leta 1937 in 1938 pod vodstvom Jožeta Plečnika, s sodelovanjem arhitekta Iva Spinčiča, uredili po Plečnikovih načrtih iz leta 1929. Tu so postavljeni pomniki pomembnim kulturnim ali drugim ustvarjalcem, nekaterim politikom in njihovim svojcem. Samo spomenika Jerneju Kopitarju in Ivanu Tušku stojita na mestih pokopa, vsi drugi so preneseni z originalnih grobov. Pred Plečnikovo prenovo so bile v arkadni veži zanemarjene in zapuščene grobnice premožnejših meščanov. Današnje Navje, na katerem je 85 obeležij, je razdeljeno na štiri oddelke. Pri ogledu smo si na veliko pomagali z brošurico Ljubljansko Navje, ki sta jo leta 1997 pri DZS izdali Milena Piškur in Sonja Žitko Durjava.

Prvi oddelek, s 16 obeležji, sega od vhoda do južnega dela arkadne veže. Tu so spomeniki družine Ambrosch, iz katere izhaja Mihael Ambrož, župan Ljubljane, na katerega spominja današnji Ambrožev trg, politika in organizatorja obrtništva Jožefa Regalija, po katerem se imenuje Regalijev gaj na Ljubljanskem gradu, trgovca s suknom in entomologa Ferdinanda Jožefa Schmidta, slavista Jerneja Kopitarja in odvetnika Blaža Chrobatha, pri katerem je delal France Prešeren. Drugi spomeniki nas spominjajo na manj znane, a tudi pomembne osebe 19. stoletja.

V arkadni veži, drugem oddelku Navja, je na 19 obeležjih navedenih 31 oseb. Med njimi srečamo imena Valentina Vodnika, Josipa Stritarja, Antona Aškerca, Frana Levstika, Matije Čopa, Emila Korytka, Josipa Jurčiča, Frana Maslja Podlimbarskega, pa tudi imena nekoliko manj znanih Frana Gestrina, Josipa in Franca Cimpermana, Josipa Podmilšaka ali Andrejčkovega Jožeta. Tu so tudi obeležja zgodovinarjev Simona Rutarja in Antona Raiča, jezikoslovca Božidarja Raiča, časnikarja Ivana Železnikarja, ljubljanskega župana Janeza Nepomuka Hradeckega, ustanovitelja Glasbene matice Vojte-



V arkadni veži so zbrana obeležja najbolj znanih ustvarjalcev slovenske zgodovine.

ha Valente, prirodoslovca, arheologa in politika Karla Dežmana (Deschmana), ki se je ob spremembi političnega mišljenja prelevil v zadrtega sovražnika Slovencev. Slikar Ivan Grohar je bil pokopan na Žalah in njegovi posmrtni ostanki leta 1939 preneseni na Navje. Zadnji pokopan na starem pokopališču je bil politik Anton Korošec, ki je leta 1940 umrl v Beogradu. Njegov sodelavec in politični naslednik Franc Kulovec je umrl med bombardiranjem Beograda naslednje leto in, čeprav ni pokopan na Navju, je napisan skupaj s Korošcem na plošči, ki imitira njuno skupno grobnico. Poleg navedenih so v arkadni veži še obeležja nekaterih družinskih članov in drugih oseb. Tu je spominska plošča žene Janeza Bleiweisa, Karoline, rojene Feldner.

Tretji oddelek Navja poteka od arkadne veže, ob vzhodnem zidu do izhoda na severni strani. Tu je 31 obeležij, ki označujejo poslednja počivališča okoli 43 ljudi. Nekatera obeležja so brez napisov, druga namenjena več osebam. Najbolj znana imena so Anton Tomaž Linhart, slikarja Matevž Langus in Mihael Stroj, duhovnik, pesnik, pisatelj in dobrotnik Luka Jeran, dolgoletni župnik v Trnovem Frančišek Ksaver Karun, po katerem se imenuje ulica ob zahodni strani cerkve, ter politik Etbin Costa in njegov oče Henrik. Henrik Costa, finančni uradnik, je objavljal članke s področja zgodovine, gospodarstva, arheologije in umetnosti ter opisal dogodke v času ljubljanskega kongresa leta 1821. Sin Etbin je bil deželni poslanec, ljubljanski župan in priljubljen politik. Pripisujejo mu izjavo »Pogine naj pes«, ki naj bi jo izrekel za Frana Levstika. Gašper Mašek, Anton Nedved in Jurij Flajšman so bili glasbeniki. Slednji je uglasbil nekaj Prešernovih pesmi, med katerimi je najbolj znana Luna sije; po slovenskem narodnem motivu je skomponiral tudi pesem En starček. V tem delu Navja je tudi več obeležij duhovnikom, delujočim na različnih posvetnih področjih. Čeh Jožef Kalasanec Likawetz, piarist, je bil prvi rektor univerze v Gradcu, nato ravnatelj gimnazije v Gradcu, po smrti Matije Čopa pa prestavljen v Ljubljano na mesto bibliotekarja licejske knjižnice. Vzrok njegovih premestitev je bila najverjetneje njegova pripadnost filozofiji Emanuela Kanta.

