

# IS

# IS

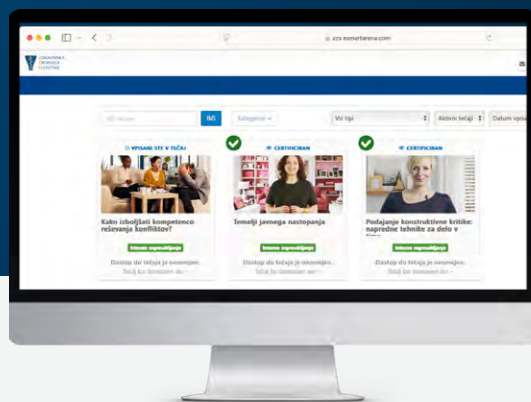
Glasilo Zdravniške  
zbornice Slovenije  
Julij 2026  
Številka 7

## **Akademik prof. dr. Franc Strle**

“Slovenija spada med države z največjo pojavnostjo lymške borelioze v Evropi. Razlog ni en sam dejavnik, ampak kombinacija ugodnih ekoloških razmer za klope, velike razširjenosti njihovih živalskih gostiteljev in pogoste izpostavljenosti ljudi naravnemu okolju.”



# NOVA E-IZOBRAŽEVALNA APLIKACIJA



## Aplikacija

Zdravniška zbornica Slovenije z veseljem predstavlja **ново 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](http://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 zeleno e-izobraževanje in nato izberite možnost "Dostop do tečaja".



### 4. Prijava na eSmartArena

Po kliku na "Dostop do tečaja" boste preusmerjeni na platformo, kjer se prikaže prijavi obrazec. Izberite možnost "Prijava ZZS". Prijavite se z uporabniškim imenom in geslom za vstop v zbornične strani.



### 5. Začnite s tečajem

Po uspešni prijavi lahko začnete z izobraževanjem.



Z opravljenimi tečaji boste pridobili kreditne točke s področja **etike, komunikacije, varnosti in kakovosti**.

Pišite nam  
za tehnično  
pomoč



[podpora@zss-mcs.si](mailto:podpora@zss-mcs.si)

# Korak za korakom do bolj dostopne, sočutne in celostne paliativne oskrbe

Maja Ebert Moltara



Piše se sedmi mesec leta 2026 in le nekaj dni nazaj smo pod okriljem Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) v sklopu predavanj Celostna paliativna oskrba izvedli že sedmi spletni seminar. Udeležba je presegla vsa pričakovanja, saj se je vseh izobraževanj udeležilo preko 2.030 zdravnikov; samo temo Oskrba umirajočega je poslušalo več kot 500 zdravnikov. S podporo izjemne ekipe za odnose z javnostmi smo v teh mesecih posneli tudi

sedem zdravniških zgodb s področja paliativne oskrbe in enega bolj odmevnih podkastov ter na tak način odstirali tabuje, povezane s paliativno oskrbo, tako med zdravstveno kot splošno populacijo. Skupna statistika ogledov omenjenih posnetkov (samo na Facebooku) je bila 554.300 ogledov, 8.262 všečkov, 1.313 delitev in več kot 383 komentarjev, kjer je pomembno izpostaviti, da je šlo večinoma za izrazito pozitivne komentarje, pohvale in zahvale. Najbolj ogledan prispevek s področja pediatrične paliativne oskrbe je dosegel 260.000 ogledov in 4.300 všečkov. To so številke, ki bi nam jih zavidali že nekateri vplivneži, a mi si lahko to razlagamo, da gre za vsebine, ki so resnično pomembne.

Seveda se ob teh številkah lahko vprašamo, zakaj so te vsebine trenutno tako iskane in obiskane. Vzrokov je zagotovo več. Dejstvo je, da se zdravniki in nasploh zdravstveni delavci vedno bolj zavedamo pomena paliativne oskrbe, a hkrati se zavedamo tudi, da marsikdo med nami nima dovolj znanja, izkušenj in veščin. V Sloveniji nas ni prav veliko, ki bi ta znanja pridobili med rednim šolanjem. Le posamezniki

so svoja znanja, in še to običajno na lastno pest, v preteklih letih nadgrajevali v okviru podiplomskih tečajev. A časi se spreminjajo. Zato je še toliko pomembnejše izpostaviti letošnjo prvo generacijo študentov medicine – bilo jih je skoraj 200 – ki so v juniju zaključili z obveznim predmetom Paliativna oskrba (kot del predmeta Geriatrija, klinična prehrana in paliativna medicina) v 5. letniku na Medicinski fakulteti v Ljubljani. To bodo prve generacije, ki se bodo že v dodiplomskem izobraževanju srečale z osnovami paliativne oskrbe, jih nato nadgradile v času pripravništva in med specializacijo. Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe namreč od leta 2022 vsako leto dvakrat izvede 40-urno izobraževanje za specializante kliničnih strok, ki je zanje brezplačno, marsikatera specializacija pa ga je tudi že umestila v svoj prenovljeni kurikulum kot obvezno. Ena izmed prvih takih specializacij je bila pediatrija. Tim za pediatrično paliativno oskrbo Pediatrične klinike UKCL s sodelavci bo v letošnjem letu izvedel že peti 50-urni tečaj iz paliativne oskrbe otrok. Število mladih pediatrov s tovrstnim znanjem bo preseglo 120 oseb.

Novi, mlade generacije zdravnikov imajo torej vedno več možnosti pridobiti znanja iz osnovne paliativne oskrbe. A še vedno ostaja veliko zdravstvenih delavcev brez teh znanj in zanje bo nujno v naslednjih letih še naprej redno ponujati dodatne možnosti izobraževanja s področja paliativne oskrbe.

Eno od najbolj znanih izobraževanj na področju paliativne oskrbe odraslih izvaja Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe že od leta 2012. Gre za 60-urna Dodatna znanja iz paliativne oskrbe »Korak za korakom«, ki temeljijo na mednarodnih priporočilih Evropske zveze za paliativno oskrbo. To poglobljeno izobraževanje je do sedaj zaključilo 677 članov multidisciplinarnih timov, od tega 362 zdravnikov; po opravljenem izpitu jih je 179 prejelo Diplomo dodatnih znanj iz paliativne oskrbe SZD.

S širjenjem razumevanja in potreb po znanju iz osnovne paliativne oskrbe so v zadnjih letih postale zelo priljubljene krajše izvedbe izobraževanj, t. i. 20-urna izobraževanja Osnovna paliativna oskrba. Dostopnejša so postala zlasti od 2024 dalje, ko so se začela za vse udeležence izvajati brezplačno, v 2025 tudi kot del EU-projekta Krepitev mobilnih paliativnih timov. Teh kratkih intenzivnih šol, namenjenih predvsem pridobivanju praktičnega znanja pri obvladovanju najpogostejših simptomov napredovale bolezni, se je udeležilo 675 zdravstvenih delavcev, od tega kar 454 zdravnikov.

Ob tem ne smemo pozabiti, da je največja vrednost izobraževanja iz paliativne oskrbe prav v tem, da nas ne uči le, kako skrbeti za ljudi ob koncu življenja, temveč tudi kako biti boljši spremljevalci svojih bolnikov na poti življenja z neozdravljivo napredujočo boleznijo. Po eni strani je pomembno, da zdravstveni delavci znamo pomagati bolniku, pa tudi da vemo, kam se obrniti, ko obravnava presega naše znanje. V letu 2026 v vseh regijah z bolnišnico deluje vsaj zametek specializirane paliativne oskrbe, ki lahko pomaga zdravstvenim delavcem v najtežjih primerih, vsaj z nasvetom. V vseh regijah države so vzpostavljeni tudi pediatrični paliativni timi v vseh splošnih in obeh terciarnih bolnišnicah, ponekod pa tudi timi na osnovni ravni.

A do cilja, zagotoviti paliativno oskrbo v državi vsem bolnikom, ki jim koristi, je še vedno daleč. Nadaljnje izvajanje izobraževanj je zato nujno potrebno; tudi kot nadgradnja in obnova znanj.

ZZS je v zadnjih letih izjemno podprla vse aktivnosti za čim hitrejšo vzpostavitev dobre paliativne oskrbe. Podprla je delovanje delovne skupine s področja paliativne oskrbe, izvajanje vseh že v začetku uvodnika omenjenih dejavnosti skupine v sodelovanju z zbornično službo za odnose z javnostmi. Predavanja s področja paliativne oskrbe je vključila kot sestavni del regijskih obiskov zbornice in vzpostavi-

vila spletno podstran, namenjeno objavljanju vseh vsebin s tega področja in dosegljivo vsem, ne samo članom zbornice. Na <https://www.zdravniskazbornica.si/za-javnost/paliativa-oskrba> so zbrana vsa posneta predavanja, vse do sedaj objavljene Zdravniške zgodbe, podkasti, pomemben del pa predstavljajo tudi povezave do uporabnih orodij v paliativni medicini (dostop do e-oblike Knjižice zdravil za podporno in paliativno zdravljenje), orodij za klinično prakso (SPICT, Klinična lestvica krhkosti ...), priporočil (Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom, etična priporočila ...) in povezava do spletne strani za pomoč bolnikom [www.paliativnaoskrba.si](http://www.paliativnaoskrba.si) (kje do paliativne oskrbe, nasveti za lajšanje simptomov in podobno).

Kaj nas čaka v naslednjih mesecih?

Na državni ravni je ena pomembnejših nalog naslednjih mesecev gotovo sprejetje novega državnega programa, ki izpostavlja osem glavnih strateških ciljev: ureditev dostopa do strokovne paliativne oskrbe na vseh ravneh zdravstva (za odrasle in otroke), ureditev pravnih in finančnih vprašanj, ustrezna digitalizacija, zagotavljanje kakovosti in raziskovanje na tem področju ter, kot enega od ključnih ciljev, strukturiranje mreže usposabljanj (izobraževanj) na področju paliativne oskrbe ter boljša informiranost in ozaveščenosti javnosti. Nov državni program podpira krepitve mreže izvajalcev, vključno z oddelki akutne paliativne oskrbe – kot učnih baz za paliativno oskrbo, in tudi vzpostavitev pogojev za širjenje mreže stacionarnih hospicev.

Pomemben cilj je tudi dokončno sprejetje specializacije iz paliativne medicine, ki je pred kratkim prestala pregled Glavnega strokovnega sveta pri Slovenskem zdravniškem društvu in mora sedaj še skozi pregled in sprejetje na ZZS in Ministrstvu za zdravje.

Delovna skupina na ZZS bo tudi jeseni nadaljevala z dodatnimi vsebinami v okviru predavanj Celostna paliativna oskrba: pediatrična palia-

tivna oskrba, obravnava bolnikov z otorinolaringološkimi raki in zelo verjetno še kaj. Prav tako se je zaključilo intenzivno delo na vsebini dokumenta Načrt nadaljnje obravnave (tj. strukturiran dokument, izoblikovan kot klinični pripomoček pri obravnavi bolnikov skladno z njihovimi vrednotami, željami in cilji tudi v obdobju, ko sami niso več zmožni odločanja). Vsebinsko dokumenta so z uporabo delfske metode oblikovali predstavniki več razširjenih strokovnih kolegijev, strokovnih svetov, strokovnih združenj in društev bolnikov, v nadaljevanju pa sledi njegova vpeljava v različnih zdravstvenih institucijah.

Izzivov na poti razvoja paliativne oskrbe še dolgo ne bo zmanjkalo. Pred nami se bodo odpirala nova vprašanja, potrebe in priložnosti. Jedro tega razvoja je zagotovo v ustrezni informiranosti in kakovostnem izobraževanju. Prav na teh temeljih lahko korak za korakom gradimo paliativno oskrbo, ki ni zgolj strokovna, temveč tudi celostna, sočutna in usmerjena k človeku – k njegovim potrebam, vrednotam in dostojanstvu v vseh obdobjih bolezni.

---

**Asist. dr. Maja Ebert Moltara, vodja Oddelka za akutno paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu in državna koordinatorica za razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji**

Izjemna depozitna ponudba  
za stranke UniCredit Bank

# 12-mesečni depozit po **3 %** obrestni meri

Zagotovite si privlačno obrestno mero  
ter vežite sredstva hitro in enostavno!

Ponudba velja od 1. 7. do vključno 31. 8. 2026.

## Ekskluzivna bančna paketa po vaši meri

Da bi vam olajšali bančno poslovanje, smo v UniCredit Bank pripravili ekskluzivna bančna paketa, **Paket Platinum** za člane Zdravniške zbornice Slovenije z zasebno prakso in **Elitni zdravnik** za ostale člane, oba prilagojena vašim osebnim potrebam. Vključujeta kartice Mastercard s številnimi ugodnostmi, spletno in mobilno banko ter druge prednosti za enostavno poslovanje ter prihranek časa. Račun odprete z enim obiskom najbližje poslovalnice UniCredit Bank.

**Kar 12 mesecev brezplačnega vodenja transakcijskega računa!**

Več informacij



**⚠ NE SPREGLEJTE!**

**Zamenjava banke je brezplačna.**

Ob odprtju računa v UniCredit Bank za celoten prenos poslovanja, tudi trajnike, poskrbimo mi.

UniCredit Banka Slovenija d.d.  
Ameriška ulica 2, 1000 Ljubljana

☎ 01 5876 600  
🌐 [www.unicreditbank.si](http://www.unicreditbank.si)

 **UniCredit Bank**

## Uvodnik

---

- 3** Korak za korakom do bolj dostopne, sočutne in celostne paliativne oskrbe  
*Maja Ebert Moltara*

## K naslovnici

---

- 8** Akademik prof. dr. Franc Strle  
*Marko Pokorn*

## Zbornica

---

- 13** Iz dela zbornice
- 16** Debelost je kronična bolezen – čas je, da jo tako tudi obravnavamo: »Ne zdravimo teže, ampak bolezen, ki stoji za njo«  
*Oddelek za odnose z javnostmi*
- 19** Letni program rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem

## Aktualno

---

- 20** Kampus Vrazov trg Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani – pogled v preteklost in prihodnost  
*Tomaž Marš, Zvonka Zupanič Slavec, Katja Žlajpah, Aleš Žnidaršič*
- 23** Načrt nadaljnje obravnave (NNO): Nacionalno soglasje in zakaj je pomembno za vsakega zdravnika  
*Maja Ebert Moltara, Alenka Oven, Gregor Prosen*

## Mladi zdravniki

---

- 27** Petdesetletnica združenja Evropskih mladih zdravnikov  
*Alenka Bahovec, Polona Gams Brulc*

## Forum

---

- 29** Izbrano iz Isis  
*Črt Marinček*

- 29** Pismeni, polpismeni ...?  
*Nina Mazi*

- 31** Bolniška ni vedno bolniška  
*Marjan Fortuna*

## Intervju

---

- 32** Inž. Anton Banko (1927–1986) – slovenski pionir očesne mikrokirurgije  
*Zvonka Zupanič Slavec*

## Medicina

---

- 36** Poliidokrini metabolni ovarijski sindrom (PMOS) – novo poimenovanje za sindrom policističnih jajčnikov (PCOS)  
*Mojca Jensterle Sever, Gašper Tonin*
- 41** Kirurška humanitarna odprava v Tanzanijo 2026  
*Jurij Gorjanc*

## Poročila s strokovnih srečanj

---

- 44** Prvi simpozij iz benigne in minimalno invazivne ginekologije na MF UM  
*Jerneja Žebeljan, Branka Žegura Andrič*
- 45** 2. slovenski napredni tečaj o varnosti pacientov (APSC) v Dobrni  
*Simona Vrečič Slabe*
- 46** Poročilo s seminarja z dr. Nancy McWilliams in dr. Michaelom Garrettom  
*Aleksander Koroša*
- 48** Spomladanski dvodnevni seminar Slovenskega ortodontskega društva v Portorožu  
*Sanda Lah Kravanja*
- 50** Urgentni vikend 2026: od teorije do simulacije množične nesreče  
*Nina Pegam, Evelin Munda, Nik Verstovšek, Igor Goričan*

- 52** Akupunktura pri boleznih respiratornega trakta  
*Tanja Rauter Pungartnik, Jadwiga Hajewska Kosi*

- 53** Psihodermatologija  
*Eva Švagelj*

## Jezikovna svetovalnica za področje medicine

---

- 54** Ali napotni zdravnik napoti ali sprejema?  
*Gašper Tonin*

## Strokovna srečanja

---

- 56** Strokovna srečanja
- 60** Mali oglasi

## V spomin

---

- 61** Igor Marinček, dr. med. (1921–2006)  
*Črt Marinček*

## Obletnica

---

- 62** 50 let nove stavbe Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (1975–2025)  
*Zvonka Zupanič Slavec*

## S knjižne police

---

- 67** Jean-Cristophe Rufin: Z leopardom na vratu – Kronike nomadskega zdravnika  
*Igor M. Ravnik*
- 68** Kako prebuditi tigra – Zdravljenje travm  
*Jasna Čuk Rupnik*
- 69** Mary Jane Oliver: Sreča  
*Nina Mazi*
- 69** Razkriti obrazi svobode  
*Črt Marinček*
- 70** Jože Pirjevec: Kardelj – socialistični utopist na oblasti  
*Marjan Kordaš*

## Zanimivo

**73** Gorenji Podšumberk, ena granata, trije heroji in telepatija  
*Jože Darovec*

**73** Kako je vražji fant z Muljave povozil hudiča  
*Jože Darovec*

**74** Karikaturi  
*Radko Oketič*

## Zdravniki v prostem času

**75** Navdušeni obiskovalci dogodka Ars Hippocratis  
*Zdenka Čebašek - Travnik, Andrej Omejc*

**77** Utrinek o knjižnem večeru s prof. dr. Markom Vudragom – »pozna recenzija«  
*Dušan Nolimal*

**79** Aforizmi in domisleki  
*Matjaž Lesjak*

## Zavodnik

**81** Naša Isis: primerjava z nekaterimi avstrijskimi revijami  
*Marjan Kordaš*

## Kolofon

Leto XXXV, št. 7, 1. julij 2026  
Natisnjeno 9.300 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>

### Začasni odgovorni urednik

Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med.

### Uredniški odbor in stalni avtorji

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

### Naslov uredništva

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

### Lektoriranje

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

### Oblikovna zasnova

Agencija Iz principa, Miha Kržmanec

### 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](mailto: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

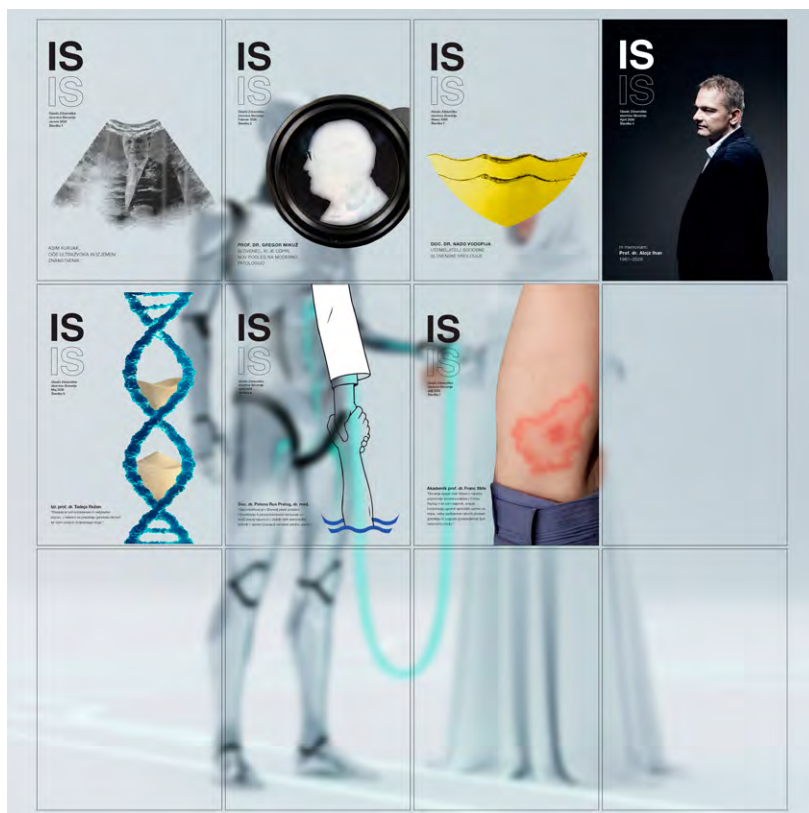
Honorar za avtorsko stran, ki obsega 1.500 znakov brez presledkov, je 15 EUR bruto. Za nakazilo honorarja potrebujemo naslednje podatke: polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, EMŠO, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prosimo, da nam navedene podatke posredujete hkrati s 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. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



# Akademik prof. dr. Franc Strle

Marko Pokorn

*Leta 1883 je Alfred Buchwald opisal kožno bolezen acrodermatitis chronica atrophicans, leta 1909 pa je Arvid Afzelius na srečanju dermatologov opisal primer erythema chronicum migrans. To sta bila prva klinična opisa bolezni, katere povzročitelja je odkril in leta 1982 v reviji Science objavil Willy Burgdorfer. Lymška borelijoza je v Sloveniji endemična in med najpogostejše prijavljenimi nalezljivimi boleznimi. Marca letos je v reviji Nature Reviews Disease Primers izšel pregledni članek o tej bolezni (Strle F, Strle K, Marques A, Henningsson AJ, Eikeland R, Lemieux JE, Tsao JI, Mead PS, Wormser GP. Lyme borreliosis. Nat Rev Dis Primers. 2026;12:15), zato smo k pogovoru povabili prvega avtorja, akademika prof. dr. Franca Strleta.*

*Gospod profesor, pregledni članek v reviji z dejavnikom vpliva preko 60, in to v družbi samih svetovnih strokovnjakov s področja lymške borelijoze, je resnično izjemen dosežek in češnja na torti vaše raziskovalne kariere. Kako je potekalo pisanje članka?*

Članek je nastal na pobudo uredništva revije *Nature Reviews Disease Primers*, ki me je povabilo k pripravi preglednega prispevka o lymški borelijozi. Takšno povabilo je veliko priznanje, hkrati pa tudi odgovornost. Revija ima zelo visoke metodološke zahteve in izjemno temeljit recenzentski postopek.