Marija Magdalena Pleiweis, rojena Knafel, avtorica prve velike slovenske kuharske knjige, se je leta 1856 poročila z očetom Janeza Bleiweisa, dvakratnim vdovcem. Že omenjeni Ivan Tušek je bil gimnazijski profesor fizike in matematike, naravoslovec, pisatelj in prevajalec. Najstarejša plošča na Navju, ki omenja Niclasa Babnerja, umrlega leta 1622, najdena na hrbtni strani pokrova neke grobnice, je bila prinesena od drugod. Nenavadno pa je obeležje Ludovicu Mac Nevenu De Cranagh O'Kellyju ab Aghrimu, potomcu irske aristokratske družine, ki je leta 1820 prišel na Kranjsko in postal okrožni glavar v Postojni. Tu sta še obeležji sorodnikov Karla Dežmana. Johann Dežman, trgovec v Ljubljani, je trgovino predal nečaku Mihaelu, ki se ni poročil, skrbel pa je za bratova otroka Andreja in Dragotina, kasnejšega Karla Deschmana.

Četrti oddelek Navja je trata, ki se razprostira od izhoda na severu do vhoda na jugu. Na severnem delu so visoki stebri, nekdaj oporniki stavbe Glasbene matice. 21 obeležij obuja spomin na 26 oseb. Josip Nolli je bil operni pevec, gledališki režiser, publicist in prevajalec. Spomenik zdravniku Edvardu Šlajmerju je bil s pokopališča v Šentvidu prenesen na današnje mesto leta 1938. Janez Zlatoust Pogačar je bil ljubljanski škof in slovenski buditelj, na katerega spominja Pogačarjev trg. Na družinskem obeležju družine Blaznik je naveden Josef, tiskar in založnik. Lepo je ohranjen spomenik zdravniku in živinozdravniku, raziskovalcu, piscu, politiku, očetu naroda Janezu Bleiweisu. Vidimo tudi obeležja Valentina Zarnika, njegove žene, sina in tasta, nadalje Josefa Ressla, izumitelja ladijskega vijaka, Janeza Krstnika, starega očeta pisatelja Janka Kersnika, ter Andreja in Helene Plečnik, očeta in matere Josipa Plečnika.

Zahodno od Navja stojijo objekti **Gospodarskega razstavišča**, naslednika po prvi svetovni vojni ustanovljenega Ljubljanskega velesejma. Ta se je nahajal približno na mestu današnjega parkirišča pod Cekinovim gradom in je obsegal okoli 25 razstavnih paviljonov, ki jih je projektiral arhitekt Josip Costaperaria. Danes je ohranjen le glasbeni paviljon, ki se nahaja na jugovzhodnem vogalu parka Zvezda. Vsako leto, do druge svetovne vojne, so potekali različni sejmi in razstave. Zadnji je bil leta 1941, potem pa so okupatorji prostor uporabljali za vojaško skladišče. 11. novembra 1944 so objekte napadla zavezniška letala in jih precej uničila.

Gospodarsko razstavišče (GR) je bilo ustanovljeno leta 1954 na pobudo slovenskega gospodarstva in Trgovinske zbornice Slovenije. Na mestu sodobnih stavb se je od leta 1779, ko je cesar Jožef II. prepovedal pokopavanje okoli cerkva v Ljubljani, razpro-



Pred sprehodom

stiralo mestno pokopališče, Pri svetem Krištofu. Ime je imelo po baročni cerkvi svetega Krištofa, ki je leta 1708 nadomestila manjšo, gotsko. Leta 1906 so odprli pokopališče Žale, a so do leta 1926 pokopi potekali na obeh pokopališčih. V tem času so del grobov prenesli na novo pokopališče. Opuščeno pokopališče je bilo prepuščeno tatovom in vandalom. Leta 1934 je bila poleg cerkve sv. Krištofa postavljena Plečnikova cerkev sv. Cirila in Metoda.

Po 2. svetovni vojni so na praznem prostoru pokopališča sezidali nekaj pritličnih objektov in v njih ter nekdanji Žabkarjevi tovarni namestili vojaško veterinarsko bolnico, ki se ji je leta 1947 pridružil vojaški izobraževalni center za šolanje veterinarskih tehnikov. Štiri leta kasneje se je preoblikoval v šolo veterinarskih oficirjev in se leta 1956 preselil v Sarajevo.

Po ustanovitvi GR se je takoj začela gradnja na nekdanjem pokopališču. Prve načrte je izdelal arhitekt Branko Simčič, kasneje so sodelovali še arhitekti Milan Mihelič, Marko Šlajmer, vnuk zdravnika Edvarda Šlajmerja, in Ilija Arnautović. Že junija 1955 je bila na novem razstavišču Mednarodna razstava predelave in uporabe lesa, jeseni istega leta pa tudi Jugoslovanska razstava vin in Živinorejska razstava. Intenzivna gradnja objektov se je začela v letu 1957. Kljub nasprotovanju arhitekta Simčiča, udeleženca NOB in partizana, so podrli obe cerkvi, da ne bi motili Kongresa Zveze komunistov Jugoslavije. Za kongres, ki je bil aprila 1958, so postavili kupolasto stavbo, veliko in malo ploščad z vodnjakom ter kipom Urške in povodnega moža, jekleni paviljon, imenovan Litostroj, ki je bil zgrajen po načrtih Marka Šlajmerja, prizidek festivalne dvorane in več kot 45 metrov visok obelisk. Ob razstavi motornih vozil leta 1960 so v petih mesecih, na mestu, kjer je prej stala cerkev sv. Krištofa, zgradili okrogli, delno zastekljeni paviljon Jurček, ki ga je projektiral Marko Šlajmer. Arhitekt Mihelič je leta 1967 načrtoval gradnjo 26 dežnikastih osmerokotnih razstaviščnih enot, od katerih so zgradili štiri, imenovane Steklena dvorana C. Danes je v vseh objektih, katerih obnova je potekala v obdobju 2001–2005, triindvajset večnamenskih dvoran s skupno površino 12.323 m². Zunanjih površin je 8.844 m².

Severozahodno od Navja stoji Akademski kolegij, ki so ga začeli graditi leta 1936 kot **Baragovo semenišče**. Načrte je izdelal Plečnik, vendar se je kasneje zaradi posegov izvajalca odpovedal avtorstvu.

Na južni strani GR, ob Vilharjevi cesti, stoji že omenjena nekdanja **Žabkarjeva tovarna**. Avgust Žabkar, rojen leta 1855 v Dobeh pri Kostanjevici, se je v Novem mestu in Ljubljani izučil za kovaškega vajenca in ključavničarja. Od 1873 do 1885 je živel, delal in se izpopolnjeval na Dunaju, potem pa se je vrnil v Ljubljano, kjer je leta 1889 odprl samostojno obrtno delavnico. Dve leti kasneje je registriral livarno in strojno tovarno. Izdelovali so razne stroje, naprave za mline in žage, turbine, industrijske prenosnike, železne opornike za strešne konstrukcije in mostove, kakor tudi bencinske motorje in tovornjake. Kot uspešen podjetnik je v Avstro-Ogrski soustanovil prvo delniško družbo, po 1. svetovni vojni pa drugo, Strojne tovarne in livarne, ki je bila osnova za povojno tovarno Litostroj. Umrl je leta 1930 v vili ob strojni tovarni.

Zahodno od nekdanje Žabkarjeve tovarne stoji **vila dr. Mavricija Neubergerja**, rojenega leta 1895 v Ložu. Vila, zgrajena po načrtih arhitekta Stanislava Rohrmana v letih 1930–1931, je bila poleg bivanja namenjena tudi opravljanju zdravniške prakse. V njej je dr. Neuberger že poleti 1941 uredil ilegalno lekarno in pripravljal priročne lekarne za zdravnike in študente medicine ob odhodu v partizane. Tu je tudi zdravil bolne in ranjene partizane ter ilegalce. Del kletnih prostorov je bil preurejen v ilegalno bivališče, kjer so se skrivali funkcionarji Osvobodilne fronte – pomembni povojni politični voditelji. Med vojno so dr. Neubergerja okupatorji večkrat zaprli, 4. maja 1945 pa so ga domobranci ubili na Turjaku.

Foto: Vlasta Jančič

Prof. dr. Vojteh Cestnik, dr. vet. med., Ljubljana

»Teta Vegeta«

Jože Darovec

Reševalci so pred mnogimi leti na pobudo ljudske milice pripeljali za sprejem drobno, neopazno ženičko, staro približno 70 let, s sumom na shizofrenijo. Po objektivnih podatkih (podajala jih je soseda) se je ženička počutila od vseh zapuščena, neopažena, spregledana. Da bi vzbudila pozornost, je začela v Mercatorju krasti: s polic je vzela nekaj vrečk semen in začimb, jih spravila v torbico in jih na blagajni seveda ni prijavila. To je naredila večkrat brez posledic. Užaljena, da se nihče ne zmeni za to, kar počne, je lepega dne stresla ukradeno na pult pred blagajničarko, češ, takole vam kradem. A blagajničarka je samo zamahnila z roko: »Ah, gospa, boste že drugič plačali.« To je ženičko tako razjezilo, da je šla na postajo milice in podala samoprijavo tatvine. Takratni miličniki pa so bili šolani možje, imeli so več ur predavanj iz psihiatrije (60 ur) kot takratni študenti medicine (32 ur), in so jo z reševalci napotili v naš zavod.