Avtorsko skupino smo sestavili iz strokovnjakov iz Evrope in Severne Amerike, ki pokrivajo klinične, epidemiološke, mikrobiološke in ekološke vidike bolezni. Pisanje je trajalo več kot leto dni. Poseben izziv je bilo usklajevanje različnih



pogledov na vprašanja, o katerih stroka še vedno nima povsem enotnih stališč.

Zame je bilo to povabilo predvsem priznanje več desetletij raziskovalnega dela naše skupine in številnih sodelavcev doma in v tujini.

### ***Vsako pomlad se v medijih splošno javnost ozavešča o pomenu zaščite pred klopno prenosljivimi boleznimi – ali bi bilo glede na klimatske spremembe, ki smo jim priča, treba o tem ozaveščati skozi vse leto?***

Pri lymški boreliozii je ozaveščanje najbolj smiselno v času aktivnosti klopov, ki pri nas običajno traja od zgodnje pomladi do pozne jeseni. Pri klopnem meningoencefalitisu pa imamo na voljo učinkovito cepivo, zato je o cepljenju smiselno govoriti vse leto.

Podnebne spremembe nedvomno vplivajo na ekologijo klopov. Mile zime in daljša topla obdobja podaljšujejo njihovo aktivnost. Kljub temu pa na pojav bolezni pomembno vplivajo tudi spremembe v rabi prostora, številčnost gostiteljev in vedenje ljudi. Gre za kompleksen pojav, ki ga ne moremo pojasniti zgolj z višjimi temperaturami.

### ***Ali se je v zadnjem desetletju kaj spremenila epidemiologija klopno prenosljivih bolezni in če se je, kako?***

V številnih evropskih državah opažamo povečevanje pojavnosti tako lymške borelioze kot klopne meningoencefalitisa. Klopi se pojavljajo tudi na območjih in nadmorskih višinah, kjer jih v preteklosti ni bilo.

Slovenija ostaja ena od držav z najvišjo pojavnostjo lymške borelioze in klopne meningoencefalitisa. Povzročitelje obeh bolezni prinaša isti klop, *Ixodes ricinus*. Letno je prijavljenih bistveno več primerov lymške borelioze kot klopne meningoencefalitisa. Zanimivo je, da se razmerje med prijavljenimi primeri obeh bolezni iz leta v leto precej spreminja

– v nekaterih letih je prijavljenih približno petnajstkrat več primerov lymške borelioze kot klopne meningoencefalitisa, v drugih pa tudi več kot šestdesetkrat več.

Med pomembnejše klopno prenosljive bolezni pri nas danes uvrščamo tudi humano granulocitno anaplazmo. Prvega evropskega bolnika smo odkrili prav v Sloveniji. V zadnjem letu smo odkrili še bolezen, povezano s *Spiroplasma ixodeticis*, kar kaže, da klopi skrivajo še marsikatero presenečenje.

### ***Lymška boreliozia je najpogostejša klopno prenosljiva bolezen v Sloveniji. Zakaj nas imajo Slovence borelije tako rade?***

Slovenija spada med države z največjo pojavnostjo lymške borelioze v Evropi. Razlog ni en sam dejavnik, ampak kombinacija ugodnih ekoloških razmer za klope, velike razširjenosti njihovih živalskih gostiteljev in pogoste izpostavljenosti ljudi naravnemu okolju.

Smo ena najbolj gozdnatih držav v Evropi, hkrati pa ljudje veliko časa preživimo v naravi. Zato so stiki med človekom in klopi pogosti. Visoka pojavnost lymške borelioze je tako posledica sovpadanja ugodnih okoljskih razmer, prisotnosti okuženih klopov in načina življenja ljudi.

### ***V čem se lymška boreliozia v Evropi razlikuje od bolezni v Združenih državah Amerike?***

Čeprav uporabljamo isto ime, gre v določeni meri za dve zelo sorodni, vendar ne povsem enaki bolezni.

V Severni Ameriki bolezen povzroča predvsem *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, v Evropi pa več različnih vrst borelij. Posledično se razlikujejo tudi nekatere klinične manifestacije. V Evropi srečujemo kožne oblike bolezni (borelijski limfocitom, acrodermatitis chronica atrophicans), ki jih v Severni Ameriki ni, v Evropi je bolj pogosta prizadetost živčevja, v ZDA pa prizadetost sklepov. Prav primerjava evropskih in ameriških

izkušenj je pomembno prispevala k boljšemu razumevanju bolezni.

### ***Ali je pri patogenezi in bolezenskih manifestacijah pomemben imunski odziv gostitelja? Ali obstaja genetska dovzetnost?***

Nedvomno. Potek lymške borelioze ni odvisen samo od povzročitelja, ampak tudi od gostitelja. To je eden od razlogov, zakaj lahko okužba z istim povzročiteljem pri različnih ljudeh poteka različno. Prav medsebojno delovanje med povzročiteljem in imunskim sistemom v veliki meri določa klinično sliko bolezni. V zadnjih desetletjih smo pridobili tudi precej dokazov, da imajo pri nekaterih oblikah bolezni pomembno vlogo genetski dejavniki. To je posebej dobro raziskano pri lymškem artritisu.

Razumevanje teh mehanizmov nam pomaga pojasniti, zakaj potek bolezni pri različnih bolnikih ni enak in zakaj odstranitev povzročitelja ni vedno edini dejavnik, ki določa hitrost in popolnost okrevanja.

### ***Prepoznavna lymške borelioze temelji na kombinaciji klinične slike in izvidov mikrobioloških, predvsem seroloških preiskav. Ali je interpretacija seroloških testov poseben izziv?***

Da, in prav napačna interpretacija seroloških izvidov je eden najpogostejših razlogov za diagnostične zadržke pri lymški boreliozii.

Temeljno načelo je, da bolezni ne diagnosticiramo na podlagi laboratorijskega izvida, ampak na podlagi klinične slike ob ustrezni podpori laboratorijskih preiskav.

Ena najpogostejših zmot je prepričanje, da pozitiven serološki test pomeni aktivno okužbo. To ne drži, saj protitelesa proti borelijam lahko po okužbi vztrajajo več let, včasih celo desetletja.

To je še posebej pomembno v Sloveniji in drugih evropskih državah, kjer je izpostavljenost borelijam



pogosta. Ocenjujemo, da v Evropi približno 60 % okužb z borelijami poteka brezsimptomno. Posledica je, da ima del prebivalstva protitelesa proti borelijam, ne da bi kadarkoli imel prepoznavne znake bolezni.

Positiven serološki izvid zato sam po sebi ne pomeni bolezni in še manj potrebe po zdravljenju. Njegov pomen lahko presojava le v povezavi z bolnikovo klinično sliko. Zdravnik ne zdravi laboratorijskega izvida, ampak bolnika.

***Ali bi za lažjo prepoznavo lymške borelioze potrebovali kakšen nov in boljši diagnostični test? Predvsem takega, ki bi ločil med akutno okužbo in preteklo izpostavljenostjo povzročitelju?***

Vsekakor. Če bi danes imel možnost izbrati eno samo izboljšavo v diagnostiki lymške borelioze, bi si želel test, ki bi zanesljivo dokazal aktivno okužbo in jo ločil od preteklega stika z borelijami.

Sedanji serološki testi so sicer uporabni, vendar merijo imunski

odziv gostitelja in ne prisotnosti aktivne okužbe. Pozitiven izvid zato lahko pomeni trenutno bolezen, stanje po preboleli bolezni ali stanje po preboleli brezsimptomni okužbi.

Idealen bi bil test, ki bi omogočil zanesljivo razlikovanje med aktivno in preteklo okužbo ter bi bil dovolj občutljiv tudi v zgodnjih fazah bolezni. Takšnega testa za zdaj še nimamo, čeprav na tem področju potekajo intenzivne raziskave.

Temelj diagnostike še naprej ostaja dobra klinična presoja. Tudi najboljši laboratorijski test ne more nadomestiti skrbne ocene bolnika, lahko pa zdravniku pri njej pomembno pomaga.

***Ali je lymsko boreliozo vedno treba zdraviti z antibiotiki – ali pa je imunski sistem sposoben obvladati okužbo?***

To vprašanje je zanimivo tako s kliničnega kot z raziskovalnega vidika. Danes vemo, da vse okužbe z borelijami ne povzročijo bolezni. Del okužb poteka brezsimptomno in jih pogosto prepoznamo le posredno, na primer s prisotnostjo protiteles proti borelijam.

Za zdravljenje lymške borelioze imamo na voljo učinkovite in varne antibiotike, ki praviloma pospešijo okrevanje in zmanjšajo verjetnost za razvoj poznejših manifestacij bolezni.

Čeprav v naravnem poteku pogosto pride do spontanega izboljšanja, bolnikov s prepoznano lymsko boreliozo ne puščamo nezdravljenih. Koristi zdravljenja bistveno presega tveganja, to je pojav kasnejših oblik bolezni.

***Kako se spreminja zdravljenje lymške borelioze?***

Številne klinične raziskave so pokazale, da lahko mnoge bolnike uspešno zdravimo precej enostavneje, kot smo menili nekoč. Eden najpomembnejših premikov je bila ugotovitev, da je pri številnih oblikah bolezni oralno zdravljenje z doksiciklinom enako učinkovito kot intravensko zdravljenje s ceftriaksonom.

Danes tudi vemo, da daljše zdravljenje praviloma ne pomeni boljšega zdravljenja. Antibiotiki odstranjujejo bakterije, ne morejo pa neposredno odpraviti vseh posledic, ki jih je okužba povzročila v organizmu. Zato klinično okrevanje časovno ne sovpada z uničenjem povzročitelja.

Če povzamem razvoj zadnjih desetletij v enem stavku, bi rekel, da smo se od bolj empiričnega pristopa postopoma premaknili k z dokazi podprtemu zdravljenju, ki je za bolnika enostavnejše, varnejše in hkrati enako učinkovito.

***V ZDA pa tudi v Evropi obstajajo skupine bolnikov in zdravnikov, ki zagovarjajo dolgotrajno antibiotično zdravljenje. Ali dolgotrajno antibiotično zdravljenje kaj pomaga?***

To vprašanje je že več desetletij predmet strokovnih in javnih razprav. Pri njem je pomembno ločiti dve stvari, ki ju ljudje pogosto enačijo.

Prva je, da imajo nekateri bolniki po preboleli in ustrezno zdravljeni lymski boreliozii še naprej različne težave, kot so utrujenost, bolečine, motnje koncentracije ali druge nespecifične težave. O obstoju teh težav ni nobenega dvoma in jih moramo jemati resno. Drugo vprašanje pa je, ali so te težave posledica trajajoče aktivne okužbe z borelijami.

V zadnjih desetletjih je bilo opravljenih več dobro zasnovanih kliničnih raziskav, ki so preučevale učinek dolgotrajnega antibiotičnega zdravljenja pri bolnikih z dolgotrajnimi težavami po preboleli lymski boreliozii. Rezultati so bili presenetljivo enotni. Dolgotrajno antibiotično zdravljenje ni prineslo pomembnih in trajnih koristi, bilo pa je povezano z neželenimi učinki in zapleti.

Danes se raziskave usmerjajo predvsem v razumevanje mehanizmov, ki bi lahko pojasnili dolgotrajne nespecifične težave, ki jih po preboleli lymski boreliozii kljub antibiotičnemu zdravljenju navaja del bolnikov. Vse več podatkov kaže, da ima pri tem

pomembno vlogo spremenjen imunski odziv gostitelja.

### ***Kako pogoste so koinfekcije, se pravi sočasna okužba z dvema ali celo tremi povzročitelji klopno prenosljivih bolezni?***

Ker je lahko isti klop nosilec več različnih mikroorganizmov, so koinfekcije biološko povsem mogoče. O koinfekcijah se v zadnjih letih precej govori, bistveno manj pa je zanesljivih podatkov o njihovi dejanski klinični pomembnosti. Rezultati verodostojnih raziskav kažejo, da so klinično pomembne koinfekcije bistveno redkejše, kot bi lahko sklepali na podlagi laboratorijskih raziskav klopov. Pri večini bolnikov z lymsko boreliozo ni dokazov za sočasno prisotnost drugih klopno prenosljivih okužb.

### ***Ali bomo kdaj po vbodu klopa tudi v Sloveniji predpisovali antibiotično profilakso?***

Vprašanje antibiotične profilakse po vbodu klopa je zanimivo zato, ker se evropski in ameriški pristop nekoliko razlikujeta.

Raziskave iz Združenih držav Amerike so pokazale, da lahko enkratni odmerek doksiciklina po vbodu klopa zmanjša verjetnost za razvoj lymske borelioze za približno 70 %. Vendar tudi v ZDA antibiotična profilaksa ni priporočena po vsakem vbodu klopa, ampak le ob izpolnjevanju določenih kriterijev.

V večini evropskih držav se uporablja pristop »počakaj in opazuj«. Tudi pri nas se odločamo za spremljanje po vbodu klopa ter zdravljenje le pri tistih posameznikih, pri katerih se pojavijo znaki bolezni.

Za takšno odločitev obstaja več razlogov. Večina vbodov klopov ne povzroči bolezni, zato bi rutinska uporaba antibiotikov pomenila izpostavitve zelo velikega števila ljudi zdravljenju, čeprav bi se bolezen razvila le pri manjšini. Takšen pristop bi bil vprašljiv tako z vidika posamez-

nika kot z vidika javnega zdravja, zlasti zaradi prizadevanj za racionalno uporabo antibiotikov in omejevanje razvoja odpornosti bakterij.

### ***Obstaja metafora – da se te nekaj drži kot klop. Ali lahko klopom kakorkoli preprečimo, da bi se nas držali?***

Popolne zaščite žal ni. Tveganje za vbod klopa pa lahko pomembno zmanjšamo z nekaj preprostimi ukrepi. Med najpomembnejše sodijo primerna oblačila pri gibanju v naravi, uporaba repelentov, pregled kože po vrnitvi domov ter čimprejšnja odstranitev prisesanega klopa.

Ob vseh opozorilih ne smemo pozabiti, da narava ni naš sovražnik in da klopi ne smejo biti razlog, da bi se odpovedali gibanju na prostem. Koristi telesne dejavnosti, rekreacije in stika z naravo daleč presegajo tveganje za klopno prenosljive bolezni.

### ***Kako je s cepljenjem proti lymski boreliozii? Menite, da bomo tako kot pri klopnem meningoencefalitisu najboljše možno zaščito pred lymsko boreliozo dosegli s cepljenjem?***

Cepljenje predstavlja najbolj obetavno možnost za dolgoročno preprečevanje lymske borelioze. Najuspešnejši način boja proti nalezljivim boleznim je praviloma preprečevanje bolezni, ne zdravljenje njenih posledic.

Razvoj cepiva proti lymski boreliozii ni preprost, saj v Evropi bolezen povzroča več različnih vrst borelij kot v Severni Ameriki. Kljub temu potekajo intenzivna prizadevanja za razvoj cepiv, ki bi bila zasnovana tako, da bi zagotavljala zaščito na obeh celinah.

Če bodo rezultati ugodni, bi lahko cepljenje v prihodnosti pomembno zmanjšalo breme lymske borelioze, podobno kot je cepljenje proti klopnemu meningoencefalitisu zmanjšalo pojavnost te bolezni pri cepljenih posameznikih. To bi bil pomemben

korak naprej tako za posameznika kot za javno zdravje.

### ***Kako je potekalo preučevanje lymske borelioze v Sloveniji od začetkov do danes?***

Ko smo v osemdesetih letih začeli sistematično raziskovati lymsko boreliozo, je bilo veliko vprašanj še odprtih. Povzročitelj je bil odkrit šele nekaj let prej, številne klinične manifestacije bolezni pa so bile slabo poznane.

Slovenija je imela pri raziskovanju posebno prednost, saj je bila bolezen pri nas zelo pogosta. To nam je omogočilo izvajanje prospektivnih raziskav na velikem številu bolnikov ter spremljanje naravnega poteka bolezni, diagnostike in zdravljenja.

V naslednjih desetletjih smo skupaj s sodelavci izvedli vrsto raziskav, ki so pomembno prispevale k razumevanju evropske lymske borelioze. Ukvarjali smo se s kliničnimi manifestacijami bolezni, diagnostiko, zdravljenjem, imunskim odzivom gostitelja in dolgoročnim spremljanjem bolnikov.

Veseli me, da so rezultati raziskav, pri katerih so sodelovali slovenski raziskovalci, našli mesto tudi v mednarodnih priporočilih in preglednih člankih. Ob tem pa sem se naučil, da je raziskovanje vedno timsko delo in da za vsakim dosežkom stoji veliko sodelavcev različnih strok.

### ***Kje smo danes na področju raziskovanja klopno prenosljivih bolezni in koliko je po vašem mnenju še neodkritih bolezni?***

V zadnjih štirih desetletjih smo na področju klopno prenosljivih bolezni naredili izjemen napredek. Danes mnogo bolje razumemo biologijo povzročiteljev, njihovo kroženje v naravi, klinične značilnosti bolezni, diagnostične postopke in možnosti zdravljenja.

Slovenija je na tem področju raziskovalno zelo prepoznavna. Pri raziskovanju klopne meningoencefalitisa, lymske borelioze, humane

granulocitne anaplazmoze in nekaterih drugih klopno prenosljivih boleznih so slovenski raziskovalci sodelovali pri številnih mednarodnih projektih in jih kar nekaj vodili ter prispevali pomembne podatke k razumevanju teh boleznih.

Mislím, da smo v zanimivem obdobju. Na eni strani imamo trdne temelje znanja, na drugi strani pa nove raziskovalne metode, ki omogočajo vpogled v vprašanja, na katera pred desetletji nismo mogli odgovoriti. Prav zato verjamem, da nas na področju klopno prenosljivih boleznih v prihodnjih letih čakajo še številna pomembna spoznanja.

Natančnega odgovora na vprašanje, koliko je še neodkritih boleznih, katerih povzročitelje prenašajo klopi, ne pozna nihče, vemo pa, da nedvomno so.

Ko sem začel delati na tem področju, smo pri nas poznali predvsem dve pomembni klopno prenosljivi bolezni: klopni meningoencefalitis in lymsko boreliozo. Danes poznamo tudi humano granulocitno anaplazmozo, katere prvega evropskega bolnika smo odkrili prav v Sloveniji, v zadnjem letu pa smo odkrili še bolezni, povezane s *Spiroplasma ixodetis*.

Ta razvoj lepo ponazarja, kako se naše znanje spreminja. Povzročitelji pogosto dolgo krožijo v naravi, preden

prepoznamo njihov pomen za človeka. Šele napredek diagnostičnih metod in skrbno klinično opazovanje omogočata, da posamezne okužbe prepoznamo kot samostojne bolezni. Prepričan sem, da bomo v prihodnosti odkrili nove povzročitelje in zelo verjetno tudi nove bolezni. Vprašanje ni toliko, ali obstajajo, ampak kako in kdaj jih bomo prepoznali. Prav to pa je eden najprivlačnejših vidikov raziskovanja nalezljivih boleznih.

### ***Po več kot štiridesetih letih raziskovanja lymske borelioze in drugih klopno prenosljivih boleznih – kaj vas še danes najbolj navdušuje?***

Prav to, da kljub desetletjem raziskovanja še vedno ne poznamo vseh odgovorov.

Ko sem se v osemdesetih letih začel ukvarjati z lymsko boreliozo, je bilo odprtih ogromno vprašanj. V naslednjih desetletjih smo številna med njimi uspeli pojasniti. Danes veliko bolje razumemo povzročitelje, potek bolezni, diagnostiko in zdravljenje, kot smo jih razumeli takrat. Po drugi strani pa nas raziskovanje vedno znova opominja na to, kako zapletena je narava. Še pred nekaj leti si verjetno ne bi predstavljali, da bomo pri človeku odkrili bolezni, povezane s *Spiroplasma ixodetis*.

Podobno je bilo nekoč tudi s humano granulocitno anaplazmozo.

Vsakič, ko mislimo, da področje že dobro poznamo, se pojavi novo vprašanje ali novo odkritje. Znanost ni zbirka dokončnih odgovorov, ampak predvsem proces postavljanja vedno boljših vprašanj. Posebej sem vesel, da smo lahko k temu prispevali tudi v Sloveniji. Ko smo začeli raziskovati lymsko boreliozo, si verjetno nihče ni predstavljal, da bo skupina iz Ljubljane nekoč sodelovala pri oblikovanju mednarodnih smernic, pri pomembnih kliničnih raziskavah in pri odkrivanju novih boleznih.

Leta dela so močno utrdila zavest, da je medicina timsko delo in da noben dosežek ni rezultat posameznika. Za vsakim člankom, vsakim odkritjem in vsakim bolnikom stoji veliko sodelavcev, brez katerih rezultatov ne bi bilo.

Če bi moral svojo raziskovalno pot povzeti v enem stavku, bi rekel, da me je vedno vodila radovednost. In prav radovednost je razlog, da me tudi danes najbolj navdušuje dejstvo, da nas nalezljive bolezni kljub vsemu znanju še vedno znajo neverjetno presenetiti.