V »lepem tem našem zavodu«, kot je sedanjo psihiatrično kliniko ob obisku leta 1883 imenoval presvetli naš cesar Franc Jožef I., se je počutila kar dobro, saj je končno uživala pozornost ne kakšnih navadnih ljudi, ampak doktorjev, celo profesorjev, da o skrbi dobrih sester ne govorimo. Stanje se ji je kar hitro toliko izboljšalo, da je lahko ob koncu tedna hodila domov in ob prostih izhodih ni več kradla. Čez nekaj mescev je bila odpuščena iz bolnišnice. Zdelo se nam je, da ima dobro prognozo, vendar se je čez nekaj let vznemirjena kar sama spet oglasila pri nas, češ da jo opazujejo, zasledujejo in da otroci tekajo za njo in jo kličejo: »Teta Vegeta, teta Vegeta!« Tako pa zato – je sklepala – ker je pač kradla tudi vrečke Vegete ...

Vinjeta o Valči in Ave Marii

Jože Darovec

Valerija Heybal, operna diva, slovenska Maria Callas, ki je želela, da jo kličemo Valči, je bila že priletna, ko smo se družili, a glas je ostal tak, da bi se mu priklonil še marmornati angel na kamniških Žalah, kjer je njen zadnji dom.

Nekega popoldneva, kmalu po našem srečanju leta 1982, smo jo znanci iz Kamnika pregovarjali, naj nam kaj zapoje. Jaz, klasično vzgojen, sem predlagal ljubo mi *Ave Mario* — pozabil sem, ali Schubertovo ali Gounodovo, a pri njej je bilo to skoraj vseeno.

Ko je začela peti, sem takoj vedel: ni bilo preludija, nobenega Bachovega toka pod prsti, nobene francoske operne dramatike. Torej je pela Schuberta – čisto, mehko, lirično, tako kot se poje, ko je glasba v človeku globlje od spomina.

In odpela je *celotno* pesem v latinščini, brez ene same napake. Pri njenem stanju v starosti je spominski zaklad pogosto dolgo ohranjen in pri njej je bil to zaklad v najčistejšem pomenu besede. Telo je pešalo, um je razpadal, glas pa je ostal – kot da bi bil shranjen v kakšni notranji kapeli, kamor pešanje ni imelo dostopa.

Ob tem sem se spomnil svojega ljubljenega Pavarottija, največjega pevca vseh krajev in časov. Ko je on pel *Ave Mario*, je moral večkrat kradoma pogledati v note – ker je imel tam zapisano tudi besedilo v latinščini. Valči pa je pela iz glave in iz srca, kot iz neke druge dimenzije, kjer glasba ostane, tudi ko marsikaj drugega zbledi ...

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

Oče, sin in morje

Dušan Nolimal

Nekoč je bilo morje drugačno. Bolj prijazno. Bolj modro. Kristalno čisto. Takšno, da si z gladine lahko opazoval jate rib, hobotnice med skalami, rake na peščenem dnu in sončne žarke, ki so plesali skozi vodo kot zlati stebri. Takrat sem bil mlad oče, ti pa majhen fant z radovednimi očmi. Najprej sem te učil plavati, potem snorkljati z masko in plavutmi, nazadnje loviti ribe. Ne zato, da bi morju jemala, ampak da bi se ga naučila spoštovati.

Nekega dne se nama je nasmehnila sreča. Iz modrine si priplaval z veliko škarpeno na sulici. V tvojih očeh je bil ponos, jaz pa sem vedel, da si ujel veliko več kot ribo. Zvečer je zadišalo po pečeni sveži ribi, dalmatinskem krompirju, rožmarinu in oljčnem olju. Preden smo sedli k mizi, nisem rekel samo: »Dober tek.« Rekel sem: »Hvala.« Hvala morju. Hvala Stvarniku. Hvala ribi, ki nam je podarila svoje življenje. Takrat sem te učil, da človek ni gospodar narave, ampak njen gost – da smo zemljo, morje in vse življenje v njih dobili v varstvo, ne v last. Nisem pa vedel, da te bom nekoč moral iskati v spominu.

Čeprav te ni več ob meni, vez med nama ne pozna ne časa ne smrti. Ko gledam morje, ki sva ga nekoč skupaj doživljala, vidim, kako se je spremenilo. Več je motorjev kot tišine, več plastike kot školjk, več hrupa kot galebov. Rib je manj, miru je manj, čudenja je manj. A morje še vedno šepeta, da človek lahko marsikaj spremeni, ne more pa preprosto vrniti prvotne modrine, ravnovesja in življenja, ki ga je ustvarila narava. Tako kot nič ne more izbrisati ljubezni med starši in otroki – globoke, tihe in neskončne, kakor modrina morja, v katero sva se nekoč skupaj potapljala.

Prišel je čas, ko bi lahko skupaj praznovala tvoj devetintrideseti rojstni dan. Morda bi se spet potapljala v morsko modrino, iskala orade, brancine in škarpene ali hodila med skalami in borovci ter poslušala burjo. Namesto tega bom počakal na jesen, ko bo morje spet zadihalo v svojem starem ritmu. Takrat se bom vrnil na morje, k najinemu svetilniku, kjer čas za hip obstane. Prisluhnil bom valovom in opazoval, kako veter po morski gladini riše zlate sledi. Morda bom v tej igri svetlobe, vetra in valov za hip prepoznal tudi tvoj glas. In takrat bom vedel, da nisi zares odšel – kajti spomini ne potonejo, ljubezen ne umre in v veliki modrini še vedno plavajo oče, sin in riba.

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



Državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v trapu v Moravčah

Branko Košir

V soboto, 26. septembra 2026, je na strelišču Lovske družine Moravče potekalo **državno prvenstvo za zdravnike in zobozdravnike v disciplini trap**. Tekmovanja se je udeležilo **18 tekmovalk in tekmovalcev**, ki so se pomerili v ženski kategoriji ter v treh moških starostnih oziroma tekmovalnih skupinah.

Tekmovanje je potekalo v prijetnem športnem vzdušju, pri čemer so morali udeleženci pokazati veliko mero zbranosti, mirnosti in natančnosti. Trap je disciplina, pri kateri strelec strelja na leteče glinaste golobe, zato poleg dobre strelske tehnike zahteva tudi hiter odziv, dobro koordinacijo in zanesljivo oceno smeri leta tarče.



Tekmovalke z mentorji

V **ženski konkurenci** je prvo mesto osvojila **Mateja Igličar** s tremi zadetimi golobi, drugo mesto pa je pripadlo **Simoni Debeljak**.

V kategoriji **moški A** sta bila rezultatsko najboljša **Rok Ravnikar**, ki je zadel 18 golobov, in **Miha Zavrl** s 14 zadetki. Tretje mesto je osvojil **Urban Belehar** s sedmimi zadetimi golobi.

Zelo dober rezultat je bil dosežen tudi v kategoriji **moški B**, kjer je slavil **Stanko Vidmar** s 16 zadetki. Na drugo mesto se je s skupno osmimi zadetimi golobi uvrstil **Tomaž Slavec**.



Udeleženci državnega prvenstva v trapu

V kategoriji **moški C** je bil najuspešnejši **Igor Kopač**, ki je z 18 zadetki dosegel tudi enega najboljših rezultatov celotnega tekmovanja. Drugo mesto je z 12 zadetki osvojil **Marjan Loboda**, tretje pa **Branko Košir**.

Državno prvenstvo v Moravčah je tudi letos povezalo zdravnike in zobozdravnike, ki jim je poleg poklicnega dela skupno veselje do strelskega športa. Tekmovanje ni bilo le priložnost za merjenje strelskih sposobnosti, temveč tudi za druženje, izmenjavo izkušenj in ohranjanje tradicije športnih srečanj med zdravstvenimi delavci.

Za uspešno izvedbo tekmovanja gre zahvala **Lovski družini Moravče**, ki je tekmovalcem omogočila izvedbo prvenstva na svojem strelišču,



Nosilca medalj Tomaž Slavec in Stanko Vidmar



Nosilki medalj Mateja Igličar in Simona Debeljak



Nosilci medalj (od leve proti desni) Igor Kopač, Marjan Loboda in Branko Košir



Nosilci medalj (od leve proti desni) Miha Zavrl, Rok Ravnikar in Urban Belehar

ter vsem, ki so sodelovali pri organizaciji. Vsem udeležencem čestitamo za nastop, najboljšim pa za dosežene rezultate in osvojena mesta.

Branko Košir, dr. med., spec. druž. med., Ambulanta Košir d.o.o., izpostava Železniki

Aforizmi in domisleki

Matjaž Lesjak

Če kralj nima za sabo močne vojske, je bolje, da si izbere kakšen bolj skromen naziv.