---

**Doc. dr. Marko Pokorn, dr. med., UKC Ljubljana, Pediatrična klinika**

## **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@zss-mcs.si](mailto:mic@zss-mcs.si).

## Iz dela zbornice

Za obdobje od 20. maja 2026 do 20. junija 2026

### Družinski zdravniki, iskrene čestitke ob vašem dnevu!

Svetovni dan družinskih zdravnikov, ki ga obeležujemo 19. maja, je bil letos posvečen temi »Sočutna oskrba v digitalnem svetu«. Tema izpostavlja eno ključnih



vprašanj sodobnega zdravstva: kako ob vse večji digitalizaciji, administraciji in tehnološkem napredku ohraniti tisto, kar je v družinski medicini najpomembnejše – odnos, zaupanje, dostopnost in celostno obravnavo človeka. Kako je to videti v praksi, smo letos spoznavali v Zdravstvenem domu Ivančna Gorica, kjer smo obiskali dva družinska zdravnika, Janjo Omejec Strnad, dr. med., in Rema Mariča, dr. med. Oba pravita, da sta že zelo zgodaj vedela, da si ne želita le dela v medicini, ampak prav v družinski medicini. Stroki, ki zahteva široko znanje, veliko odgovornosti in iskren odnos do ljudi. Ob svetovnem dnevu družinskih zdravnikov iskreno čestitamo vsem specialistkam in specialistom družinske medicine, specializantkam in specializantom ter celotnim timom v ambulantah družinske medicine. Želimo jim, da bi tudi v prihodnje ostali srce zdravstvenega sistema, na katerega se pacienti lahko zanesejo, ter da bi imeli delovne pogoje, v katerih bodo lahko svoje delo opravljali z veseljem, strokovno avtonomijo in predanostjo.

### Spoštovanje stroke, odgovoren dialog in pravočasno reševanje težav so pogoj za stabilno javno zdravstvo

Dogajanje v UKC Maribor ob napovedanih odhodih interventnih radiologov odpira vprašanja, ki presegajo posamezno ustanovo in posamezen dogodek. Kaže na širšo težavo slovenskega zdravstva: kako se kot družba pogovarjamo o delu zdravnikov, kako pravočasno rešujemo

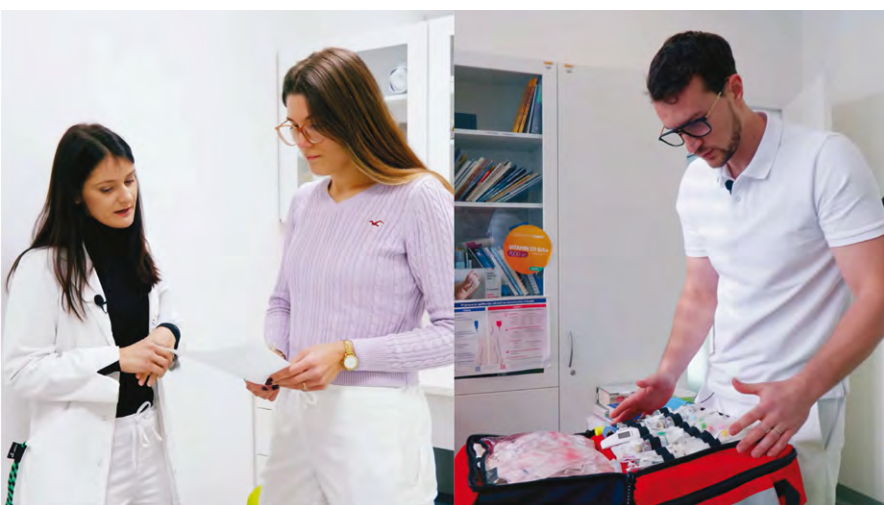


strokovna opozorila in kako varujemo stabilnost ključnih zdravstvenih služb. Gre za področje medicine, ki je za bolnike izjemnega pomena, saj interventni radiologi sodelujejo pri obravnavi nujnih in življenjsko ogrožajočih stanj, med drugim pri možganskih kapeh, krvavitvah, anevrizmah in drugih zahtevnih posegih. Zbornica se ne opredeljuje do posameznih zahtev, navedb ali odgovornosti posameznih strani v konkretnem primeru. Ob tem pa opozarjamo, da se podobne situacije v zdravstvu praviloma ne zgodijo čez noč. Kadar strokovni delavci dalj časa opozarjajo na težave, pa se te ne razrešijo pravočasno, se napetosti lahko stopnjujejo do točke, ko nastane škoda za zaposlene, za ustanovo in predvsem za bolnike.

Zdravstvo ni sistem, ki bi ga bilo mogoče dolgoročno voditi z odlaganjem težav, z administrativnim pritiskom ali z javnim obračunavanjem. Potrebuje trezen, odgovoren in strokovno utemeljen dialog. Potrebuje dogovore, ki izhajajo iz dejanskih potreb bolnikov, iz razpoložljivosti kadrov, zahtevnosti posameznih strok in iz realne organizacije dela. Šele na tej podlagi je mogoče graditi pravičen, učinkovit in vzdržen sistem.

### Čestitka ob mednarodnem dnevu urgentne medicine

Ob svetovnem dnevu urgentne medicine, ki ga obeležujemo 27. maja, vsem urgentnim zdravnicam in zdravnikom izrekamo prisrčne





čestitke in iskreno zahvalo za vaše neprecenljivo delo. Letošnji slogan svetovnega dneva urgentne



medicine je »Safe Space for Emergency Medicine Teams« – varen prostor za ekipe urgentne medicine. Sporočilo letošnje kampanje je jasno: tisti, ki rešujete življenja, morate svoje delo opravljati varno, spoštovano in brez strahu pred nasiljem, grožnjami ali pritiski. Ob mednarodnem dnevu urgentne medicine pa smo na Zdravniški zbornici pripravili tudi prispevek o urgentni medicini z zdravnico Manco Mlakar iz SB Jesenice in ZD Jesenice. »Prideš, rešiš človeka in mu pomagaš v najhujši situaciji. Že kot otrok sem ob pogledu na rešilce vedela, da si želim to početi v življenju. Danes vem, da je to zame najlepša služba,« pove urgentna zdravnica Manca Mlakar: »Smo posebna vrsta ljudi: hitro se odzivamo, radi imamo adrenalin in znamo improvizirati, ko je to potrebno.«

## Svetovni dan Sonca in svetovni dan melanoma

»Ne spomnim se delovnega dneva, da ne bi videl vsaj enega pacienta s kožnim



rakom ali predrakavimi spremembami,« pravi asist. Borut Žgavec, specialist dermatovenerologije, ki se že več kot 30 let ukvarja z dermatookologijo. Ob svetovnem dnevu Sonca in svetovnem dnevu melanoma, ki ju obeležujemo 28. maja, smo se z njim pogovarjali o tem, zakaj pretirano izpostavljanje UV-žarkom ni nedolžno, kako pomembna je zaščita kože in zakaj so redni pregledi znamenj lahko odločilni. Melanom je posebej nevaren zato, ker ga je v začetni fazi zelo težko ločiti od običajnega znamenja. Ko je prepoznaven že »s treh metrov«, kot pravi asist. Žgavec, je pogosto že pozno.

## Zdravniki nasprotujejo sežiganju odpadkov v Ljubljani

Člani delovne skupine Zdravniške zbornice Slovenije za spremljanje, opozarjanje in ozaveščanje o nevarnostih onesnaženega okolja za zdravje in pridruženi zdravniki iz UKC Ljubljana odločno nasprotujejo gradnji sežigalnice odpadkov v Ljubljani. Strokovni svet Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je Ministrstvo za okolje, podnebje in energijo (MOPE) že leta 2024 opozoril, da bi sežiganje odpadkov v Ljubljani škodljivo vplivalo na zdravje prebivalcev (03-78/24).



Sežiganje odpadkov sprošča v okolje strupene snovi.

Pri sežiganju odpadkov se sproščajo v zrak toksični elementi, raketovni prašni delci PM, dioksini, furani in policiklični aromatski ogljikovodiki. Prašni delci PM, nastali pri sežiganju odpadkov, imajo tudi večji oksidativni potencial in so bolj strupeni. Po vdihu se delci PM odložijo globoko v pljučih; najmanjši med njimi lahko preidejo v krvni obtok ter sprožijo sistemsko vnetje, ki prizadene vse organe, vključno z možgani.

Prebivalci mest s sežigalnicami odpadkov zato pogosteje zboleijo za rakavimi obolenji, poleg tega pa dihanje onesnaženega zraka poveča tveganje za astmo, kronični bronhitis, bolezni srca in ožilja, kot sta možganska in srčna kap, prezgodnja demenco, alergije, dermatitise, pri otrocih pa tudi za prirojene nepravilnosti ter motnje v razvoju pljuč in možganov.

## Evropski dan paliativne oskrbe: »Ko spremljaš mladega človeka, ki odhaja, te takšni trenutki zaznamujejo«

Ob evropskem dnevu paliativne oskrbe predstavljamo delo asist. dr. Maje Ebert



Moltara, specialiste internistične onkologije in vodje Oddelka za akutno paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu Ljubljana: »Bolniki, ki sem jim pomagala, so tudi meni zelo veliko dali. Naučili so me ceniti vsak dan, bližino ljudi, ki jih imam rada, in to, da lahko ob prihodu domov objamem otroke, moža oziroma vse, ki jih imam rada. Prav ti trenutki nas delajo človeške.« Asist. dr. Moltara je tudi predsednica Slovenskega združenja za paliativno in hospic oskrbo ter državna koordi-



natorka za razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji: »Ko spremljaš mladega človeka, ki odhaja, te takšni trenutki zaznamujejo. Še danes jih vidim pred seboj. Pred očmi imam družino – kako so se imeli radi in kako veliko jim je pomenilo, da so bili lahko v tistih trenutkih skupaj. Spominjam se mame, ki nas kljub temu, da je od sinove smrti minilo že več let, še vedno obiskuje na oddelku.«

### **Pnevmologinja Anja Ilovar Bezjak: Tobačni dim vsebuje več kot 7000 zdravju škodljivih snovi**

»Tobačni dim vsebuje več kot 7000 zdravju škodljivih snovi, med njimi tudi več kot 80 rakotvornih.« Ob svetovnem dnevu brez tobaka pnevmologinja Anja Ilovar Bezjak, dr. med., s Klinike Golnik opozarja, da kar 80 do 85 odstotkov vseh pljučnih rakov lahko pripišemo kajenju. Dobra novica pa je, da se po prenehanju kajenja tveganje za pljučnega raka po desetih do petnajstih letih zniža za polovico. Pasivno kajenje prav tako povečuje tveganje za



raka, še posebej nevarno pa je za otroke in dojenčke, ki so zaradi razvoja organov in manjših dihalnih poti posebej ranljivi: »Izpostavljenost pasivnemu kajenju pri otrocih dokazano poveča tveganje za okužbe dihal, astmo, nenadno smrt dojenčka in dolgoročno tudi za razvoj raka.«

### **Prof. dr. Matjaž Homan svari pred zaužitjem nevarnih predmetov: ploščata baterija lahko otroku ogrozi življenje**

Ob svetovnem dnevu ozaveščanja o nevarnosti ploščatih baterij pediater gastroenterolog prof. dr. Matjaž Homan s Pediatrične klinike UKC Ljubljana opozarja, da lahko zaužitje

ploščate baterije pri otroku v zelo kratkem času povzroči hude in življenjsko ogrožajoče poškodbe. »Če otrok zaužije ploščato baterijo, je treba najprej takoj poklicati 112. Otrokom, starejšim od enega leta, je treba nato dati 10 mililitrov medu in to ponavljati vsakih deset minut, petdo šestkrat zapored,« poudarja in opozarja še na nov in vse pogostejši problem – zaužitje filtrov za segrevanje tobaka. »V maju smo pomagali petim otrokom, ki so pojedli filter cigarete Iqos, ki poleg nikotina vsebuje tudi zelo ostro kovinsko ploščico. Šlo je za zelo majhne otroke, od šestmesečnega dojenčka do leto in pol starega otroka,« poja-  
snjuje.



### **Zdravniška zbornica na Kariernem kongresu UL MF predstavila delovanje zbornice in približala potek pripravništva, sekundariata in specializacij**

Na Kariernem kongresu UL MF, ki je potekal 23. in 24. maja 2026, je predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Bojana Beović, dr. med., udeležence uvodoma pozdravila in predstavila vlogo zbornice pri podpori zdravnikom in zobozdravnikom. Sledile so predstavitve ključnih korakov na začetku poklicne poti. Vodja oddelka za pripravništvo, sekundariat, licence in register zdravnikov Barbara Galuf, univ. dipl. prav., je predstavila pripravništvo za doktorje dentalne medicine ter sekundariat za doktorje medicine. Generalna

sekretarka zbornice in vodja oddelka za specializacije Tina Šapec, univ. dipl. prav., je predstavila razpis, prijavo, izbor in potek specializacij, predsednik Komisije za podiplomsko

usposabljanje zdravnikov pri Svetu za izobraževanje zdravnikov Aleš Fischeinger, dr. med., pa je predstavil standardizirano mnenje.



Zdravniške zgodbe

# Debelost je kronična bolezen – čas je, da jo tako tudi obravnavamo: »Ne zdravimo teže, ampak bolezen, ki stoji za njo«



Podkaste si lahko pogledate s fotografiranjem QR-kode

Oddelek za odnose z javnostmi

Debelost je ena najpogostejših kroničnih boleznih sodobnega časa, a jo še vedno pre pogosto razumemo kot posledico pomanjkanja volje, discipline ali napačnih življenjskih odločitev. Sodobna medicina jo prepoznava kot kompleksno bolezen, pri kateri imajo pomembno vlogo možgani, hormoni, presnova, okolje, genetika, prehranski vzorci in številni drugi dejavniki. O tem, zakaj »hujšanja pred polemjem« in bolezenske debelosti ne bi smeli enačiti, kako zdravimo bolezen debelost, zakaj tehtnica ni edino merilo uspeha in zakaj imajo pri obravnavi ključno vlogo družinski zdravniki, so v podkastu Zdravniške zgodbe spregovorile prof. dr. Mojca Jensterle Sever, dr. med. (MJS), specialistka interne medicine in vodja endokrinološke ambulante UKC Ljubljana, Urška Kšela, dr. med. (UK), specialistka interne medicine in predstojnica Oddelka za endokrinologijo in diabetologijo UKC Maribor, doc. dr. Jana Makuc, dr. med. (JM), specialistka interne medicine in univ. dipl. biologinja iz Bolnišnice Topolšica in Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem, ter Alenka Simonič, dr. med. (AS), specialistka splošne medicine iz Ambulante Ormož.

**MJS:** Vse se pri svojem delu ukvarjamo z zdravljenjem debelosti. Zakaj se vam zdi pomembno, da svoje znanje in izkušnje delimo in dopolnjujemo?

**UK:** V Sloveniji je prekomerno težkih petina odraslih. Prevalenca je nekoliko višja v vzhodnih predelih države, nižja pa na Obali ter v Ljubljani z okolico. A ob tem je pomembno poudariti, da pri vseh ljudeh z indeksom telesne mase nad 30 še ne moremo samodejno govoriti o bolezenski debelosti v enakem smislu. Za to je potrebna natančnejša ocena posameznika, predvsem prisotnosti pridruženih boleznih in zapletov, ki jih

lahko povzročajo presežek oziroma neustrezna razporeditev maščevja. Pomembno je pogledati pridružene bolezni in zaplete, kot so arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, dislipidemija, motnje dihanja v spanju, zamaščenost jeter in druge posledice. Ko vse to povežemo, pogosto ugotovimo, da je v ozadju skupna bolezen – debelost. Če to primerjamo s sladkorno boleznijo, ki jo ima približno šest do sedem odstotkov prebivalstva in za katero imamo organizirane time, hitro vidimo, da se moramo tudi debelosti začeti posvečati bistveno bolj sistematično.

**JM:** Velik delež bolnikov s sladkorno boleznijo ima hkrati tudi debelost. V ambulantah jih srečujemo vsak dan, pogosto pa se izkaže, da je bila debelost dolgo zanemarjena bolezen. Zdravimo zaplete, na primer sladkorno bolezen, povišan krvni tlak ali dislipidemijo, žal pa se pogosto ne vprašamo, kaj je skupni imenovalec.

**AS:** Kot družinska zdravnica to vidim zelo neposredno. Bolniki pridejo zaradi visokega tlaka, sladkorne bolezni, težav s sklepi, utrujenosti ali drugih težav. Ko jih spremljaš dlje časa, vidiš, da se že leta borijo s povišano telesno težo, da so preizkusili že nešteto diet. Kljub trudu jih ves čas spremlja občutek stalnega neuspeha.

**MJS:** Na Kliniki za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove UKC Ljubljana je bila prva ambulanta za obravnavo bolnikov z debelostjo ustanovljena že leta 1975, v zadnjih letih pa se je razumevanje boleznih zelo spremenilo. Danes vemo, da indeks telesne mase ni dovolj, da bi nekemu lahko diagnosticirali bolezensko debelost.

**AS:** Ljudje pogosto najprej pomislijo na številko na tehtnici ali indeks telesne mase. Ampak to je le vstopna točka.

**JM:** Gre za okviren pregled stanja v populaciji, ni pa dovolj za individualno oceno. Pri posamezniku je smiselno pogledati obseg pasu, razmerje med obsegom pasu in višino, telesno sestavo, pridružene bolezni, laboratorijske izvide in funkcionalne

težave. Šele tako lahko ocenimo, ali govorimo o bolezenski debelosti.

**MJS:** Zelo pomembno je potrditi, da gre za presežek napačno razporejenega in hormonsko ter imunološko nepravilno delujočega maščevja. Nato pa moramo ugotoviti, ali ta presežek maščobnega tkiva že okvarja zdravje. V javnosti še vedno pogosto slišimo: manj jejte in več se gibajte. Jana, zakaj pri debelosti to ni tako preprosto?

**JM:** Žal imamo v glavi pogosto preprosto enačbo: koliko pojemo in koliko porabimo, vendar telo ni kalkulator. Pri debelosti imajo pomembno vlogo možgani, hormoni, signali iz črevesja, trebušne slinavke in maščevja, okolje, v katerem živimo. Naše telo je evolucijsko prilagojeno na pomanjkanje, danes pa živimo v okolju, kjer je energijsko gosta hrana stalno dostopna.

**MJS:** Možgani uravnavajo apetit in telesno maso prek številnih signalov. Leptin, na primer, nastaja v maščevju in bi moral možganom sporočati, da je zalog energije dovolj. Pri osebah z debelostjo pa se lahko razvije odpornost na leptin – možgani tega signala ne slišijo več. Podobno velja za številne druge hormonske poti. Orkester signalov med želodcem, črevesjem, trebušno slinavko, maščevjem in možgani se razglasi.

**JM:** Zato nekateri bolniki ne zaznajo lakote in sitosti. Jedó, ker je čas za obrok, ne ker bi bili lačni, in po obroku ne čutijo sitosti. Veliko mojih pacientov opisuje zelo izrazite želje po hrani, zlasti po sladkem, in občutek, da se jim misli ves čas vračajo k hrani.

**AS:** To je tisto, kar me je pri bolnikih zelo presenetilo. Mnogi se s hrano in telesno maso ukvarjajo vse življenje. Niso ljudje brez volje. Nasprotno, pogosto imajo izjemno veliko volje, ker se ves čas trudijo. Pa vendar jim dolgoročno ne uspe.

**MJS:** V zadnjih letih se je pojavil izraz prehranski šum. Stalne vsiljene misli o hrani.

**AS:** Spomnim se 32-letnega bolnika s hudo debelostjo, povišanim

krvnim tlakom, povišanimi lipidi in že prisotnimi žilnimi spremembami. Ko je začel zdravljenje, kot največje spremembe ni izpostavil zmanjšanja telesne mase, temveč predvsem olajšanje, ker so se umirile neprestane misli in sanje o hrani. Prej je namreč ponoči sanjal o tem, kaj bo jedel, čez dan pa so se mu misli vedno znova vračale k hrani.

**JM:** Debelost je tudi veliko psihično breme. Bolniki pogosto poslušajo, da so leni, da se premalo trudijo ali da nimajo dovolj discipline, čeprav mnogi ves čas pazijo na vsak grizljaj in imajo za seboj že številne poskuse hujšanja.

**MJS:** Ponavljajoči se neuspehi zato ne vplivajo le na telesno težo, temveč tudi na duševno zdravje. Ko izgubijo telesno maso, se v telesu povečajo hormoni lakote, oslabijo signali sitosti in zmanjša poraba energije. Tudi po izgubi telesne mase ostane nepravilno delovanje maščevja in imunskega sistema. Telo se s temi odzivi poskuša vrniti na prejšnjo »nastavitveno točko« maksimalne telesne mase. Zato se kilogrami pogosto vrnejo – ne ker bi človek odpovedal, ampak ker se telo na hujšanje odzove s presnovnimi prilagoditvami.

**AS:** Pacienti mi pogosto povedo, kako boleče je, ko slišijo, da ne naredijo ničesar zase. Prav zato je spre-

memba izrazov, s katerimi govorimo o debelosti, izjemno pomembna.

**MJS:** To velja tudi za zdravila, ki jih pogosto napačno imenujemo in razumemo kot »zdravila za hujšanje«.

**JM:** V resnici gre za zdravila za zdravljenje debelosti. Hujšanje in zdravljenje debelosti nista isto. Pri zdravljenju debelosti cilj ni le manjša številka na tehtnici, temveč predvsem boljše zdravje: nižji krvni tlak, ugodnejše vrednosti maščob v krvi, boljša urejenost sladkorne bolezni ali prediabetesa, manj zamaščenosti jeter, lažje dihanje med spanjem, boljša telesna zmogljivost in večja kakovost življenja.

**AS:** V praksi je to bolnikom včasih najtežje razložiti, saj jih pogosto najbolj zanima, koliko kilogramov so izgubili. Pri nekaterih zato tehtanja niti ne poudarjam več, ker ne želim, da bi se zdravljenje vrtelo samo okoli številke na tehtnici.

**UK:** Prav to je tudi eden od načinov, kako preseči stigmo. Tudi zdravstveni delavci moramo začeti razmišljati drugače. Debelost ni estetska težava, temveč bolezen, ki jo moramo prepoznati, obravnavati in spremljati.

**JM:** Zanimivo je, da je v anketi med zdravniki več kot 90 odstotkov sodelujočih odgovorilo, da je debelost bolezen. Ko pa smo jih vprašali, ali to tudi sami zares čutijo in verjamejo, je



bil ta delež precej nižji. To pomeni, da še vedno obstaja razkorak med strokovnim znanjem in osebnim prepričanjem.