Rodimo se nepopolni in umremo neizpolnjeni.

Kdor hoče piti čaj, ne sme razbiti skodelice.

Paradoks življenja: minuta se vleče, dan je dolg, življenje je pa kratko.

Kdor drugemu starost očita, sam vanjo pade.

Ljudje vedno zrastejo, dozorijo pa redki.

Matjaž Lesjak, dr. med.

Neznosna lahkost realnosti

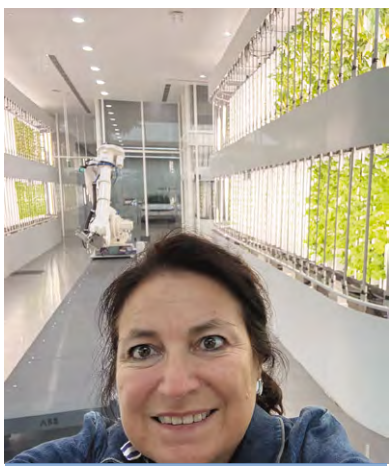
Sanda Lah Kravanja

Čas dopustniške lagodnosti je mimo, poletje se je prevesilo v delovno jesen.

Delo nam daje občutek koristnosti, smisel, občutek pripadnosti in zavedanje, da nekaj spreminjamo na bolje. V medijih beremo, da interventni zakon odpira vrata odlivu kadra, povzročil naj bi »povečano odposlovanje kadra iz javnih zavodov in njihovo kadrovsko oslabitev«, ter da predlagane rešitve povečujejo tveganja za stabilno delovanje javne zdravstvene mreže.

V nekaterih okoljih so te informacije prav alarmantne, saj se za odhod odloča veliko zdravnikov, zobozdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja, ne samo posamično, temveč celo več naenkrat. Med najbolj perečimi področji v različnih regijah po Sloveniji, ki jih razberemo iz objav v medijih, so rentgenologija, ginekologija, oftalmologija, dermatologija, pediatrija, nujna medicinska pomoč, družinska medicina na podeželju, ortopedija. Zelo podobno je tudi v zobozdravstvu na področju maksilofacialne in oralne kirurgije, splošnega zobozdravstva, ortodontije, endodontije, če dolgoletnega kroničnega pomanjkanja zobozdravstvenih asistentskih kadrov, za katere že več kot 40 let ni enotnega izobraževanja v sistemu, sploh ne omenjam.

V razmerah že obstoječega pomanjkanja zdravstvenih delavcev se ruši stabilnost izvajanja javne zdravstvene službe v javnih zdravstvenih zavodih, ki so nosilci izvajanja neprekinjenega zdravstvenega varstva. Posledično to vodi v oteženo zagotavljanje delovnih procesov, zmanjšanje obsega izvajanja dejavnosti, v skrajnem primeru tudi v postopno ukinjanje posameznih programov in dodatno poslabšanje dostopnosti zdravstvenih storitev, kar se na nekaterih področjih že realno dogaja tako v mestih in še bolj na podeželju.



Robotsko vodeno hidroponsko gojenje zelenjave (Hyundai HMGICS Smart Farm Singapur, september 2026) (osebni arhiv)

Po drugi strani pa se na zaposlitvenih portalih pojavlja iz dneva v dan večje število zaposlitvenih oglasov, spremljam jih predvsem za zobozdravstveno področje. Številni zdravstveni domovi v Sloveniji se srečujejo s perečim pomanjkanjem (zobo)zdravnikov in tudi drugih zdravstvenih sodelavcev v timih. Novela je po pričakovanjih in opozarjanjih tudi dejansko sprožila večje odhajanje kadrov iz javnih zdravstvenih zavodov na delo k zasebnikom ali celo v povsem druge poklice.

Odhajajo mladi in stari kadri. Ne odhajajo zaradi poklica samega, temveč zaradi pogojev, v katerih delajo. Če so v službi zadovoljni, če je vodenje dobro, če se počutijo vključene v procese organizacije in odločanja, so delodajalcu bolj lojalni in se redkeje odločajo za odhod. Konkreten in odkrit pogovor lahko marsikaj razjasni, vendar nas zakonodaja pri tem tudi omejuje. Togi delovni pogoji, neustrezno plačilo, nemožnost izbire sodelavcev, opreme in materialov, napeti odnosi v kolektivih, slabo sodelovanje z vodstvom so glavni razlogi za odpovedi in visoko fluktuacijo kadrov vseh poklicev v zdravstvenih domovih.

Tudi medsebojni odnosi v kolektivih so pomembni. Na koncu dneva štejejo ljudje, s katerimi preživljamo delovne dni, in vezi, ki jih ob tem stkemo. Tudi plača je pomemben dejavnik, vendar ni najpomembnejši. Velik vpliv imajo organizacija dela, določanje obveznosti in zadolžitev, razporejanje na dodatno delo ob koncih tedna, dela prostih dnevih in praznikih.

Vsak odhod zaposlenega je zgodba posameznika. Odločitev za odhod se v večini primerov ne zgodi čez noč. Kajti odločitev za odhod se redko začne z odpovedjo, gre za proces, ki se običajno začne že precej prej. V vsakodnevnih dogodkih, odnosih, povratnih informacijah in izkušnjah, ki jih zaposleni doživlja skozi celotno obdobje sodelovanja z delodajalcem in na delovnem mestu. Odsotnost pritožb ne pomeni nujno zadovoljstva. Ko zaposleni pove, da odhaja, je najpomembnejši pogovor pogosto že zamujen, vendar se presenetljivo šele takrat zgodi, da se najde čas za pogovor in se odprejo teme, za katere prej ni bilo časa. Začnejo se pogovori o zadovoljstvu pri delu, o odnosu z vodjo in sodelavci, o višini plače in kariernem razvoju, o prihodnjih odgovornostih in dolgoročnih načrtih posameznika. Pogosto šele takrat odgovorni zares želijo izvedeti, kaj zaposlenega ovira pri delu, kaj ga motivira in kaj bi ga spodbudilo, da ostane. Hkrati pa je tudi povratna informacija o tem, zakaj je ali bo nekdo odšel. Tudi informacija o tem, kako organizacija posluša, vodi, komunicira s kadri – če sploh.

Pogosto spregledana posledica odhodov je njihov vpliv na poslovanje. Ob odhodu organizacija izgubi izkušenega sodelavca, znanje, izkušnje, odnose s pacienti, razumevanje procesov in del nemerljivega znanja in izkušenj pri delu, ki jih ni mogoče preprosto prenesti na naslednika. Poleg tega vsak odhod vpliva tudi na preostalo ekipo: poveča obremenitve, odpre vprašanja o prihodnosti in pogosto povzroči dodatno negotovost. Zato je odhajanje zaposlenih pomemben tako kadrovski kot tudi poslovni in sistemski kazalnik.

Za paciente je popolnoma nepomembno, v kakšnem delovnopravnem položaju je (zobo)zdravnik, pri katerem se zdravijo. Za paciente je pomembno, da v okviru zavarovanja čim prej in čim bližje domu dobijo ustrezno strokovno, kakovostno in varno obravnavo, po možnosti brez doplačil iz lastnega žepa.

Sprejeta novela zakona žal nikjer ne omenja pacientov in izboljšav zanje, ne postavlja jih v središče zdravstvenega sistema, njen cilj je izključno ločitev javnega in tržnega (zobo)zdravstva, ne pa izboljšanje dostopnosti in obravnave za paciente.

Lepo je videti veliko razpisanih prostih delovnih mest in aktualne odprte priložnosti. Zelo pomembno ob tem pa je dejstvo, da so za njimi v sistemu javni programi, potrebni realizacije zobozdravstvenih storitev za paciente, ki čakajo na obravnavo in upravičeno pričakujejo pomoč v domovini, saj redno plačujejo zdravstveni prispevek v zdravstveno blagajno ZZZS.

Danes je realnost žal takšna, da so pacienti zadovoljni že s tem, da dobijo možnost vpisa k (zobo)zdravniku, in je čakalna doba za dejansko izvedene (zobo)zdravstvene storitve postala drugotnega pomena.

Z velikimi izzivi vsakdanjika pa se srečujemo tudi (zobo)zdravniki. Vsakodnevno spremljamo razpravljanja o zdravju v prihodnosti, o visokotehnološki in vse bolj komercializirani medicini zahodnega sveta, o vse večjih pritiskih farmacevtskih in marketinških velikanov, ki ustvarjajo nenasitnega zdravstvenega potrošnika z resničnimi, a tudi bolj ali manj namišljenimi boleznimi. V zapeljivih in tehnološko dovršenih oglasih na družbenih omrežjih lahko opazujemo pomembne premike v dojemanju zdravja in zdravstvenih težav. Pri tem se pojavljajo številna povsem nova spoznanja. Porajajo se dileme na novih področjih predvsem estetskega (zobo)zdravstva, ko pacienti niso več bolniki, ampak zdravstveni potrošniki, ki ne sprejemajo več svojih naravnih oblik telesa in v željah sledijo zamišljenim idealom. Za nas zdravnike so taki pacienti zahtevni, saj se zelo pogosto dogaja, da v svoje telo (in bolezni) projicirajo vedno večje estetske zahteve iz okolice in vse, kar jim gre v življenju narobe. Ob tem pričakujejo od nas hitre rešitve, celo brez odkrivanja pravih vzrokov za težave.