**MJS: Kako bi morala potekati obravnava bolnikov z debelostjo?**

**AS:** Prva vstopna točka je praviloma družinski zdravnik, ki lahko bolnika izmeri, opravi laboratorijske preiskave, oceni pridružene bolezni in se z njim pogovori o možnostih zdravljenja. Pomembno pa je, da pogovor ni omejen na nasvet: manj jejte in več se gibajte. Potreben je resen, spoštljiv pogovor o debelosti kot kronični bolezni.

**UK:** Pomembno vlogo imajo tudi drugi specialisti, saj se veliko oseb z debelostjo pri njih vodi zaradi pridruženih bolezni. Če specialist v izvidu zapiše, da je treba zdraviti tudi debelost kot skupni imenovalac težav, je to lahko pomembna podpora tako bolniku kot družinskemu zdravniku.

**AS:** Družinski zdravnik lahko predpiše tudi sodobna zdravila za zdravljenje debelosti, kadar so ta strokovno utemeljena. Bolnik se lahko v ambulanti pogovori o vseh možnostih, dobi recept, navodila za uporabo in razlago možnih neželenih učinkov. Zelo pomembna je tudi vloga diplomirane medicinske sestre oziroma referenčne ambulante, predvsem pri spremljanju, podpori in svetovanju.

**JM:** Ob tem pa je treba bolniku že na začetku jasno povedati, da so ta zdravila pri nas za zdravljenje debelosti samoplačniška in da gre za dolgotrajno zdravljenje kronične bolezni. Če zdravljenje prekinemo, se telesna masa pogosto ponovno poveča, s tem pa se lahko poslabšajo tudi bolezni, ki smo jih želeli izboljšati. Bolnik mora

razumeti koristi, tveganja, pričakovano trajanje zdravljenja in tudi stroške.

**UK:** Zato je treba poudariti, da zdravila za zdravljenje debelosti niso namenjena rekreativnemu hujšanju pred poletjem ali estetskim ciljem. Uporabljamo jih pri bolnikih, ki po medicinskih kriterijih potrebujejo zdravljenje in pri katerih pričakujemo jasne zdravstvene koristi. Imajo možne neželene učinke, zato mora biti njihova uporaba odgovorna in strokovno vodena.

**MJS: Kateri neželeni učinki so najpogostejši?**

**UK:** Najpogostejše so prebavne težave, predvsem slabost, lahko tudi bruhanje, driska ali zaprtje. Če si vzamemo čas in bolniku vnaprej razložimo, kaj lahko pričakuje ter kako si lahko pomaga, zdravljenje pogosto lažje nadaljuje. Pri mnogih se telo po prvih tednih prilagodi.

**AS:** Tudi sama opažam, da bolniki zdravljenje redko prekinajo zaradi neželenih učinkov, če so nanje dobro pripravljani.

**MJS: Veliko se govori tudi o izgubi mišične mase.**

**JM:** Pri vsaki izgubi telesne mase, ne glede na to, ali je posledica diete, kirurškega zdravljenja ali zdravil, ne izgubljammo samo maščevja, temveč lahko tudi mišično maso. Zato sta telesna aktivnost in zadosten vnos beljakovin izjemno pomembna.

**MJS: Novejši podatki kažejo, da se mišica lahko tudi »razmasti«, postane kakovostnejša in bolje deluje. To je pomembno zlasti za presnovo glukoze, kjer imajo mišice eno izmed ključnih vlog, in tudi za izboljšanje telesne zmogljivosti.**

**AS:** Vedno poudarjamo, da zdravila ne nadomeščajo gibanja in prehranske podpore. Prav nasprotno, bolniku pogosto omogočijo, da lažje začne spreminjati življenjski slog. Ko se bolje počuti, se lažje giblje, lažje izbira hrano in dobi več motivacije.

**JM:** Pri mlajših ženskah je pomembna še plodnost. Zdravljenje lahko izboljša presnovno stanje in s

tem tudi plodnost, zato je med zdravljenjem potrebna zanesljiva zaščita. Nosečnost je treba načrtovati, zdravilo pa pred zanositvijo pravočasno ukiniti.

**MJS: Kaj vam pri vašem delu daje največ zadovoljstva? In kaj bi rade sporočile kot zaključne misli?**

**AS:** Najbolj me razveseli, ko se bolnik po nekaj mesecih vrne z boljšimi izvidi, hkrati pa se spremeni tudi njegova energija. Pride bolj vesel, ponosen, včasih malo »važen« – v najlepšem pomenu besede. Pove, da si je kupil novo jakno, da lažje hodi, da se je spet začel ukvarjati s stvarmi, ki jih ima rad. On morda vidi predvsem številko na tehtnici, jaz pa vidim še boljši krvni tlak, boljše vrednosti maščob v krvi, boljši krvni sladkor, boljše počutje in več življenja.

**UK:** Želim si, da bi znanje o obravnavi in zdravljenju debelosti postalo del vsakodnevne prakse vseh zdravnikov. Ko bomo debelost obravnavali enako resno kot druge pogoste kronične bolezni, bomo lahko za bolnike naredili veliko več.

**JM:** Rekreativno hujšanje in zdravljenje debelosti sta dve različni stvari. Samoiniciativna izguba telesne mase iz estetskih razlogov nima veliko skupnega z zdravljenjem kronične bolezni.

**MJS:** Smo v prelomnem obdobju medicine debelosti. Podobno kot je odkritje inzulina spremenilo zdravljenje in življenja ljudi s sladkorno boleznijo, tudi sodobno razumevanje debelosti in nova zdravila odpirajo možnosti učinkovite in varne obravnave debelosti. A to začetno obdobje zahteva odgovornost, znanje in premišljen pristop umeščanja v zdravstveni sistem, ki na vse te spremembe trenutno ni v celoti pripravljen. Debelost ni vprašanje krivde, ampak kompleksna kronična bolezen, odvisna od več dejavnikov, ki jo moramo prepoznati, razumeti in zdraviti.



# Letni program rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem

V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti Zdravniška zbornica Slovenije izvaja redne strokovne nadzore s svetovanjem po letnem programu, ki ga sprejme s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje.

Zbornica v letu 2026 načrtuje izvedbo rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem pri posameznem zdravniku po naslednjem letnem programu strokovnih nadzorov s svetovanjem za leto 2026:

Ob tem pojasnjujemo, da bo dejansko število izvedenih strokovnih nadzorov s svetovanjem v letu 2026 skladno s številom nadzorov, kot bo dogovorjeno v pogodbi o izvajanju nalog javnih pooblastil. V letnem programu pa zbornica določi višje število nadzorov, saj se med letom pogosto izkaže, da posameznih nadzorov, ki so sicer predvideni, iz objektivnih razlogov ni mogoče izvesti.

Ministrstvo za zdravje je podalo soglasje k navedenemu programu rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem za leto 2026 (Sklep št. 014-22/2025-2711-10 z dne 30. 3. 2026).

Posamezni strokovni nadzori se izvedejo po navedenem programu rednih strokovnih nadzorov s svetovanjem, in sicer praviloma pri zdravnikih, ki so v tem letu predvideni za podaljšanje licence, upoštevajoč število njihovih kreditnih točk.

Področje	Število nadzorov
Anesteziologija in reanimatologija	1
Dermatovenerologija	1
Družinska/splošna medicina	38
Fizikalna in rehabilitacijska medicina/ Fizikalna medicina in rehabilitacija	2
Interna medicina	7
Kardiologija in vaskularna medicina	1
Medicina dela, prometa in športa	6
Nevrologija	2
Nuklearna medicina	1
Oftalmologija	2
Otorinolaringologija	2
Pedriatrija	6
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	4
Pnevmologija	2
Psihiatrija	4
Radiologija	8
Splošna kirurgija	8
Transfuzijska medicina	1
Travmatologija	3
Urgentna medicina	1
Urologija	2
Zobozdravstvo (splošno in specialistično)	24
<b>Skupno število rednih nadzorov</b>	<b>126</b>

# Kampus Vrazov trg Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani – pogled v preteklost in prihodnost

Tomaž Marš, Zvonka Zupanič Slavec, Katja Žlajpah, Aleš Žnidaršič

## Šentpeterska kasarna v Ljubljani – Od lazareta do vojašnice, zaporov, prve slovenske onkološke ustanove in sedeža Medicinske fakultete

Kot da bi njene stene vsrkavale bolečino stoletij, se je stavba Šentpeterske kasarne globoko vpisala v zgodovino mesta in naroda. Zgrajena v 16. stoletju kot lazaret za kužne bolnike, je bila že od vsega začetka posvečena boju za življenje – in preživetje. Njena prvotna oblika, preprosta pritlična štirikotna struktura, je v kasnejših stoletjih dobila nadstropja, širila ramena, da je v svojih zidovih lahko nosila breme vojaškega sveta habsburške monarhije.

V 19. stoletju so tu prebivali vojaki 17. pešpolka, »kranjski Janezi«, ki so s pesmijo in domovino v srcu odkorakali proti frontam prve svetovne vojne. Toda stavba je hitro izgubila vojaški zanos – postala je zapor in vojaško sodišče. Iz njenih temnih hodnikov so obsojence vodili na strelišče. Med obema vojnama je ostala prostor zaporniške tesnobe, zapirala je predvsem tiste, ki so razmišljali drugače.

V času okupacije med drugo svetovno vojno so jo nacistični oblastniki zlorabili kot prostor mučenja, izbiranja talcev za Gramozno jamo – njeni kamni so takrat znova ponavljali zgodbo o človeški krhkosti in krutosti. A s koncem vojne leta 1945 se je zgodba spremenila. Stavba je bila zaupana popolni Medicinski fakulteti, ustanovljeni 31. 7. 1945, ki je v dotrajano stavbo vnesla novo poslanstvo – boj za življenje z medicinsko znanostjo, izobraževanjem in sočutjem. V teh skromnih pogojih so študenti začeli svojo pot k zdravniškemu poklicu. Centralna medicinska knjižnica, predklinični inštituti, slavna sejna soba dekanata in študentski Pajzl – vse to je postalo srce medicinske misli. Ustanova za

zdravljenje rakavih bolezni, ki se je leta 1946 razvila v Onkološki inštitut, je tem temnim zidovom dodala novo svetlobo – upanje bolnikom v najtežjih trenutkih.

Iz kužnega strahu, vojaške in politične represije – do znanstvenega raziskovanja, zdravniškega znanja, humanistične pomoči. Ta preobrazba ni zgolj zgodovinska, ampak simbolna. Danes se tu piše novo poglavje. A zdaj se ta zgodovina ne končuje z ruševinami – temveč z upanjem.



*Stavba šentpeterske kasarne sredi 20. stoletja (hrani: Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko)*

## Program in vizija novega Kampus Vrazov trg

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, ena izmed osrednjih izobraževalnih in raziskovalnih ustanov na področju medicine v Sloveniji, dobiva pomembno prostorsko okrepitev – nov kampus na Vrazovem trgu. Gre za enega ključnih razvojnih projektov fakultete in Univerze v Ljubljani, ki bo prispeval k sodobnejšemu, bolj

povezovalnemu in infrastrukturno primerno podprtemu medicinskemu izobraževanju in raziskovanju.

Z izgradnjo novega kampusa se Medicinska fakulteta odziva na dolgoletno prostorsko stisko, zastarelo infrastrukturo in naraščajoče potrebe po interdisciplinarnem delu. Program novega kampusa je zasnovan z jasno vizijo: omogočiti kakovostno in fleksibilno izobraževanje prihodnjih generacij zdravnikov, raziskovalcev in drugih strokovnjakov s področja biomedicine, ob hkratnem spodbujanju sodelovanja med znanostjo, klinično prakso in širšo družbo.

Učinkovito in razvojno naravnano izvajanje programov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani je širše družbeno pomembno v smislu zagotavljanja ustrezne zdravstvene oskrbe prebivalstva in odpornosti nacionalnega zdravstvenega sistema. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani v nespremenjenem stanju deluje že četrto desetletje. V tem času so bile izvedene le manjše posodobitve, ki pa niso bistveno vplivale na povečano število diplomantov. Z nastopom mandata prejšnjega vodstva Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani z dekanom prof. dr. Igorjem Švabom na čelu in prodekani prof. dr. Tomažem Maršem, prof. dr. Janjo Jan, prof. dr. Ksenijo Geršak in prof. dr. Miroslavom Petrovcem se je začelo uresničevanje razvojnega in v prihodnost usmerjenega programa, ki uresničuje vizijo izgradnje »trojnega kampusa MF« in posodobitev študijskih programov Medicina in Dentalna medicina. Trije kampusi so **Kampus Vrazov trg**, namenjen predvsem infrastrukturi za izvajanje sodobne izobraževalne dejavnosti, vključno s prostori za simulacijsko medicino, ter znanstvenoraziskovalne dejavnosti, **Kampus Zaloška** in **Kampus Korytkova**.

Vizija prostorske izgradnje »trojnega kampusa MF« se najbolj uresničuje na območju Kampusu Vrazov trg, ki je poleg stavbe Medicinske fakultete na Korytkovi osrednje stičišče dejavnosti fakultete. Območje



*Kampus Vrazov trg – izgled glavnega vhoda*

vključuje karejski objekt, kjer bo v deloma zgodovinsko zaščitenem zahodnem krilu/traktu umeščena Centralna medicinska knjižnica, Inštitut za biomedicinsko informatiko in nekatere skupne službe, kot je Služba za študentske zadeve, Mednarodna pisarna (t.i. zahodno krilo). Prenova območja se je začela v letu 2010 z odstranitvijo starega stavbnega krila na južni strani (t.i. južno krilo) in izgradnjo novega objekta za izobraževalno in znanstvenoraziskovalno dejavnost. Vanj sta se preselila dva inštituta, ki sta prej domovala v vzhodnem krilu stavbe, to sta Inštitut za biologijo celice in Inštitut za biokemijo in molekularno genetiko.

Na preostalem območju kampusa v t.i. vzhodnem in severnem krilu nekdanjega sklenjenega karejskega objekta fakulteta uresničuje projekt izgradnje Kampusu Vrazov trg I, ki vključuje dokončanje celovite ureditve območja in izgradnjo sodobnega medicinskega kampusa, namenjenega predvsem infrastrukturi za izvajanje sodobne izobraževalne dejavnosti, vključno s prostori za simulacijsko medicino ter znanstvenoraziskovalno

dejavnost. Predvidoma do septembra 2026 bo zgrajen in vseljiv sodoben objekt, ki bo predstavljal stičišče za študente in zaposlene Medicinske fakultete ter bo hkrati objekt javnega, odprtega značaja.

Na natečaju Zbornice za arhitekturo in prostor (ZAPS) je bil januarja 2022 izbran elaborat avtorjev Aleša Žnidaršiča, univ. dipl. inž. arh., in Katje Žlajpah, univ. dipl. inž. arh., iz biroja Multiplan arhitekti.

### **Spatium continui – arhitekturni koncept, ki nadgrajuje javni prostor in odstira pogled na preteklost**

Takšno vodilo biroja Multiplan arhitekti je oblikovalo novo podobo Kampusu Vrazov trg Medicinske fakultete, ki s subtilnim dialogom do obstoječega nadgrajuje celovito prostorsko identiteto. Ta bo v prvi vrsti služila študentom in stroki, vsekakor pa bo kampus zanimiv tudi za širši spekter obiskovalcev, saj je zaradi izjemne lokacije bližine mestnega središča ter dodanega javnega

prostora znotraj kampusa nadgrajena urbana vrednost območja. S tega vidika gre za celovito rešitev, ki odgovorno obravnava mestni prostor v korist javnega dobra, vitalnega segmenta skupnosti in družbe.

Območje kampusa, ki ga v širšem merilu definira karejska tipologija pozidave, je sestavljeno iz zahodnega in južnega trakta, ki se ohranjata v sedanjem obsegu, severni in vzhodni trakt pa se nadomešča z novogradnjo. Novi objekt povzema oblikovanje po principu »glavnika«, sklenjenega trakta na vzhodu, na katerega se prečno nalagajo lamele z vmesnimi atriji. Celovitost zasnove kompleksa definira umestitev glavnega vhoda v nižjo etažo preko zunanjega avditorija, kjer se organizira glavno komunikacijsko pot – krožno povezavo, ki povezuje vse sklope kampusa.

Z umestitvijo glavnega vhoda v spodnjo etažo se na nivoju parterja ustvarja trg, ki s širnim pogledom na cerkev sv. Petra ustvarja edinstveno vizualno sekvenco. Odprt prostor je ključni povezovalce celote, ki v širšem kontekstu nadgrajuje območje kampusa v razpoznavno mestno entiteto.

Ob dejstvu, da gre za stavbo izrazito specifičnega značaja, ki sledi tako sodobnim trendom kakovostnega arhitekturnega dialoga kot tudi trajnostne naravnosti, pa s stališča tehnologije medicinske stroke pred-

stavlja tovrstni presežek v širšem evropskem prostoru.

Koncept Kampusa Vrazov trg je omogočiti sobivanje in razvoj dejavnosti fakultete, ki se vsebinsko povezujejo, saj se v Kampus Vrazov trg umeščajo inštituti in enote, ki jim bo umestitev v moderen kampus omogočila sodelovanje in dopolnjevanje aktivnosti. Sodobna infrastruktura bo omogočala povezovanje izobraževalne dejavnosti z znanstvenoraziskovalno dejavnostjo. Ta infrastruktura bo na voljo notranjim in zunanjim uporabnikom. Izboljšana infrastruktura bo omogočila tudi okrepitev kadrovske strukture ter zaposlenim in študentom nudila prijazno delovno in študijsko okolje. Projekt zasleduje tudi cilje trajnostnega razvoja – z energetske učinkovitimi rešitvami, vključevanjem zelenih površin, dobrimi povezavami z javnim prometom in kolesarskimi potmi.

V novogradnji objekt bodo umeščeni: Center za učenje kliničnih veščin, del Inštituta za biokemijo in molekularno genetiko, Inštitut za fiziologijo, Inštitut za patološko fiziologijo, del Inštituta za biologijo celice, Inštitut za biofiziko, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, del Inštituta za biostatistiko in medicinsko informatiko ter Medicinski raziskovalni center.

Projekt izgradnje Kampus Vrazov trg je financiran iz sredstev Načrta za okrevanje in odpornost, Načrta razvojnih programov R Slovenije 2025–2028, Zakona o investicijah v zdravstvo, sredstev Univerze v Ljubljani in lastnih sredstev Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

»Nova stavba na Vrazovem trgu je več kot arhitekturni dosežek – predstavlja prehod v novo obdobje razvoja Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. V novi stavbi se bo uresničevala vizija sodobnega izobraževanja in raziskovanja v medicini. Novi kampus bo prostor, kjer bodo nastajali pomembni raziskovalni dosežki ter kjer se bodo študenti oblikovali v odgovorne in kompetentne zdravnike prihodnosti. Verjamem, da bomo tako

postavili temelje odličnosti, mednarodne prepoznavnosti in povezovanja z zdravstvenim okoljem doma in v tujini, za kar si prizadevamo že ves čas,« meni prof. dr. Igor Švab, dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani v obdobju 2021–2025.

## Pomembnost za prihodnost slovenskega zdravstva

Nov kampus na Vrazovem trgu predstavlja mnogo več kot zgolj novo zgradbo – je temelj prihodnosti medicinskega izobraževanja in raziskovanja v Sloveniji. V času, ko se soočamo z demografskimi spremembami, pomanjkanjem zdravstvenega kadra in izzivi sodobne medicine, je vlaganje v izobraževanje ključno.

Z novogradnjo Medicinske fakultete na tem mestu se rojeva nova arhitektura znanja, srčnosti in sodelovanja. Stavba, ki bo rasla iz temeljev nekdanje kasarne, bo prostor svetlobe, moderne medicinske misli in medgeneracijske povezanosti. Naj se iz njenih novih prostorov širi radosten smeh, naj odzvanja radovednost študentov, predanost profesorjev in zaupanje bolnikov. Naj se tukaj oblikujejo nove in nove generacije strokovno in človeško dobrih zdravnikov in zobozdravnikov. Iz patine preteklosti – v sijaj prihodnosti.

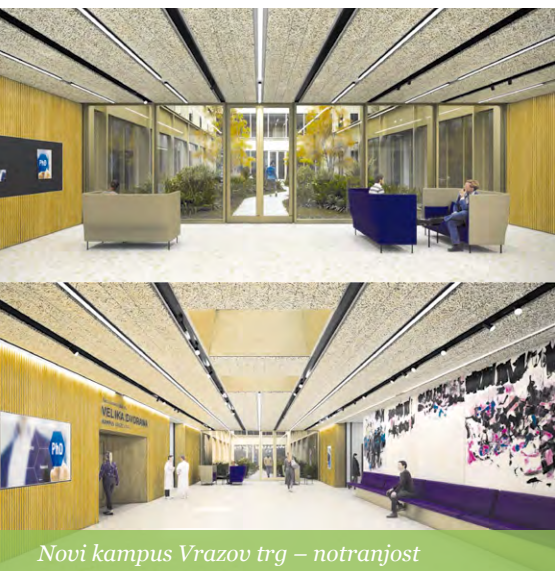
S tem projektom Medicinska fakulteta krepi svojo vlogo kot vodilna izobraževalna in raziskovalna institucija na področju medicine v Sloveniji in regiji ter ustvarja pogoje za boljšo povezanost med znanostjo, izobraževanjem in prakso.

**Prof. dr. Tomaž Marš, dr. med., univ. dipl. biol., Inštitut za patološko fiziologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani**

**Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani**

**Katja Žlajpah, univ. dipl. inž. arh., Multiplan arhitekti**

**Aleš Žnidaršič, univ. dipl. inž. arh., Multiplan arhitekti**



Novi kampus Vrazov trg – notranjost

# Načrt nadaljnje obravnave (NNO): Nacionalno soglasje in zakaj je pomembno za vsakega zdravnika

Maja Ebert Moltara, Alenka Oven, Gregor Prosen

*Bolnike s kroničnimi napredovalimi neozdravljivimi boleznimi srečujemo vsi, ki delamo v klinični praksi, v urgentni službi, na oddelkih bolnišnic, v domovih za starejše ter v specialističnih in družinskih ambulantah. Pogosto smo ob tem soočeni z odločitvami, ki bi morale biti sprejete veliko prej in skupaj z bolnikom. Delovna skupina za paliativno oskrbo na Zdravniški zbornici Slovenije je v okviru letošnjega cikla spletnih seminarjev za promocijo paliativne oskrbe v juniju predstavila že sedmo vsebino, tokrat osredotočeno na »načrt nadaljnje obravnave« (v nadaljevanju NNO).*

Kronične nenalezljive bolezni so eden največjih javnozdravstvenih izzivov današnjega časa in glavni razlog umrljivosti. Razvijajo se počasi, zahtevajo dolgotrajno zdravljenje ter številne prilagoditve in spremembe v življenju vsakega posameznika. Zaradi staranja prebivalstva se njihova razširjenost povečuje, zbolevalo pa pogosto tudi delovno aktivni posamezniki, kar ima pomembne družbene in ekonomske posledice.

Pomemben cilj obravnave bolnikov s kroničnimi neozdravljivimi boleznimi ni le podaljšanje preživetja, temveč tudi ohranjanje kakovosti življenja. Zato taka obravnava vključuje obravnavo telesnih, duševnih, socialnih in duhovnih problemov ter naj bi omogočala prilagajanje zdravstvene oskrbe posameznikovim vrednotam.

## Kaj je NNO?

NNO je kratica, ki se uporablja tako za dokument kot za proces njegovega nastajanja. To je zapis, ki nastane v strukturiranem komunikacijskem procesu med bolnikom (in njegovimi bližnjimi) ter zdravstveni-

mi delavci in združuje oceno potreb posameznika, ustrezno pojasnilno dolžnost, načine pravočasnega ukrepanja ter spoštovanje bolnikovih izkušenj in vrednot. Oblikovanje NNO lahko sproži katerikoli zdravnik, ki oskrbuje bolnika, idealno pa je, da ga vodi osebni zdravnik in ga redno posodablja. Gre za dinamičen proces, saj se potrebe in simptomi bolnika skozi čas spreminjajo in s tem tudi bolnikove odločitve, zato ga je treba sproti prilagajati. Dokazano je, da izdelava strukturiranega NNO bistveno poveča možnost, da bo bolnik ob koncu življenja deležen oskrbe skladno s svojimi željami, ter izboljša izkušnjo svojcev in zdravstvenih timov. V tej luči je tudi izredno pomembno, da je NNO dostopen vsem v javnem zdravstvenem sistemu (osebni zdravnik, patronažna služba, specialisti, bolnišnice).

V Sloveniji se je do sedaj v te namene uporabljalo več izrazov, ki medsebojno niso bili dovolj jasno razmejeni in zato včasih tudi nepravilno razumljeni (npr. vnaprejšnje načrtovanje, paliativni načrt), a sedaj se poskuša uveljaviti pojem **načrt**

**nadaljnje obravnave** kot klinični pripomoček ob delu z bolniki in status **vnaprejšnje volje**.

## Zakaj je NNO pomemben?

Klinično ozadje tega vprašanja je na zadnjem spletnem seminarju (15. junija 2026) osvetlil prof. Frank D. Ferris (Elizabeth Hospice, San Diego, ZDA), v slovenski kontekst pa sta ga z izkušnjami iz klinične prakse ter predstavitvijo rezultatov delfskega projekta, ki je potekal pod vodstvom doc. dr. Gregorja Prosenca (vodja delovne skupine pri ZZS), pospremili predavateljici asist. dr. Maja Ebert Moltara (vodja Oddelka za akutno paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu Ljubljana) in dr. Alenka Oven (Inštitut za dolgotrajno oskrbo).

Izhodišče prof. Ferrisa je bilo preprosto: »*Biti zdrav ne pomeni zgolj odsotnosti bolezni, temveč možnost živeti življenje tako, kot si želimo.*« Ker lahko danes sodobna medicina preživetje pri raku, srčnem popuščanju in odpovedih organov podaljšuje iz mesecev v leta, je izkušnja boleznih dolga, trpljenje pa sega daleč onkraj diagnoze. Bolezen povzroča telesno, duševno, socialno in duhovno stisko, ki jo skupaj z bolnikom nosi tudi njegova družina.

Prof. Ferris je jasno ločil dva pojma. Načrtovanje nadaljnje obravnave je sprotno usklajevanje *ciljev za življenje* in *ciljev za oskrbo*, ki naj se začne že ob postavitvi diagnoze. To ni le ponujanje posegov, ampak pogovor o tem, kaj si bolnik sploh (še) želi. To prav tako ni isto kot vnaprejšnje

odločanje o oskrbi le ob koncu življenja (npr. le o oživljanju). Ta proces pomeni, da znova in znova preverjamo, ali se zdravljenje še ujema z bolnikovimi vrednotami.

V predavanju je predstavil primer sodelavke Kit, ki so ji pri 58 letih naključno odkrili pljučni tumor. Sprva so jo vodili cilji preživetja, dela in družine, ob napredovanju bolezni pa so se njene vrednote spremenile v željo po udobju in preživljanju časa z najbližjimi. Z zgodaj vključeno paliativno oskrbo ob onkološkem zdravljenju je v prvih 21 mesecih zamudila en sam delovni dan. Ko je bila seznanjena z dejstvom, da operacija ne bi več podaljšala življenja, temveč le povečala trpljenje, je izbrala mirno pot in umrla doma, 24 mesecev po diagnozi, pa čeprav je bila prvotna napoved 8 do 13 mesecev. Njeni svojci so bili ob njeni smrti žalostni, a prepričani, da je dobila najboljšo možno oskrbo.

Ob taki obravnavi je opazen predvsem premik ob vprašanju prognoze. Ko bolnik vpraša, koliko časa mu je še ostalo, najpogosteje ne sprašuje, kdaj bo umrl, temveč koliko časa ima še, da postori kaj pomembnega. Zato je naloga zdravstvenih delavcev, da to prepoznamo in ga usmerjamo. Prof. Ferris je opozoril, da si po njegovih izkušnjah le okoli desetina bolnikov želi umreti priključena na aparate v enoti intenzivne terapije. Kaj si kdo želi, **»pa preprosto ne vemo, dokler ne vprašamo«**.

V te pogovore je nujno, če je le izvedljivo, vključiti tudi družino, ki bolnika neguje in se teh (skupnih) odločitev spominja vse življenje. **»Načrtovanje nadaljnje obravnave zato ni odrekanje zdravstvenih postopkov, ampak skrbno usklajevanje zdravljenja s tem, kar je za človeka pomembno.«**

Nikoli ne vem, kaj bo bolnik izbral, dokler ga ne vprašam.  
prof. Frank D. Ferris

## Pravni okvir in pojasnilna dolžnost: Zakaj je NNO obveznost in ne izbira?

V sklopu predavanja o pravnih vidikih je bilo jasno izpostavljeno, da načrtovanje nadaljnje obravnave bolnika ni le empatična praksa, ampak pravna obveznost. Temelj načrtovanja nadaljnje obravnave je avtonomija bolnika, pravica, ki jo varuje Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) in ki jo mora medicina spoštovati. Iz nje neposredno izhaja pomen ustrezne pojasnilne dolžnosti. Bolnik ima pravico biti razumljivo obveščen o svojem stanju in verjetnem poteku bolezni (o cilju, vrsti, verjetnosti uspeha) in pričakovanih koristih predlaganega zdravljenja (o tveganjih in drugih neprijetnostih), vključno s posledicami opustitve zdravljenja, oziroma o drugih možnostih zdravljenja in postopkih, ki v Sloveniji niso dosegljivi. Pravni standard je tu jasen in neizprosni. Če bolnik vsebine pojasnilne dolžnosti ni razumel, ni privolil. Če bolnik ali njegovi svojci resnično razumejo, da določena zdravstvena obravnava ne bo podaljšala življenja, ampak bo le povečala trpljenje, je odločitev za paliativno obravnavo pravno in etično neizpodbitna.

V paliativni oskrbi pojasnilna dolžnost ni le naštevavanje tveganj, ampak usklajevanje pričakovanj. Zdravnik mora zato pojasniti, česa ne bo storil in zakaj (npr. zakaj pri umirajočem bolniku ne bo uvedel dialize). Pravo od zdravnika zahteva kontinuiran proces komunikacije in obravnave, ne le enkratni podpis na papirju.

Mnogi zdravniki opozarjajo, da v preobremenjenem sistemu za dolge pogovore preprosto ni časa. Vendar pa natančnejši pogled na potek dela pokaže povsem drugačno sliko. Koliko časa vzamejo agresivna reanimacija umirajočega bolnika sredi noči, klicanje dežurnih služb, nujni transporti med oddelki in prepričevanje šokiranih ter napadalnih svojcev na hodniku

Najhujša kršitev pojasnilne dolžnosti ni napačna informacija, ampak tišina. Tista tišina, ko zdravnik ve, da se zgodba končuje, a nima poguma, da bi to povedal pacientu.

dr. Alenka Oven

ob treh zjutraj? Vse to vzame ure in ure dragocenega časa ter povzroča neizmeren stres. Mirni pogovori podnevi vse to lahko preprečijo ali vsaj bistveno ublažijo. Namesto napadalnega **»Zakaj nič ne naredite?!«** in **»Oživljajte za vsako ceno!«** je ob postelji mogoč sočuten dialog z družinskimi člani: **»Imamo načrt nadaljnje obravnave, s katerim je soglašal in ga podpisal vaš oče. Skupaj bomo poskrbeli, da bo brez bolečin.«**

Stavek **»Nič več ne moremo storiti«** je pravno in etično sporen, zato v praksi svetujemo preusmeritev pogovora. Priznajmo omejitve medicinske, osredotočimo se na čim več udobnih dni brez bolečin in vprašajmo, kaj je bolniku v tem trenutku najpomembnejše.

Zakonodaja že danes varuje zdravnika. Terapevtski privilegij (22. člen Zakona o pacientovih pravicah, ZPacP) dovoljuje, da podatke izjemoma in za kratek čas zamolčimo, če bi povzročili neposredno resno zdravstveno škodo (npr. samomorilno tveganje). A to je izjema, ki jo je treba dokumentirati, in ne sredstvo za »varovanje« bolnika pred realnostjo bolezni. Slovenska zakonodaja od zdravnika ne zahteva, da premaga smrt, ko je ta medicinsko neizogibna. Zahteva pa, da spoštuje človeka. Kodeks zdravniške etike v 11. členu izrecno določa, da zdravnik pri neozdravljivi bolezni upošteva kakovost bolnikovega življenja in njegove želje ter ne uvaja ukrepov oziroma jih opušča, kadar so ti nekoristni (futilni) ali celo v večje breme. ZPacP zdravniku ponuja dva močna pravna instrumenta, ki preneseta odgovornost nazaj na bolnika. Vsak bolnik lahko svojo voljo izrazi vnaprej (34. člen ZPacP) in/ali imenuje zdravstvenega pooblaščenca

(32. člen ZPacP). Sporočilo za prakso je razveseljivo. Ustrezno načrtovan pogovor ter **dobro dokumentiran NNO ni pravno tveganje, temveč pravna zaščita, ki ob najbolj kritičnih trenutkih dokazuje, da je ravnanje v skladu z bolnikovo avtonomijo in s stroko.**

## Priprava in vsebina NNO – pot do nacionalnega soglasja

Ker zelo številni, v različnih okoljih in na različnih ravneh zdravstva, oskrbujemo kronične neozdravljive bolnike, strukturiranje vsebine NNO presega okvire posamezne zdravstvene stroke in zahteva tesno sodelovanje in usklajenost med vsemi. Zato je delovna skupina za promocijo simptomatskega in podpornega (paliativnega) zdravljenja pri ZZS z namenom, da se doseže čim širše soglasje med izvajalci, izpeljala obsežen proces usklajevanja in oblikovanja enotnega pristopa in priporočil glede NNO, ki je bil predstavljen na spletnem seminarju.

Ožja delovna skupina je pripravila nabor 19 trditev, ki naj bi se jih preverilo med sodelujočimi z modificirano delfsko metodo (elektronsko glasovanje v dveh krogih, dopolnjeno s srečanjem v živo v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije). Panelisti,

vkjučeni v razpravo, so vsako trditev ocenili na 9-stopenjski Likertovi lestvici (1 = popolno nestrinjanje, 9 = popolno strinjanje), pri čemer je bil kriterij soglasja zahteven in vnaprej določen po metodologiji RAND/UCLA: mediana najmanj 7, interkvartilni razmik (IQR) največ 2 in vsaj 70 odstotkov glasov v območju 7–9.

V prvem krogu je sodelovalo 29 panelistov, v drugem pa 27 panelistov iz 24 organizacij:

- trinajst razširjenih strokovnih kolegijev (med drugim za urgentno medicino, anesteziologijo, intenzivno medicino, infektologijo, pnevmologijo, kirurške stroke, nevrologijo, psihiatrijo, hematologijo, fizikalno in rehabilitacijsko medicino, zdravstveno in babiško nego, klinično psihologijo ter informatiko v zdravstvu),
- strokovni sveti pri SZD, zbornice in društva (Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbo, Slovensko društvo Hospic, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije ter Zbornica kliničnih psihologov Slovenije),
- Inštitut za dolgotrajno oskrbo in Zveza organizacij pacientov Slovenije.

Postopek je potekal v več korakih. V prvem krogu jih je od 19 izhodišč-

Zelo je pomembno, da se o določenih vsebinah začnemo z bolniki pogovarjati dovolj zgodaj. In če se začnemo pogovarjati dovolj zgodaj, obravnava teče veliko lažje in v tisto smer, kot so si jo začrtali bolniki in svojci.

asist. dr. Maja Ebert Moltara,  
dr. med., spec.

nih trditev doseglo soglasje že 17. Preostali dve sta bili na podlagi pisnih komentarjev in razprave preoblikovani (ena izmed trditev je bila razdeljena na dve ločeni trditvi). Ob ponovnem glasovanju je vsak panelist prejel skupinsko povratno informacijo iz prvega kroga (mediana, IQR in porazdelitev glasov) ter anonimiziran povzetek pripomb. V drugem krogu so vse trditve dosegle visoko stopnjo strinjanja. Po zaključku glasovanja dodatnih pripomb ni bilo.

Končni rezultat je bil 20 trditev s širokim strokovnim soglasjem (visoke mediane in ozki razmiki kažejo, da gre za trdno soglasje) (tabele 1–3).

Dvajset trditev je razvrščenih v štiri sklope:

- namen in vloga NNO,
- prepoznava bolnika,
- vsebina dokumenta ter
- meje obravnave in ukrepanje ob zapletih (tabele 1–3).

**Tabela 1. Namen, vloga in prepoznava bolnika (sklopa 1 in 2)**

Št.	Trditev (s konsenzom)	Med.	IQR
<b>1 – Namen in vloga NNO</b>			
T1	Proces načrtovanja nadaljnje obravnave (pogovor o ciljih in preferencah bolnika) je za bolnika koristen, saj spodbuja refleksijo o nadaljnjem zdravljenju in oskrbi.	9,0	0,0
T2	Klinična korist tega procesa je bistveno večja, če so sklepi pogovora zabeleženi v preglednem in enostavnem dokumentu, dostopnem na vseh ravneh obravnave.	9,0	0,0
T3	NNO ne odvzema klinične in strokovne presoje – ne velja kot absolutno zavezujoče navodilo za vsakokratnega zdravnika v vsakem trenutku.	9,0	0,5
T4	Načrtovanje nadaljnje obravnave in zapis standardiziranega dokumenta lahko olajšata odločitve glede zdravljenja bolnikov z neozdravljivimi napredovalimi boleznimi.	9,0	1,0
T5	Namen NNO je s strukturiranim procesom opredeliti cilje prihodnje zdravstvene oskrbe, ki so usklajeni s pacientovimi vrednotami in pričakovanim potekom bolezni.	9,0	0,0
T6	NNO omogoča varno, dostojno in usklajeno odločanje vseh deležnikov ob poslabšanjih zdravstvenega stanja.	9,0	1,0
T7	NNO naj bo jasno viden v osrednjem zdravstvenem informacijskem sistemu (eKarton).	9,0	0,0
<b>2 – Prepoznava bolnika</b>			
T8	Priporoča se aktivno prepoznavanje bolnikov s potrebami po simptomatskem podpornem (paliativnem) zdravljenju.	9,0	1,0

**Tabela 2. Vsebina dokumenta NNO (sklop 3)**

Št.	Trditev (s konsenzom)	Med.	IQR
<b>3 – Vsebina dokumenta NNO</b>			
T9	Dokument NNO naj vsebuje osnovne podatke o nastanku dokumenta (čas, kraj, prisotni).	9,0	0,0
T10	NNO naj vsebuje podatek o zdravstvenem pooblaščenju.	9,0	2,0
T11	NNO naj vsebuje podatek, ali je izpolnjen tudi dokument vnaprej izražene volje.	9,0	1,0
T12	NNO naj vsebuje opis (MKB-diagnozo) »osnovne« (najbolj klinično obremenjujoče kronične napredovale) bolezni in njenih zapletov.	9,0	0,0
T13	NNO naj vsebuje oceno napredovalosti/stopnjo bolezni (»staging«).	9,0	0,0
T14	NNO naj vsebuje opredelitev ciljev (namena) določene oblike zdravljenja.	8,0	2,0
T15	NNO naj vsebuje opis bolnikovega kliničnega stanja oz. telesnih zmogljivosti.	9,0	0,0
T16	Priporoča se, da dokument NNO vsebuje relevantne klinične lestvice oz. točkovnike (npr. SPICT, CFS, PPS).	8,0	2,0
T17	NNO naj vključuje opis bolnikovih želja, vrednot in preferenc glede njegovega življenja z boleznijo.	9,0	1,0

**Tabela 3. Meje obravnave in ukrepanje ob zapletih (sklop 4)**

Št.	Trditev (s konsenzom)	Med.	IQR
<b>4 – Meje obravnave in ukrepanje ob zapletih</b>			
T18	NNO naj opredeli zgornjo mejo invazivnosti oz. intenzivnosti zdravljenja/posegov.	9,0	1,0
T19	NNO naj vsebuje podatek o prognozi in pričakovanem poteku bolezni pri bolniku.	9,0	2,0
T20	NNO naj vsebuje osnovne usmeritve za reševanje zapletov/simptomov.	8,0	1,0

Legenda: Med. = mediana; IQR = interkvartilni razmik (razpon srednjih 50 % odgovorov).

Poročilo o celotnem procesu je bilo zaključeno junija 2026.

## Od soglasja do uporabe v vsakdanji praksi

Zaključek nacionalnega delfskega konsenza predlaga 20 priporočil in usmerja tako bolnike kot zdravstvene delavce, kdaj, kako in katere vsebine vključiti v pogovore in dokumentiranje NNO.

Po vsebini je NNO preplet dveh stebrov in vsebuje:

- 1. Zdravnikovo strokovno pojasnilo:** opis osnovne bolezni, njen stadij, možnosti zdravljenja, ocena bolnikovega funkcionalnega stanja (vključno z oceno stopnje krhkosti).
- 2. Bolnikovi cilji:** vrednote, preference, strahovi – kaj bi še rad dosegel in čemu se želi za vsako ceno izogniti.

Šele združitev obeh stebrov ponudi dokument, ki vsem deležnikom v zdravstvenem sistemu jasno pove, kaj v določenem trenutku predstavlja najboljšo odločitev za konkretnega bolnika.

## Prihodnost NNO v praksi: eKarton in sistemska podpora

NNO je mogoče izdelati v vsakem okolju in *dokumentirati* na več načinov. Kot samostojni dokument v informacijskem sistemu (npr. PDF), kot del odpustnega pisma ali ambulantnega izvida, kot zapisnik družinskega sestanka ali kot strukturiran zapis v elektronskem zdravstvenem zapisu (v nastajanju). Bistveno je, da je dostopen takrat, ko šteje največ, in sicer ob poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika, ponoči na oddelkih in predvsem na urgenci.

Sporočilo nam vsem naj bo jasno: NNO ni nov birokratski obrazec, ampak strukturiran pogovor/proces, ki ga opravimo pravočasno, dokler je še čas, in ga zapišemo, da bolnikov glas slišimo tudi takrat, ko ga sam ne more več izreči. Čas, ki ga za tak pogovor zavestno namenimo podnevi, ko sta na voljo mir in sočutje, ni izgubljen. Nasprotno, prihrani ure administrativnega in čustvenega kaosa ponoči na oddelkih ali v urgentnih centrih. Bolniku pa vrne tisto, kar mu pripada. Soodločanje o lastnem zdravljenju in dostojanstvo do zadnjega dne.

## Kje do več informacij o NNO?

Več gradiv, zgibank za bolnike in zdravstvene delavce o NNO ter več o prihajajočih jesenskih spletnih seminarjih je dostopno na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije <https://www.zdravniskazbornica.si/za-javnost/paliativa-oskrba>

Asist. dr. Maja Ebert Moltara,  
dr. med., spec.  
Dr. Alenka Oven, univ. dipl. prav.  
Doc. dr. Gregor Prosen, dr. med.,  
spec., FEBEM

# Petdesetletnica združenja Evropskih mladih zdravnikov

Alenka Bahovec, Polona Gams Brulc

Združenje Evropskih mladih zdravnikov, EJD (angl. European Junior Doctors), letos praznuje 50 let obstoja. Ustanovno srečanje je potekalo 28.–29. maja 1976 v Nemčiji v zdraviliškem mestu Bad Nauheim. V želji skupaj izboljšati delovne pogoje mladih zdravnikov so se zbrali zagranici predstavniki 11 evropskih držav in se povezali v Trajno delovno skupino, PGW (angl. Permanent Working Group), iz katere se je nato razvilo združenje EJD, ki trenutno povezuje mlade zdravnike iz različnih organizacij iz 24 evropskih držav. Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) je članica EJD že od leta 1992.