Nove tehnologije so digitalno podprte in s pomočjo umetne inteligence se že pomikamo proti t. i. avgmentirani resničnosti. Omogočajo nabor novih mehanizmov, kombiniranje različnih načinov zdravljenja, vključno s kirurškimi in nekirurškimi estetskimi pristopi, kar se najpogosteje plačuje iz lastnega žepa. Široka izbira metod zdravljenja, ki jo vodi sodobno digitalno načrtovanje, je bistvenega pomena za učinkovito zadovoljevanje potreb pacientov in doseganje optimalnih ter stabilnih rezultatov. Vsebuje pa tudi pomembno past, saj vizualizacija poteka obravnave s prikazanim končnim rezultatom na računalniškem ekranu pogosto deluje zavajajoče glede težavnosti in trajanja obravnave.

Pacienti lahko zaradi navidezno lahkotnega digitalnega načrtovanja in vizualizacije na ekranu pričakujejo tudi lahkotno in hitro obravnavo, ki bo potekala povsem brez zapletov ali neugodja ter s čim manj angažiranim sodelovanjem, kar pa je v praksi težko v celoti dosegljivo. Vizualna obravnava na ekranu ni primerljiva s pogoji v človeškem telesu in pacientovih ustih, kjer smo omejeni z biološkimi posebnostmi in individualnim odgovorom na obravnavo, in to lahko zavede predvsem pacienta.

Oglaševanje v medijih je spretno, privlačno in potrebe so velike, povpraševanja je dovolj, čeprav nabor estetskih storitev ni plačljiv preko zdravstvenega zavarovanja.

Zato je pri vsem tem pomembno ostati (zobo)zdravnik, strokovnjak, ki zagovarja osnovna načela zdravnikovega odnosa do bolezni in zdravja, ki naj bi pacientove želje, preko občutka odgovornosti za lastno zdravje, zavedno usmerjal v zdravo življenjsko ravnovesje in stran od farmacevtsko-marketinških zavajanj. Zaradi vsega navedenega bo delo (zobo)zdravnikov v prihodnosti zagotovo vse težje, saj bo zaradi vse večjega vpliva finančnih in marketinških pritiskov vse bolj izpostavljena in na udaru Hipokratova zahteva po bolnikom koristni medicini. Pri tem je zelo pomembna osnovna vloga zdravnika, ki se zaveda, kje je ločnica med medicino, ki bo koristila, in medicino, ki bo v službi potrošniškega nadomeščanja neizpolnjenih človeških potreb. Meja, na kateri medicina, na sledi za denarjem, preneha koristiti pacientu, je zelo tanka in nejasna in se oblikuje v vsakem posameznem primeru.

Ob tem se dnevno porajajo retorična vprašanja glede kadrov v zdravstvu, glede dobre organizacije delovnega procesa, o dobrih medsebojnih odnosih in sodelovanju, o ustreznem plačilu za redno delo in o možnostih svobodne izbire delovnopravnega položaja.

Kakšni bodo ukrepi zdravstvene politike in tistih odločevalcev, ki imajo vpliv na to, da bi se dostopnost do (zobo)zdravstvene oskrbe spremenila na bolje? Ob vsem zavedanju, da se dogajajo tektonski premiki, da se spreminja demografija, da je povpraševanja veliko, trg dela zahteven, pridobivanje kakovostnih kadrov pa je vse težje, dražje in časovno zahtevnejše.

Pred tem si ne moremo več zatiskati oči in se sprijazniti z dejstvi.

Kje so (zobo)zdravniki in (zobo)zdravniki specialisti?

Bo kdo zadovoljen z odgovorom »Tega nismo pričakovali«?

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

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: 9.350 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 Škrlj, 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 Škrlj, 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

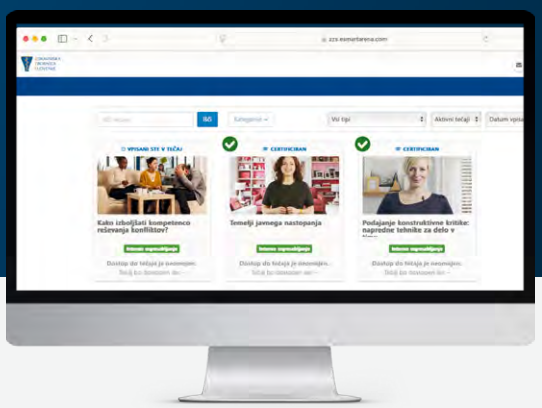
Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

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.

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

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 zdravniskazbornica.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 želeno 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 prijavni 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**