Letošnja spomladanska skupščina EJD je potekala v znamenju okroglega petdesetega jubileja 17.–18. aprila 2026, ponovno v mestu Bad Nauheim v Nemčiji, v organizaciji nemških mladih zdravnikov v Marburger Bund. Udeležili sta se je tudi dve delegatki iz Slovenije kot predstavnici Delovne skupine za mlade zdravnike pri

ZZS. Pridružili so se nam nekateri nekdanji člani vodstva EJD ter z nami delili anekdote in izkušnje iz preteklosti. Nagovoril nas je častni član EJD dr. Alex Van Bolderen, ki nam je predstavil, kako je EJD leta 1982 pripravil prvo anketo o delovnih pogojih mladih zdravnikov. Povedal je, kako so se borili proti pritisku starejših kolegov, da je normalno, da specializant dela 60 ur tedensko, ter kako so si prizadevali, da bi evropska direktiva o delovnem času vključevala tudi specializante. Zapisi nekdanjih predsednikov vodstva EJD in pomembni dosežki EJD v preteklih letih so zbrani v zborniku ob 50-letnici ustanovitve EJD.

Delovni pogoji mladih zdravnikov ostajajo v središču delovanja EJD. V zadnjih letih je EJD pripravila več dokumentov s tega področja, zadnji – Poročilo REST-JD – predstavlja analizo raziskave o delovnem času specializantov po Evropi. Rezultati kažejo kršenje evropske direktive o delovnem času v večini sodelujočih držav in povezavo z nezadovoljstvom specializantov s svojim delom (kar prispeva k začaranemu krogu odhodov iz poklica). Vodstvo EJD je že in še naprej predstavlja rezultate na srečanjih z različnimi delovnimi telesi Evropske unije, ki delujejo na področju zdravstva, ter regijskemu uradu SZO za Evropo, s ciljem ozavestiti odločevalce o problemu in spodbujati k iskanju rešitev – da pogajanja ne temeljijo samo na občutkih, ampak na podatkih iz raziskav. Več o Poročilu REST-JD si lahko preberete v prispevku v marčevski številki Isis. Pred prvim majem, praznikom dela, pa je potekala o tej temi in o duševnem zdravju zdravnikov tudi novinarska konferenca ZZS. Mednarodno srečanje o tej temi, EJD-akademija, je v sodelovanju s SZO za delegate EJD potekalo decembra 2025. Podpredsednica EJD Mingle Tumpickaite je pripravila tudi poglobljen povzetek.

Kaj sodelovanje v EJD pomeni za njihovo državo, so na skupščini EJD predstavili delegati različnih držav. Baltske države so izpostavile, da so na skupščinah EJD ugotovili, da imajo podobne težave. Zato so se povezale med sabo, trenutno se medsebojno podpirajo pri izobraževanju iz vojne medicine. Podobno so tudi skandinavske države izpostavile, da se srečujejo tudi v času med EJD-skupščinami, na EJD-skupščinah pa pridobijo različne perspektive iz drugih evropskih držav. Hrvaška je predstavila, da so tudi s podporo EJD dosegli, da se je spremenila zakonodaja glede plačevanja specializacij in obveze vračila denarja za specializacijo. Romunija je izpostavila, kako lahko prenesejo primere dobre prakse v svojo državo, da se borijo za boljše delovne pogoje. Delegatki iz Slovenije pa sta izpostavili podporo vodstva EJD in skupščine slovenskim zdravnikom med stavko leta 2024, kjer smo izjavo podpore EJD vključili v odmevno tiskovno



Udeleženske spomladanske skupščine EJD iz Slovenije. Z leve: Alenka Bahovec, Valentina Pugelj (članica vodstva EJD za podiplomsko izobraževanje) in Polona Gams Brulc.



Skupinska slika udeležencev na spomladanski skupščini EJD 2026 v nemškem mestu Bad Nauheim

konferenco Mladih zdravnikov Slovenije.

Med rednimi polletnimi poročili držav članic EJD je izstopala tema spolnega nadlegovanja na delovnem mestu. Nizozemska in nemška organizacija sta namreč izvedli večji anketi s tega področja in rezultati so resnično zaskrbljujoči. V Nemčiji 82 % sodelujočih zdravnic ni prijavilo spolnega nadlegovanja, če so ga doživele, saj niso pričakovale, da se bo karkoli spremenilo. Zelo je problematično, da se zlorabe dogajajo med sodelavci, da je prisotna zloraba višjega položaja in da si ne upajo poročati tudi zato, ker se bojijo težav pri kariernem napredovanju; spodbuja se nekakšna naučena nemoč (angl. »learned helplessness«). Nizozemska je izpostavila težavo, da si nekateri želijo podati prijavo anonimno, a potem je težko karkoli ukrepati. Velik problem je tudi »bystander effect«, da lahko neprimernemu vedenju ali opazkam prisostvujejo drugi zaposleni, a nič ne rečejo ali naredijo. Predstavniki mednarodne evropske zdravniške organizacije CEOM nas je seznanil, da so razvili enoten obrazec za poročanje o nasilju na delovnem mestu. Delegati na skupščini EJD smo se strinjali, da gre za pomembno temo, ki jo je treba dalje obravnavati.

Med skupščino je potekala okrogla miza »Zdravstvo na prelomnici«. Sodeloval je tudi Aurimas Pečkauskas,

nekdanji minister za zdravje iz Litve, ki je poudaril, kaj je pomembno za vzdržnost javnega zdravstvenega sistema z besedno igro iz angleščine: »right« – 4R – »right patient in the right place, right specialist with the right tasks, right salary for the right work, right leader in the right position«. Ostali sodelujoči na okrogli mizi iz različnih mednarodnih zdravniških organizacij (Kitty Mohan, CPME, Pedro Barata, EMSA, Estrella Porter, WMA, Anna Klesmite Bluma, članica sedanjega vodstva EJD, Tiia Möttönen, nekdanja članica vodstva EJD, ki je sodelovala v odpravi Rdečega križa v Bangladešu) so predstavili svoj vidik, kje vidijo zdravstvo na prelomnici. Države želijo nove študente medicine, ne prizadevajo si pa dovolj za zadrževanje kadra. Problem je povečanje števila mest za študij in hkrati premalo učiteljev, kar postane nevarno za padec ravni znanja. Sedanji študenti razmišljajo drugače in kaže se manjše zanimanje za določene specializacije. Tisto, kar motivira zdravnika, da izbere zahtevno specializacijo, so npr. strokovni izzivi; v pomoč so dobri odnosi v delovnem okolju. Ob preveliki količini dela narašča tveganje za napake, prometne nesreče pri vračanju z dela, odvisnosti med zdravniki. Za mlade zdravnike je veliko breme administrativno delo in da velikokrat nimajo dovolj vpliva, dosega, da bi

lahko karkoli spremenili, tudi če imajo predloge za izboljšave. Zato bi bilo smiselno, da dobijo priložnost za sodelovanje pri spremembah. Sodelujoči so se strinjali, da se iz zadnje preizkušnje za zdravstvo, pandemije covida-19, žal nismo naučili dovolj. Na žalost obstaja velik razkorak med obljubami iz časa pandemije, kako se bo sistem bolje pripravil na krizno situacijo v prihodnosti, in realnostjo. Zdravstveni sistemi se ne smejo več zanašati, da bosta vzdržljivost in žrtvovanje zdravstvenih delavcev kompenzirala šibkosti sistema. Resnično odporni zdravstveni sistemi bodo odvisni od tega, ali si res želimo pridobiti nove zaposlene in zadržati, zaščititi in motivirati že obstoječe zaposlene, ki v teh zdravstvenih sistemih delajo.

V EJD je možno spoznati širšo perspektivo iz več različnih držav in dati prostor za razpravo med državami. Podpora državam članicam, medsebojno povezovanje in izmenjava izkušenj ostajajo med glavnimi cilji EJD tudi v prihodnosti. Na skupščini smo namreč soglasno podprli strategijo EJD za naslednjih pet let. Članice EJD smo si med seboj različne, prihajamo iz različnih zdravstvenih sistemov, iz različnih organizacij (sindikati, zbornice, prostovoljne organizacije) in različnih kultur. Strategijo in delovanje EJD usmerja vizija Evrope, kjer mladi zdravniki skupaj opredeljujejo in izboljšujejo pogoje, pod katerimi delajo, se usposablajo in služijo svojim pacientom.

Delegatki iz Slovenije se veseliva naslednje skupščine EJD, ki bo 6. in 7. novembra letos v Ljubljani v organizaciji ZZS. Vabilo deliva vsem mladim zdravnikom, ki jih zanima mednarodno sodelovanje, da se javijo na [mladi.zdravniki.slo@gmail.com](mailto:mladi.zdravniki.slo@gmail.com), saj bo evropska skupščina v Ljubljani odlična priložnost spoznati delovanje EJD.

**Alenka Bahovec, dr. med.,  
spec. druž. med.**

**Asist. dr. Polona Gams Brulc, dr. med.,  
spec. anest., reanimatol. in  
periop. int. med.**

# Izbrano iz Isis

Isis, julij 2026, št. 7

Črt Marinček

**Uvodnik:** Asist. dr. Maja Ebert Moltara poda celovit pregled o napredku slovenske paliativne oskrbe in vse večji ozaveščenosti na strokovni in državni ravni.

**K naslovnici:** Akademik prof. dr. Franc Strle zanimivo odgovarja na vprašanja doc. dr. Marka Pokorna o lymfski boreliozi in klopno prenosljivih boleznih.

**Zbornica:** »Tobačni dim vsebuje več kot 7000 zdravju škodljivih snovi,« opozarja pnevmologinja Anja Ilovar Bezjak s klinike Golnik.

**Debelost je kronična bolezen – čas je, da jo tako tudi obravnavamo:** »Ne zdravimo teže, ampak bolezen, ki stoji za njo«: Pereč problem so izpostavile prof. dr. Mojca Jensterle Sever, Urška Kšela, dr. med., doc. dr. Jana Makuc, dr. med., in Alenka Simonič, dr. med.

**Kampus Vrazov trg MF UL – pogled v preteklost in prihodnost:** Jedrnato poročilo štirih strokovnjakov s področja medicine in arhitekture, kaj smo imeli in kaj pridobivamo na Vrazovem trgu.

**Kirurška humanitarna odprava v Tanzanijo 2026:** Zapis doc. dr. Jurija Gorjanca, tudi s pomočjo odličnega fotografskega gradiva, slikovito poda strokovno poročilo o delu desetčlanske ekipe v osrednji Tanzaniji.

**50 let nove stavbe UKC Ljubljana:** Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec jedrnato predstavi zgodovinski pregled bolnišničnega zdravljenja v Ljubljani in potek gradnje UKC z vsemi najpomembnejšimi strokovnimi in kadrovskimi podatki.

**Jože Pirjevec: Kardelj – socialistični utopist na oblasti** je podrobna analiza obširne knjige, obogatena z nazornimi podatki akademičarka prof. dr. Marjana Kordaša.

**Gorenji Podšumberk, ena granata, trije heroji in telepatija** ter **Kako je vražji fant z Muljave povozil hudiča:** Primarij Jože Darovec nas ponovno razveseli z dvema duhovitima prispevkoma.

**Ars Hippocratis:** Kolega dr. Zdenka Čebašek - Travnik in saksofonist Andrej Omejc, dr. med., poročata tudi o drugi uspeli kulturni prireditvi.

**Zavodnik: Naša primerjava z nekaterimi avstrijskimi revijami Isis** je točno to, kar vsebuje naslov. Slika navdušenega kolesarja Marjana Kordaša pa pove vse.

---

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

## Pismeni, polpismeni ...?

Nina Mazi

O pismenosti izobraženci, zlasti naravoslovci, ne razmišljamo in ne razpravljamo prav pogosto, ko pa se je lotimo, so na tapeti predvsem njene slabosti in pomanjkljivosti. Seveda le pri drugih, pri čemer pa sami niti za trenutek ne podvomimo v svoje sposobnosti, znanje, izkušnje in kompetence na tem področju. Ker formalnoprav-

no nepismenih zdravnikov pač ni, jih nikoli ni bilo in jih ne more biti.

O pismenosti je naše omizje zadnjikrat bolj poglobljeno razmišljalo in modrovalo letos marca, ko smo prvič v zgodovini obeležili nacionalni dan branja. Tedaj smo vsi po vrsti priznavali, da premalo, preveč poredko, le mimogrede

in prepovršno beremo, posledično pa tudi pišemo. Ko sem izjavila, da rada in z veseljem berem in pišem tudi za kolege, so ostali priznali, da si vsak mesec znova z zanimanjem privoščijo kanček bralnega razkošja ob naši reviji Isis. Pri tem so posebej izpostavili in pohvalili dve rubriki: recenzije aktualnih knjig in Forum. Obe jih s svojo aktualnostjo, poučnostjo in informativnostjo spodbujata k razmišljanju in delovanju.

Ko smo se dotaknili pismenosti zdravnikov, smo si bili prav tako skoraj enotni. Pri čemer je iz besede v besedo postajalo vse bolj jasno, da je v prejšnjem stavku besedica »skoraj« pomembnejša od njene naslednice »enotni«. Kmalu se je vsul plaz opažanj, očitkov, izkušenj in ugotovitev – vse od »škatelj«, s katerimi nas je šokiral bivši profesor, do kolegov, ki v pogovoru in pri pisanju nenehno uporabljajo skromen besedni zaklad in temu primerno v nedogled ponavljajo iste izraze. Naša kritična analiza je nato postajala vse bolj podrobna in utemeljena. Ugotovili smo, da zdravniki (kot vrhunski izobraženci – kolega psiholog raziskovalec nas je označil za intelektualno elito naroda) žal še vedno ne razlikujejo med določno in nedoločno obliko pridevnikov. Prav tako se pogosto zatakne pri uporabi svojilnih in povratno svojilnih zaimkov moj in svoj, predlogov s in z ter k in h. V nebo vpijoč primer ignorance pa je raba glagolov »morati« in »moči« – »Včera smo mogli opraviti kar pet operacij ... Mogli bi priti jutri, ko ste naročeni, ne pa že danes ... To boste mogli urediti na zavarovalnici ... Moreš me naučit ...«. Naštetim zagatam stopa ob bok nepravilna raba ali celo ignoriranje dvojine – ta je pri nas še vedno trdno v sedlu, kot tudi dosledna raba množine pri vikanju. Problem je tudi glagol rabiti, ki je kot hrvatizem vdrl v slovenščino in se v njej očitno dobro počuti, saj prodira v vse pore ne le govornega, marveč tudi pisnega izražanja – »Jutri ne rabite priti, ker sem odsoten ... Izvidov ne rabiš vsakič nositi s seboj ... Ne rabite

nas klicati, napišite nam ... Ne rabiš se sekirati ...«. Sledijo razni pogovorni izrazi, kot so: *tuki, tm, pejd, prid, pokličte, pridte, zdržite, počakate, potrpte, morte* ipd. Nekatere izmed naštetih besed s tem postanejo neprepoznavne in nerazumljive, pa tudi zavajajoče, podobno kot *vržt, strižt, strežt, skrčt, prpet, splošct* ... Poleg hrvatizmov in balkanizmov, kot so *ajde* namesto na svidenje, se vse bolj uveljavljajo tudi drugi »izmi«, od legendarnega italijanskega *ciao*, ki je kot poslovenjeni *čav* postal že nepogrešljiv del pozdrava na začetku in koncu komunikacije – ne le pogovorne, ustne (med prijatelji, kolegi, sorodniki in znanci), marveč tudi pisne – do vse bolj »ponarodelih« *bai, kul, haj, komp, foun, probat* ipd. Nekateri izmed teh »izmov« se uporabljajo tudi v prenesenem pomenu – kot na primer *štep*, ki ni več povezan le s šivanjem, marveč v besedni zvezi »štep ure« pomeni »čepeti na delovnem mestu in križem rok nabirati manjkajoče ure prisotnosti«. Če se bo ta trend nadaljeval in ne bo nihče odločno potegnil ročne zavore, se naš jezik lahko kaj kmalu spremeni v nerazumljivo »spakedranščino«.

Taki in podobni spodrsrljaji in napake se dogajajo tudi med zdravniki in njihovimi sodelavci, v zdravstvu, zato o kakšni vrhunski pismenosti in jezikovni odličnosti med nami (predvsem v javnem zdravstvenem sektorju) zaenkrat (še) ni ne duha ne sluha. Razmer v zasebnem sektorju s kolegi iz našega omizja žal ne poznamo dovolj, zato jih tudi nismo posebej obravnavali. Bo pa ob trendih, ki se napovedujejo z novo vladno garnituro, kmalu postalo jasno, kaj se tam dogaja.

Ker se je med našo jezikovno razpravo in tudi kasneje izkazalo, da si vrsta zdravnikov bralno pismenost in bralno kulturo predstavlja čisto po svoje, spoštovanim kolegom v pojasnilo in razmislek ponujam še nekaj strokovnih, znanstveno preverjenih podatkov, informacij in dejstev, povezanih s pismenostjo in bralno kulturo.

V naši državi želimo doseči raven bralne pismenosti, ki bo vsakomur v Sloveniji omogočala optimalen razvoj sposobnosti za dejavno življenje in delo. Z vzpostavitvijo pogojev za učinkovit razvoj na področju bralne pismenosti bomo dosegli razvoj in gospodarski napredek, izvajali politiko trajnostnega razvoja in krepili socialno kohezijo. Tudi proces vseživljenjskega učenja je na nacionalni ravni možno učinkovito udejanjati le s stalnim razvijanjem bralne pismenosti. Bralna pismenost je zmožnost posameznika za razumevanje, kritično vrednotenje in uporabo pisnih informacij. Vključuje razvite bralne veščine, (kritično) razumevanje prebrane in bralno kulturo – pojmovanje branja kot vrednote in motiviranost za branje. Bralna pismenost in bralna kultura sta osnovi za razvijanje drugih specifičnih pismenosti: naravoslovne, družboslovne, medijske, vizualne, digitalne, finančne, zdravstvene, kulturne, funkcionalne in ostalih vrst pismenosti, ki so nepogrešljive za razvijanje posameznikovih sposobnosti ter njegovo uspešno vključevanje v družbo.

Zdravstvena pismenost je sinonim za sposobnost prepoznavanja, branja, spremljanja, razumevanja, sporočanja, ustvarjanja in uporabe zdravstvenih podatkov in informacij pri sprejemanju odločitev in ukrepov ter upoštevanju priporočil in navodil, povezanih z zdravjem.

Ob opredelitvi, ki je naše sicer zgovorno omizje pustila brez besed, se je treba resno zamisliti in se vprašati, kdo je pri nas sploh oziroma resnično »zdravstveno pismen«.

# Bolniška ni vedno bolniška

Marjan Fortuna

Potem ko so v času nemškega kanclerja Otta von Bismarcka leta 1883 uvedli obvezno zdravstveno zavarovanje za delavce, se je tak način zdravstvenega zavarovanja uveljavil v mnogih državah Evrope in sveta. To je pomenilo velik korak k zaščiti delavcev za njihovo socialno varnost v času nujne odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodb in velik civilizacijski dosežek.

Trajanje in višina nadomestila za bolniško odsotnost pa sta v Evropi urejena zelo različno. V nekaterih državah gre plačilo bolniške odsotnosti od prvega dne dalje v breme zavarovalnice, mi smo se pa odločili, da gre v začetku na račun delodajalca (pri nas 30 dni), nato pa v breme zavarovalnice.

Če smo iskreni, se je plačilo bolniške odsotnosti pogosto začelo zlorabljati tudi takrat, ko to ni upravičeno. Tudi sam imam precej izkušenj, da so se ljudje zatekali k možnosti (pre)lahkega dostopa do uveljavljanja bolniške odsotnosti tako za nego družinskega člana kot zase. Bolniška odsotnost se

zlorablja za beg v odsotnost zaradi mobinga ali drugih težav na delovnem mestu, za podaljšanje dopusta, delo na črno in podobno. Nema lokrat sem bil deležen izsiljevanja bolniške odsotnosti celo za nazaj in zdravnik nima nikakršnih možnosti, da ne bi popustil zahtevam bolnikov, razen če se ne spusti z njimi v spor. V praksi je namreč pogosto tako: »Bom šel pa na bolniško.« »Ja kdo ti jo bo pa odobril?« »Moj zdravnik mi jo odobri, kadar želim.« (!?) Taki in podobni odgovori niso bili izjema, bile so pa tudi grožnje, celo fizične. Verjamem, da se to dogaja večini zdravnikov.

Ne bi se spuščal v razloge za bolniške odsotnosti, ker je teh toliko, kolikor je bolniških odsotnosti, dejstvo pa je, da moramo na tem področju uvesti več reda in nadzora glede trajanja in tudi višine bolniškega nadomestila.

Ker je to velik zdravstveno-finančni problem, je povsem nelogično, da morajo bolniško odsotnost delno pokrивati delodajalci. Sistem vzajemnosti plačevanja bi moral veljati od prvega dne dalje v breme zdravstvenega zavarovanja, in ne šele po dolo-

čenem času. Že to spreminjanje časa plačevanja bolniške s 30 dni na 15 in 20 dni kaže na nekonsistentnost naše zdravstvene politike. Zlasti je nelogično, da mora biti delodajalec tisti, ki krije bolniško odsotnost tudi pri programskih oziroma načrtovanih zdravstvenih obravnavah in takih, kjer je mogoče na osnovi izkušenj predvideti, koliko časa je potrebna bolniška odsotnost pri nekem zdravstvenem problemu.

Vem, da moji pomisleki ne bodo naleteli na razumevanje in odobravanje, morda bom deležen celo kritike, ponavljam pa, da ni niti logično niti prav, da delodajalci sploh plačujejo bolniško odsotnost, razen za odsotnost zaradi poklicnih bolezni ali poškodb pri delu in v zvezi z delom.

Sistem zavarovanja, ki temelji na vzajemnosti, ni nič drugačen pri zdravstvenem zavarovanju kot pri zavarovanju nepremičnega ali premičnega premoženja ter drugih oblikah zavarovanja.

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

DOMUS  MEDICA



OBIŠČITE NAŠO SPLETNO STRAN  
[WWW.DOMUSMEDICA.SI](http://WWW.DOMUSMEDICA.SI)

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

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

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



**INFORMACIJE:**

Andreja Stepišnik

01 30 72 194

[andreja.stepisnik@zss-mcs.si](mailto:andreja.stepisnik@zss-mcs.si)

# Inž. Anton Banko (1927–1986) – slovenski pionir očesne mikrokirurgije

Pogovor s sinom, dr. Williamom Bankom ob 40-letnici spomina nanj  
in ob predaji dediščine Očesni kliniki UKC Ljubljana

Zvonka Zupanič Slavec

Posebna radost nas preveva, kadar v zakladnici slovenskega naroda obstane tisto, kar je dragoceno in težko ustvarjeno. Takšen je tudi primer slovenske družine Banko, ki je maja 1962 odšla v New York in si tam ustvarila novo življenje. Bili so izvorni misleci, katerih sposobnosti se v takratnem družbenem okolju niso mogle razvijati. Glava družine, inženir Anton Banko, rojen 1927 v Kanfanaru pri Pulju v Istri, je imel po študiju strojništva v Ljubljani izjemen tehnični potencial, ki ga je hitro razvijal v podjetju *Cavitron Ultrasonics Corporation*, kjer je postal vodja razvoja. Podjetje je bilo specializirano za uporabo ultrazvoka in izdelkov v zobozdravstvu. Nekega dne leta 1965 se je nanje obrnil oftalmolog dr. Charles David Kelman (1930–2004) z željo po ultrazvočni napravi, ki bi lahko skozi minimalni rez v očesu razbila motno očesno lečo – katarakto. Dr. Kelman je namreč pri svojem zobozdravniku opazil Cavitronovo ultrazvočno napravo za čiščenje zobnega kamna in dobil idejo, da bi ultrazvok uporabil za razbitje katarakte ter odstranitev leče skozi majhen rez. Že vrsto let pred tem je zaman poskušal odstraniti katarakto z mehanskimi napravami. Za genialnega inž. Antona Banka (1927–1986) je bil to pravi izziv. Lotil se ga je z izjemno natančnostjo in dosegel preboj, ki je preoblikoval klasično kirurgijo katarakte. Do tedaj je poseg zahteval 10- do 13-milimetrski rez, dva tedna hospitalizacije, mesec bolniškega staleža, posledica pa so bili pogosti zapleti in vid, ki ga je bilo treba nato še korigirati z očali. Njegova inovacija je zmanjšala operativni rez na vsega 2 mm, omogočila ultrazvočno razgradnjo motne leče skozi to drobno odprtino in pozneje tudi vstavev nove zložljive znotrajočesne leče.

V letih, ki so sledila, se je ta razvoj izoblikoval v pravo revolucijo v oftalmologiji; vodili so ga predvsem mladi specialisti. Čeprav se mnogim to zdaj zdi skoraj čudežno, so bili začetki težavni s pogostimi resnimi zapleti. Kot je povedal prof. dr. Marko Hawlina, je pri prvih operacijah pogosto prišlo do predrtja le 4 mikrone debele lečne ovojnice in potonitve jedra leče v steklovino. Drug hud zaplet je bila trajna zamotnitev roženice zaradi okvare endotelne celice z ultrazvokom. To so bili resni zapleti, ki jih v tistih časih in še danes ni enostavno reševati. Povedno je, da je bil vrhunski okulist prof. Michael Ulrich Dardenne (1924–2001), ki je s to metodo začel operirati v Nemčiji, še leta 1980 zaradi očitkov o neetičnosti skoraj izključen iz nemškega oftalmološkega združenja. Razvoj je zahteval vztrajnost in številne tehnične izboljšave, dokler postopek ni postal splošno sprejet. Tu je imel inž. Banko ključno vlogo, ker je s kirurgi stalno izboljševal svoje instrumente, da so postali varni.

Leta 1968 je inž. Anton Banko ustanovil lastno podjetje, kjer je nadaljeval raziskave, razvoj, proizvodnjo in izpopolnjevanje različnih instrumentov za očesno kirurgijo. Razvil je tudi vse instrumente za vitrektomijo skozi majhen rez in že leta 1968 patentiral instrumente in kirurške tehnike za vitrektomijo, čeprav je prvi poseg z drugo aparaturo leta 1970 opravil dr. Robert Machermer (1933–2009). Inž. Banko in dr. Kelman, nominiran za okulista stoletja, sta v začetnih letih intenzivno sodelovala. Od leta 1970 je slednji v posebnem laboratoriju začel tehniko poučevati druge kirurge, kar je pomenilo začetek njenega svetovnega razmaha. Banko, genialni tehnični vizionar, je celostno razumel tako zahteve ultrazvočne naprave kot pretoka tekočin in fiziološke potrebe človeškega očesa.



Inž. Anton Banko leta 1964 kot vodja razvoja  
v podjetju *Cavitron Ultrasonics*, Long Island  
City, New York.

Koncept je vseskozi izpopolnjeval in omogočil njegovo uvedbo v standardno oftalmologijo.

Leta 1980 je predstavil *Ocusystem*, najnaprednejši fakoemulzifikacijski sistem na svetu. V njegovem podjetju so se učili kirurgi z vsega sveta. Njegov uspeh je rasel, njegovo delo pa je leta 1986 prekinila neozdravljiva bolezen; umrl je star še nepolnih 59 let. Takrat je njegov sin dr. William Banko zaključil študij medicine in nadaljeval očetovo delo ter s pomočjo priznanih okulistov iz ZDA in zlasti Evrope dalje razvijal sistem *Ocusystem*. Pri tem mu je od leta 1992 pomagal konstrukcijski genij Marijan Košak s sinovoma Markom in Marijanom ter hčerko Matejo, ki so v Ljubljani izdelali novi *Ocusystem Advantage*.

Stalna razstava o Antonu Banku na Očesni kliniki v Ljubljani je nastala na pobudo prof. Hawline (2025), v sodelovanju dr. Williama Banka in inž. Marka Košaka, ki je oblikoval razstavo, ter bila odprta 31. marca



Trije slovenski oftalmologi pred ustanovo The Mackool Eye Institute v New Yorku (1989), kjer so si prvič ogledali novo operacijo sive mrežne s fakoemulzifikacijo. Operacijo je takrat že rutinsko izvajal dr. Richard Mackool, eden pionirjev te metode, z aparaturami inž. Antona Banka.

2026 z več strokovnimi predavanji. Donirali sta jo družini Banko in Košak. Ob stoletnici leta 2027 razstava predstavlja trajen spomenik mikrokirurškim inovacijam Antona Banka.

Ob tej priložnosti sem imela čast opraviti intervju z dr. Williamom Bankom (r. 1955), ob prisotnosti prof. dr. Marka Hawline in sina Marijana Košaka, inž. Marka Košaka.

**Dr. William Banko, kako se spominjate svojega očeta?**

Na svojega očeta imam zelo lepe spomine. S svojimi inovacijami je bil daleč pred svojim časom in njegove ustvarjalne sposobnosti nas še danes osupljajo.

**Povedali ste, da vas je oče vodil s seboj povsod in da ste praktično poznali vse njegove sodelavce. Kako vas je to oblikovalo?**

Oče me je vodil na vse svoje poslovne sestanke in pomembne dogodke. Na primer, bil sem navzoč, ko je dr. Kelman preizkušal prototipe na živalskih očeh.

Prisoten sem bil pri večini srečanj z dr. Charlesom Schepensom na *Retina Foundation* v Bostonu in bil sem tam,

ko je oče skupaj s kirurgi leta 1980 uvajal sistem *Ocusystem*. Takrat je bil *Ocusystem* najnaprednejši fakoemulzifikacijski kirurški sistem na svetu.

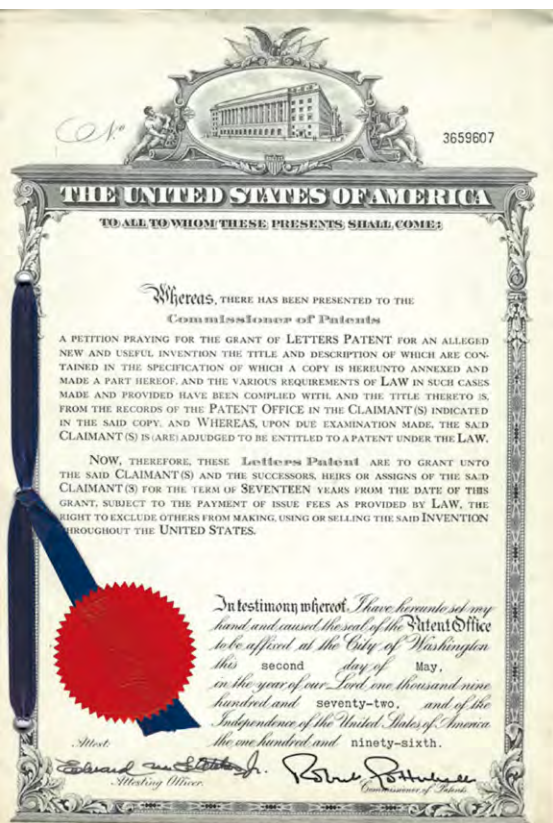
Še danes sem mu hvaležen, da me je vodil na vsa ta srečanja. Dal mi je edinstven vpogled in izobrazbo o tem, kako je sodelovanje nujno za vsak velik napredek, zlasti v odnosu med kirurgi in inženirji.

**Kakšni so vaši spomini na znamenite ameriške oftalmologe, s katerimi je vaš oče sodeloval?**

Dr. Charles Kelman je bil zanimiv kirurg in nadarjen človek. Spomnim se, ko naju je prvič povabil na let s svojim letalom, in spomnim se ga, kako je igral in pel na nacionalnih oftalmoloških kongresih. Bil je zelo ambiciozen in rad je promoviral samega sebe.

Fasciniralo me je, ko ste mi povedali, da je bil dr. Kelman tudi pisec glasbe za Broadway, saksofonist, ki je pel na zdravniških srečanjih. Kako izjemno, da lahko v eni osebi sobivata tako različni lastnosti!

To je zanimivo vprašanje, ki očitno presega področje medicine. Moje mnenje je, da lahko človek, ki je zelo



Eden izmed patentov inž. Antona Banka, ki so sedaj shranjeni v NUK.

radoveden, delaven in ima nekaj talenta, doseže svoje cilje. Ljudje, ki večino časa posvečajo delu in so strastni do tega, kar počnejo, imajo večje možnosti za uspeh. Ko postanejo uspešni, si lahko privoščijo več časa za hobije ali stvari, ki jih zanimajo. Ključ je v tem, da si strasten do svojega dela.

Na primer, Richard Feynman, ameriški fizik in Nobelov nagrajenec, je dejal, da je v bistvu povprečen človek, vendar ga je izjemno fasciniralo, kako deluje svet, zato je večino svojega časa posvetil razmišljanju in učenju fizike.

V resnici gre za to, kako preživljaš svoj čas: ali počneš stvari, ki te približujejo tvojim ciljem, ali pa ga namejnjaš dejavnostim, ki ti ne prinesejo tega, kar bi rad dosegel v življenju.

**Je vaše zanimanje za medicino izšlo iz očetovega dela ali bi sicer izbrali drugo področje?**

Medicina je bila zame naravna izbira zaradi očetovega dela in tudi zato, ker je cilj tega poklica pomagati ljudem.

**Vaše življenje je bilo zaradi dela vaše družine nenehno prepleteno z novimi**

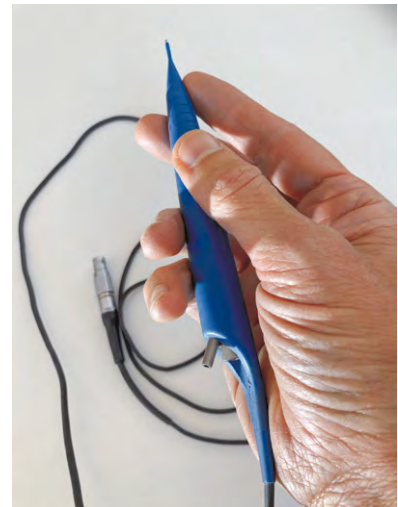
**izzivi, ki jih prinaša razvoj oftalmologije, medicine in sorodnih biomedicinskih področij. Kako vidite prihodnost operativne oftalmologije?**

Največji izziv prihodnosti je, kako zagotoviti operacijo katarakte milijonom ljudi letno, ki nimajo dostopa do visokokakovostnega zdravstvenega varstva. Obstoječa oprema za operacijo katarakte se mora še izboljšati, njena cena pa znižati, da bo operacija dostopna po vsem svetu.

**Katera izmed vaših lastnih patentnih rešitev se vam zdi najpomembnejša?**

Trenutno operacija katarakte zahteva dva ročna instrumenta: enega za ultrazvočno emulzifikacijo katarakte in drugega, t. i. irigacijsko-aspiracijski ročnik, za odstranjevanje kortikalnih ostankov. Verjamem, da bo moj trenutni patent (ameriški patent št. 11,369,513 in mednarodni patenti), ki združuje oba instrumenta v enega, poenostavil in povečal varnost kirurškega posega.

**V Sloveniji se premalo zavedamo izjemnega ustvarjalnega prispevka vaše družine k razvoju operacije**



*Inž. Marko Košak je leta 1997 oblikoval ergonomski fakoinstrument za utekočinjenje očesne leče. Bil je nominiran za Delovo nagrado za industrijsko oblikovanje DIDA.*

**katarakte. Kako je Bankov preboj prišel do ljubljanske klinike?**

Že v letih 1982 ali 1983 sta moj oče Anton in svak Jože Oblak obiskala direktorja Očesne klinike v Ljubljani in mu predlagala, da bi kliniki podarila aparat *Ocusystem*. Direktor je takrat povedal, da za nov pristop k operativnemu zdravljenju še niso pripravljene.

Leta 1988 smo ponovno poslali namero o donaciji na Očesno kliniko in povabili slovenske kirurge na izobraževanje. Prof. dr. Gorazd Kolar, ki je malo pred tem postal predstojnik, se je pozitivno odzval na vabilo. Razlog za predlagano donacijo je bil dvojen. Prvič, moja družina je Slovenijo vedno imela za svoj dom in si je iskreno želela prispevati k razvoju njene tehnologije. Drugič, podjetje *Surgical Design* je v tistem času začelo pridobivati distributerje, ki so *Ocusystem* prodajali v različnih državah (Nemčija, Švica). Zato je bilo povsem naravno, da bi poskušali to tehnologijo pripeljati tudi v Slovenijo.

Po uvedbi fakoemulzifikatorja *Ocusystem* leta 1980 je Anton Banko začel izvajati tečaje tudi o njegovi uporabi. Med predavatelji so bili najizkušenejši očesni kirurgi, na

## Preglednica največjih dosežkov inž. Antona Banka (1927–1986)

- **Izumitelj fakoemulzifikacijskega sistema**, ki je omogočil prehod iz makrokirurgije v mikrokirurgijo sive mreže – enega največjih prebojev v zgodovini oftalmologije. Začetek 1965, patent podeljen 1971.
- **Konstruktor prvega sodobnega fakoemulzifikatorja** (Kelman–Banko), ki je postal svetovni standard in temelj današnjih operacij katarakte. Prvi Cavitronov aparat 1967.
- **Ustanovitelj podjetja *Surgical Design***, pionirskega centra za razvoj oftalmoloških instrumentov v ZDA. Leto 1968.
- **Avtor številnih patentov**, ki so bistveno izboljšali varnost, natančnost in učinkovitost operacij sive mreže.
- **Ustvarjalec sistema *Ocusystem* (1980)** – takrat najnaprednejšega kirurškega sistema na svetu.
- **Ključni inovator, ki je milijonom ljudi s katarakto po svetu povrnil vid**, zmanjšal slepoto v starosti in izboljšal kakovost življenja.
- **Povezovalac med inženirji in kirurzi**, ki je s sodelovanjem z vodilnimi ameriški oftalmologi pospešil globalni razvoj mikrokirurgije.
- **Dobrotnik slovenskega zdravstva**, ki je Sloveniji podaril opremo in izobraževal naše oftalmologe, da so bili med prvimi v Evropi pri uvajanju nove tehnike. Donacija 1988.

primer prof. Thomas Neuhan iz Nemčije. V stavbi *Surgical Design* je bilo celotno nadstropje namenjeno popolnoma funkcionalnemu učnemu laboratoriju za kirurge. Mikroskopi so bili vrhunski švicarski, v laboratoriju je bil prisoten tudi veterinar, ki je skrbel za zajce, potrebne za učenje, preden so kirurgi operirali ljudi.

V januarju leta 1989 (12.–21. 1. 1989) so se nato specialist okulist Primož Logar ter specializanta Vladimir Pfeifer in Marko Hawlina udeležili tečaja *Surgical Design*. Dr. Richard Mackool, ki je tedaj operacije že rutinsko izvajal, je bil plačani svetovalec podjetja in je kirurge sprejel tudi v svojem ambulantsnem kirurškem centru v Queensu v New Yorku.

**S profesorjem Hawlino ste razvili posebno tesen odnos. Bi nam lahko povedali več o tem?**

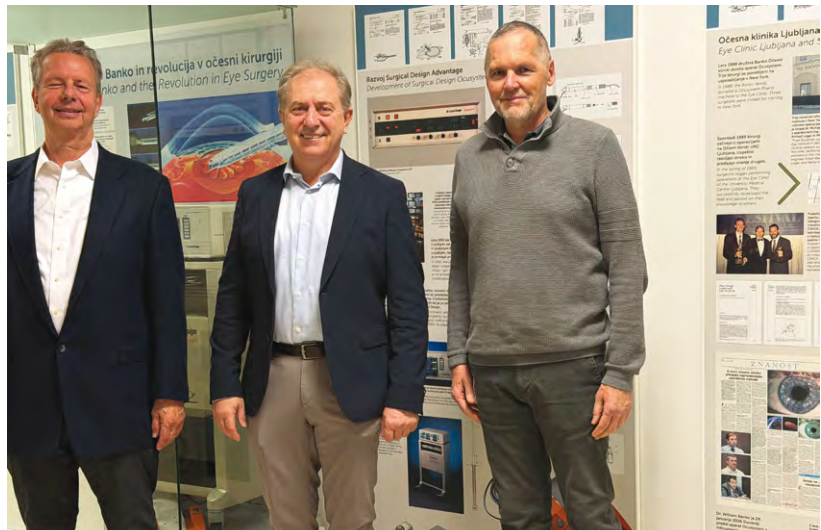
V življenju sem srečal le nekaj ljudi, za katere lahko rečem, da jih je čast poznati, in ki me navdušujejo s svojo inteligenco, prijaznostjo, ustvarjalnostjo in skrbjo za druge. Marijan Košak je bil tak človek. In imel sem privilegij sodelovati z njegovim sinom Markom Košakom, ki je prav tako izjemen človek. Profesor dr. Hawlina je eden najbriljantnejših posameznikov, kar sem jih srečal. Njegova strast do zgodovine in njegova nepopustljiva težnja k odličnosti, zlasti v kirurgiji, sta vredni izjemnega občudovanja.

**Zanimivo je tudi, da je vaša družina – tako v očetovem času kot v vašem – intenzivno sodelovala s slovenskimi strokovnjaki.**

Povsem naravno je sodelovati z ljudmi, ki imajo podobne interese in podobne cilje.

**Marijan Košak je bil konstrukcijski genij, kakršnega si lahko človek le želi za sodelavca. So po vašem mnenju Slovenci bolj zaupanja vredni od drugih narodov ali pa se preprosto bolj držijo skupaj, ko so daleč od domovine?**

To je zanimivo vprašanje, ki bi ga lahko razumeli tudi politično. Človeška narava je takšna, da na tem



Dr. William Banko, prof. dr. Marko Hawlina in inž. Marko Košak pred Očesno kliniko UKC Ljubljana aprila 2026 (foto: Zvonka Zupanič Slavec)

planetu živijo izjemni ljudje in tudi ljudje, ki so zelo destruktivni. To najdemo v vseh narodih.

**Družina je temelj vsakega posameznika, oblikuje nas in nas pripravlja na življenje. Kako se spominjate svoje matere in starih staršev? Je kdo od družinskih članov prišel živet k vam čez ocean?**

Moja mati, Stanislava Banko (rojena Štrukelj), je spodbujala Antona, naj ustanovi lastno podjetje *Surgical Design*, in je vsak dan delala z njim.

**V življenju tkemo vezi, ki jih selitve pogosto pretrgajo.**

Migracija je očitno temeljni del življenja. Fascinantno je, da večina živih bitij migrira, od metuljev do kitov. Ko se ljudje selijo zaradi boljših priložnosti, to ne pomeni, da zapustijo svoje korenine, družino ali prijatelje. Lahko se izkaže, da to prinese nove priložnosti za vse.

**Z veliko predanostjo ste nadaljevali očetovo delo. Je težko stopiti iz te dediščine, čeprav veste, da bo vaša hči ubrala drugačno pot?**

Slediti svoji strasti je najpomembnejši vidik življenja. Moja hči živi v drugačnem svetu, kot sem odraščal jaz, in sledi svojim lastnim strastem.

**Kaj je po vašem mnenju najpomembnejše v življenju?**

Živeti smiselno življenje in ravnati z drugimi tako, kot bi želel, da ravnajo s teboj.

**Vsak pogovor nekaj tudi spregleda. Kaj bi radi dodali?**

Za konec bi rad povedal, da sem zelo hvaležen dr. Jani Kolar, direktorici NUK. Je resnično čudovita in nadarjena oseba, ki je z veseljem sprejela vse očetove dokumente v trajno hrambo v čudovito stavbo NUK. Prav tako sem hvaležen gospe mag. Nataliji Polenec, direktorici Tehniškega muzeja Slovenije, ki je aparate prijazno sprejela v dediščino slovenske tehniške kulture.

**Vsem sodelujočim v intervjuju se prijazno zahvaljujem in tudi čestitam za izjemno opravljeno delo.**

*Slikovno gradivo je iz zbirke dr. Williama Banka, inž. Marka Košaka in prof. dr. Marka Hawlina, za kar se jim zahvaljujem.*

**Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si**

# Poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (PMOS) – novo poimenovanje za sindrom policističnih jajčnikov (PCOS)

Mojca Jensterle Sever, Gašper Tonin

Po 14 letih mednarodnih strokovnih razprav, usklajevanj in oblikovanja nove definicije bolezni je bil dosežen dogovor o preimenovanju sindroma policističnih jajčnikov (angl. *polycystic ovary syndrome*, PCOS). Novico o preimenovanju PCOS v poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (angl. *polyendocrine metabolic ovarian syndrome*, PMOS) je 12. maja 2026 objavila ugledna medicinska revija *The Lancet* (1). Vodilni avtorji dogovora so novico istočasno oznanili na evropskem endokrinološkem kongresu v Pragi, o novem terminu pa so poročali tudi v številnih vodilnih mednarodnih medijih.

## Obravnava mednarodnega termina PCOS in njegove (ne)ustreznosti s terminološkega vidika

Avtorji in organizacije so starejšemu terminu PCOS posredno in neposredno očitali neprijetnost z vidika več različnih terminoloških načel. Termin naj ne bi bil ustrezen, ker ni sledil načelom vsebinske ustreznosti, jezikovne kulture in usklajenosti s pojmovnim sistemom. Čeprav je bil z vidika drugih terminoloških načel mednarodni termin primeren – je namreč ustaljen, jezikovnosistemsko ustrezen in gospodaren – pa so omenjene slabosti prevladale, zato so se strokovnjaki odločili za terminološko intervencijo v obliki eksplicitnega terminološkega dogovora.

Starejše poimenovanje PCOS odraža zgodovinski razvoj spoznanj o tej motnji, pri čemer se je vsebina pojma sčasoma že tako močno spremenila, da termin danes ne poudarja več njego-

vih vsebinskih značilnosti. Bolezen je bila namreč klasično sprva povezana z opisom Steina in Leventhala iz leta 1935, ki sta jo opisala kot strukturno motnjo jajčnikov, ki povzroča različne patologije menstrualnega cikla. PMOS je bil zato najprej znan tudi pod eponimom Stein-Leventhalov sindrom, ki se ga danes ne uporablja več, saj je moderna terminologija bolj naklonjena opisnim imenom. Ena od odločilnih slabosti termina PCOS je, da pretirano poudarja ultrazvočno anatomsko sliko kot osrednjo značilnost celotne motnje, čeprav ta za postavitev diagnoze po sodobnih merilih sploh ni nujno prisotna. Na to težavo je že dolgo pred objavo letošnjega konsenza opozarjalo več avtorjev in organizacij. Vsebinsko neustreznost poimenovanja dodatno pogloblja ožji terminološki pomen termina *cista*, ki usmerja k patološkim cističnim lezijam, medtem ko so strukture, ki so bile opisane pri PMOS, številnejši nepopolno dozoreli folikli.

Dodatno je bil termin neustrezen tudi z vidika jezikovnokulturne ustreznosti, saj naj bi poudarjal stigmat<sup>1</sup>. V mnogih kulturah po svetu je socialni položaj žensk namreč še vedno povezan s plodnostjo in spolnim zdravjem, raziskovalci pa so poudarjali, da lahko uporaba izrazov, ki se neposredno nanašajo na reproduktivne organe, povečuje psihološke obremenitve bolnic. Obenem to, da termin »pozabi« na druge značilnosti bolezni (hitro pridobivanje telesne mase, akne, hirtutizem itd.), odgovor-

1 Več o terminoloških intervencijah, povezanih z vključujočo terminologijo, si lahko preberete v Tonin, G., Fajfar, T., Žagar Karer, M. (2025). Vključujoča terminologija: primer medicinske terminologije. *Jezikoslovni Zapiski*, 31(2), 7–25. <https://doi.org/10.3986/JZ.31.2.01>

nost za te s patofizioloških mehanizmov osnovne motnje preloži na bolnico. Ker ne upošteva tudi drugih naštetih sopojavov, sočasno bolezen nima enake strokovne teže in ne vzbuja primerne nuje po ukrepanju, kar lahko vodi v večje število neprepoznanih in neustrezno zdravljenih bolnic s PMOS.

Nenazadnje pa je bil obstoječi mednarodni termin manj primeren tudi, ker ni bil usklajen s preostalim pojmovnim sistemom. Pri tem ne gre le za raven termina in njegovih elementov, ampak tudi za lastnosti pojma. PCOS je bil obravnavan predvsem kot ginekološka motnja, čeprav prizadene različne organske sisteme, v njegovo obravnavo pa so vključeni strokovnjaki z raznolikih področij. Eden od pomembnih ciljev tega konsenza je bil zagotoviti drugačno mesto PMOS v pojmovnem sistemu – zdaj ga razumemo kot endokrinološko, presnovno in ginekološko motnjo z zapleteno patogenozo, povezano z več organskimi sistemi.

Z novim mednarodnim terminom so avtorji terminološkega dogovora želeli premostiti našete težave, pri čemer so se poskušali izogniti predvsem omembi neustrezne sestavine angl. *polycystic*, obenem pa poudariti, da je za sindrom pomembna motnja več organskih sistemov.

## Metodologija oblikovanja mednarodnega terminološkega dogovora

Obsežen, strukturiran in večstopenjski mednarodni proces preimenovanja je potekal pod okriljem Univerze Monash (vodja prof. Helena J. Teede). Pri pripravi, izvedbi in financiranju dogovora je sodelovalo 56 vodilnih akademskih in kliničnih organizacij ter združenj bolnišnic celotnega sveta. Načela izbire novega poimenovanja so vključevala znanstveno točnost, jasnost,

izogibanje stigmati, kulturno ustreznost in možnost vključitve prevodov termina v obstoječe zdravstvene sisteme.

Za oblikovanje terminološkega dogovora sta bili izvedeni dve globalni spletni anketi, ki sta bili prevedeni v več jezikov (angleščino, kitajščino, nemščino, perzijsščino in malajščino). V raziskavi (skupaj s preliminarno anketo) zbrali kar 22.068 odgovorov zdravstvenih delavcev in oseb s PMOS, kar ta eksplicitni terminološki dogovor uvršča med enega bolj obsežnih v zgodovini moderne medicine. V proces preimenovanja je bilo vključenih več strok: endokrinologija, ginekologija, reproduktivna medicina, dermatologija, psihologija, klinična prehrana in primarno zdravstveno varstvo.

Za strukturirano oblikovanje soglasja je bila uporabljena prilagojena delfska metoda, ki temelji na ponavljajočih se krogih anonimnega glasovanja in povratnih informacij, kar preprečuje prevlado vpliva posameznih udeležencev. Strukturirane delavnice s tehniko nominalne skupine, pri katerih so sodelovale manjše skupine strokovnjakov in oseb s PMOS, so omogočile sistematično oblikovanje, vrednotenje in razvrščanje terminoloških »kandidatov« za novi termin. Prepoznavnost, sprejemljivost in možnost za vključitev predlaganih terminov v različna kulturna in jezikovna okolja so bile ovrednotene s tržnimi in implementacijskimi analizami, vključno z učinkom na bolnike, bolnišnice, raziskovalce in zdravstveno politiko.

Za prenos novega termina v prakso je bilo zasnovanih osem zaporednih stopenj, ki zajemajo vse od posodobitve znanstvene literature, kliničnih smernic, medicinskih učnih načrtov, elektronskih zdravstvenih kartotek in informacijskih sistemov do vključitve termina v mednarodno klasifikacijo bolezni (angl. *International Classification of Diseases*, ICD), v kateri naj bi PMOS dokončno nadomestil PCOS leta 2028.

Spremembo poimenovanja je v zaključni fazi podprlo 86 % bolnic s PMOS in 71 % zdravstvenih strokovnjakov, kar za tako temeljno terminološko spremembo predstavlja visoko stopnjo soglasja.

## Utemeljitev slovenskega prevoda večbesednega termina

Pri oblikovanju slovenskega termina je nujno, da izhajamo iz pojma, obenem pa poskušamo oblikovati večbesedni termin, ki bo odseval priporočila mednarodnega terminološkega dogovora. Obenem mora biti ta dovolj »trpežen«, da se bo sčasoma ustalil v stroki brez sočasnega razvoja »tekmecev«, ki bi utegnili kaliti enotnost terminologije. Pri tem bo imela torej na izrazni ravni nekoliko večjo težo usklajenost z mednarodno terminologijo, a bomo obenem upoštevali, da mora tudi slovenski termin slediti uveljavljenim terminološkim načelom. Čeprav to v terminološki vedi še zdaleč ni pravilo, pa se v tem primeru zdi pomembno, da nov termin vsaj poskuša slediti mednarodnemu kratičnemu terminu, saj se je tudi v slovenščini že prejšnji kratični termin PCOS uveljavil bolj kot njegova razvezava – kar lahko upravičeno pričakujemo tudi pri novem terminu. Avtorji konsenza so sicer že pri oblikovanju mednarodnega poimenovanja predvideli, da mora biti to tako, da ga bo mogoče uporabljati tudi v različnih svetovnih jezikih, zdravstvenih sistemih in lokalnih klasifikacijah.

Ker so se že avtorji konsenza poskušali izogniti *policistični bolezn* in poudarku, da gre le za bolezen *jajčnikov*, je smiselna oddaljitev od trenutnega termina *sindrom policističnih jajčnikov*. Jedro angleškega večbesednega termina je angl. *syndrome*, druge sestavine pa so mu podrejene v pridevniški vlogi. Mednarodno poimenovanje tako poudarja, da gre

obenem za 1.) sindrom, ki vključuje več žlez z notranjim izločanjem (angl. *polyendocrine*), 2.) presnovni sindrom (angl. *metabolic*) in 3.) s patologijo jajčnikov povezano motnjo (angl. *ovarian*).

Pri oblikovanju slovenskega izraza se postopek zaplete že pri prvi sestavini, angl. *polyendocrine*, saj bi angl. *endocrine* v slovenščino načeloma prevzeli z izraženim prevzemanjem, torej kot *endokrini*, obenem pa morfem angl. *poly-* lahko s kalkiranjem prevzamemo tudi kot *mnogo-* ali *več-*. Tako bi lahko prvo sestavino prevajali kot *mnogoendokrini/večendokrini* ali *poliendokrini*. Z vidika jezikovnosistemske ustreznosti je sicer morda primernejše, da v isti besedi ne uporabljamo hkrati izraženega prevzemanja in kalkiranja morfemov, zato se zdita termina *mnogoendokrini* in *večendokrini* manj ustrezna. Obenem pa nas jezikovnokulturno načelo, ki stremlji k uporabi neprevzetih besed in njihovih delov, usmerja ravno k tema dvema terminoma – po drugi strani pa v slovenski medicinski terminologiji že uporabljamo uveljavljene termine z izraženo prevzetim morfemom *poli-* (npr. *poliurija*, *olidipsija*, *polinevropatija*, *polidaktilija*, *policitemija*). Ravno zaradi slednjega in ker nas k terminu *poliendokrini* usmerja tudi mednarodni kratični termin PMOS, se zdi najbolj smiselno izbrati pridevnik *poliendokrini*.

Pri naslednjem prilastku angl. *metabolic* smo soočeni s podobnimi težavami, pri čemer si nasprotujeta jezikovnokulturna ustreznost in usklajenost z mednarodno terminologijo ter kratičnim terminom. Angl. *metabolic* bi lahko namreč prevzeli kot *presnovni*, a bi s tem odstopili od kratičnega termina, v rabi strokovnega jezika pa bi se zelo verjetno začeli pojavljati terminološki sinonimi, ki bi bili različni prav v tej sestavini (podobno kot danes soobstajata tako *presnovni* kot *metabolni/metabolični sindrom*). Poleg tega se tudi ta izraženo prevzeti vrstni pridevnik

uporablja že v več različnih večbesednih terminih (npr. *metabolna/metabolična acidoza*, *metabolni/metabolični ekvivalent*). Čeprav bo ob tem morda koga zaskel jezиковni občutek, se zdi **v tem primeru** bolj smiselno uporabiti prevzeti vrstni pridevnik, a se moramo ob tem še vedno odločiti med *metabolični* in *metabolni*. Obširnejšo razpravo o tej terminološki uganki so že pisali kolegi na Oddelku za terminologijo (2). Današnji pregled ustaljenosti obeh terminoloških sinonimov nam pokaže podobno pojavnost v strokovnih besedilih, pri čemer se celo malce pogosteje pojavlja oblika *metabolni*. Temu lahko dodamo, da so bili verjetno termini, kot so *anabolični*, *katabolični* in *metabolični*, tvorjeni pod vplivom angleškega besedotvorja (iz angl. *metabolic*). Z vidika besedotvorja bi izpeljanko *metabolični* v slovenščini namreč najverjetneje tvorili iz *metabolike*, pri čemer bi prišlo do soglasniške premene *-k-* v *-č-*, podobno tako *pomik* → *pomičen* in *proteomika* → *proteomičen* (čeprav se bo v tem primeru morda začela uporabljati tudi oblika *proteomski*, podobno kot *metabolom* → *metabolomski*; ob tem je seveda *metabolski* zaradi neustaljenosti neustrezno). Zaradi naštetega se zdi najustreznejši prilastek *metabolni*.

Tudi pri zadnjem pridevniku trčimo ob podobne težave, rešitev pa je tu nekoliko bolj nedvoumna. Čeprav je bilo pri terminu PCOS poimenovanje še smiselno sloveniti kot *sindrom jajčnikov*, pa želijo avtorji konsenza odstopiti od take strukture večbesednega termina. Ker iz *jajčnikov* v slovenščini težko tvorimo pridevnik – »*jajčniški*« ali »*jajčićni*« se ne zdi ustrezno – bi morali tvoriti pridevnik iz izraženo prevzetege *ovarija* → *ovarijski*.

Naštete sestavine v večbesednem terminu sicer lahko povežemo na več različnih načinov, a se najustreznejše zdi poimenovanje *poliendokrini metabolni ovarijski sindrom*. Tako sledimo mednarodnemu izrazu, obenem pa

prve črke besed tvorijo kratični termin PMOS.

Avtorji prispevka v reviji *The Lancet* prav tako svetujejo, da se v prehodnem obdobju v strokovnih besedilih navaja tudi starejši termin, PCOS. Čeprav se ob tem lahko pojavi pomisleki, da se pri tem še vedno »oklepamo« neustrezne rabe, pa je tak ukrep morda smiseln za krajše obdobje, dokler termina ne sprejme širša strokovna javnost. Svetujemo torej, da se ob **prvi omembi termina PMOS** v strokovnih besedilih v oklepaju pripiše tudi starejši termin, nato pa naj se uporablja le novo poimenovanje. Primeri, kakšen naj bo zapis v besedilu, so:

1. Poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (angl. *polyendocrine metabolic ovarian syndrome*, PMOS; prej *sindrom policističnih jajčnikov*, PCOS) je pogosta motnja mladih žensk.
2. Poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (angl. *polyendocrine metabolic ovarian syndrome*, PMOS, prej poznan kot *sindrom policističnih jajčnikov*, PCOS) je pogosta motnja mladih žensk.
3. Poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (angl. *polyendocrine metabolic ovarian syndrome*, PMOS; v starejši literaturi *sindrom policističnih jajčnikov*, PCOS) je pogosta motnja mladih žensk.

## Zakaj je nujno novo poimenovanje?

PMOS prizadene vsako osmo žensko v rodnem obdobju, kar pomeni, da se z njim danes sooča kar 170 milijonov žensk po svetu. Sindrom po izključitvi drugih diferencialnih diagnoz opredelimo glede na rotterdamdska merila mednarodnih smernic iz leta 2023. Pri odraslih ga opredelimo, če izpolnjujejo vsaj dve od naslednjih meril: (1) oligoanovulacija, (2) klinični ali biokemični hiperandrogenizem in (3) ultrazvočno dokazani policistični jajčniki ali povišan anti-müllerjev hormon (AMH). Pri mlado-

stnicah morata biti prisotni prvi dve merili.

PMOS je bil dolgo obravnavan predvsem kot motnja jajčnikov, čeprav je njegova patofiziološka osnova poliendokrina motnja v delovanju inzulina, androgenov in neuroendokrinih ter ovarijskih hormonov. Prisotnost inzulinske rezistence pri bolnicah s PMOS in normalno telesno maso potrjuje, da gre za sindromu lastno, primarno motnjo v delovanju inzulina, neodvisno od debelosti.

Klinične značilnosti PMOS so zato lahko presnovne (debelost, motena presnova glukoze, sladkorna bolezen tipa 2, hipertenzija, dislipidemija, s presnovno motnjo povezana maščobna jetrna bolezen, srčno-žilne bolezni in spalna apneja), ovarijske (motnje ovulacije, neredni menstrualni cikli, nepopolno dozoreli folikli, neplodnost, zapleti v nosečnosti, vključno z nosečnostno sladkorno boleznijo, in povečano tveganje za raka endometrija), psihološke (depresija, anksioznost, slabša kakovost življenja in motnje hranjenja) ter dermatološke (akne, alopecija in hirsutizem). Srčno-žilno tveganje je lahko povečano že v adolescenci. Indeks telesne mase (ITM) je pri prizadetih osebah pogosto višji kot v splošni populaciji, debelost pa je prisotna pri 50–85 % bolnic in dodatno prispeva k njihovi ogroženosti. PMOS vpliva na zdravje preko več organskih sistemov, danes pa predstavlja vse večje zdravstveno in ekonomsko breme.

Naštete raznolike klinične značilnosti v dosedanem poimenovanju PCOS niso bile zajete, termin pa je bil tudi vsebinsko zavajajoč. Tvorbe, ki jih pri prizadetih ženskah pogosto prikaže ultrazvočni pregled jajčnikov, namreč niso patološke ciste, temveč nepopolno dozoreli folikli, ki obstanejo v določeni fazi razvoja. Avtorji objave v *The Lancet* opozarjajo, da je dosedanje poimenovanje prispevalo k poznejši postavitvi diagnoze, razdrobljeni oskrbi in stigmati, obenem pa je zožilo raziskovalni in zdravstvenopolitični okvir obravnave.

## Kaj novo poimenovanje že danes lahko pomeni za spremembe v klinični in raziskovalni praksi?

Diagnostična merila se s spremembo poimenovanja niso spremenila. Čeprav bo zdravnik bolnico še naprej obravnaval po rotterdamskih merilih mednarodnih smernic iz leta 2023, pa preimenovanje pomembno spremeni poudarek in interpretacijo stanja.

Novo ime močneje poziva k presnovnemu presejanju že ob postavitvi diagnoze. Pri vsaki osebi z novoodkritim PMOS naj zdravnik že na začetku obravnave preveri ITM in obseg pasu, razmerje med obsegom pasu in telesno višino, krvni tlak, lipidogram, glukozo na tešče in HbA1c oz. izvede OGTT ter oceni tveganje za s presnovno motnjo povezano maščobno jetrno bolezen in obstruktivno spalno apnejo. V dosedanji praksi so bili ti pregledi pogosto odloženi ali izpuščeni. Preimenovanje kot standard obravnave vpeljuje multidisciplinarno obravnavo. Ginekologu se že na začetku pridružijo družinski zdravnik, po potrebi pa tudi endokrinolog, diabetolog, dermatolog, kardiolog in klinični psiholog. Novo poimenovanje tako oskrbo postavlja v ospredje že na začetku obravnave, ne pa šele ob pojavu zapletov. Prav tako je bila dosedanja klinična pot pri adolescentkah pogosto omejena na peroralne kontraceptive za obvladovanje simptomov, pri čemer sta presejanje in svetovanje glede kardiometabolnega tveganja, ki je prisotno že zelo zgodaj, pogosto izpuščena. Novo ime na to jasneje opozarja in pomaga postaviti zgodnje preprečevanje na pravo mesto.

Pomenilo bo tudi manj zamud pri postavitvi diagnoze. Ker do 70 % prizadetih oseb ostane neprepoznanih prav zaradi odsotnosti ultrazvočno vidnih ovarijskih cist, bo novo poime-

novanje zdravnike spodbudilo, da na PMOS pomislijo tudi pri bolnicah s predvsem presovno in dermatološko (akne, hirsutizem, alopecija) klinično sliko brez klasične ultrazvočne najdbe, zlasti ob sočasnih motnjah menstrualnega cikla.

Novo ime omogoča učinkovitejše sporazumevanje in manj stigme, saj je bolnici lažje razložiti, da gre za celostno motnjo na ravni endokrinega, presovnega in ovarijskega delovanja ter ne zgolj za »ciste na jajčnikih«. To bolnicam pomaga razumeti, zakaj se zdravljenje ne osredotoča le na ta organ.

## Dolgoročne posledice boljšega razumevanja in novega poimenovanja

Avtorji terminološkega dogovora so že začeli triletno prehodno obdobje, ki vključuje posodobitev kliničnih smernic, medicinskih učnih načrtov, elektronskih zdravstvenih kartotek in ICD. Pričakovane dolgoročne posledice presegajo zgolj jezikovno spremembo:

- **Razvoj diagnostike.** Čeprav rotterdamska merila ostajajo izhodišče za prepoznavo, se v stroki krepi razprava o vključitvi presovnih označevalcev (zlasti meril inzulinske rezistence) v diagnostične kriterije, kar predstavlja premik v paradigmi. Pričakujemo lahko tudi natančnejšo fenotipizacijo (presovni, reproduktivni, mešani fenotip), kar bo omogočilo bolj individualizirano zdravljenje. Klinične smernice se bodo v naslednjih treh letih postopoma prilagajale.
- **Drugačno financiranje raziskav.** Doslej so bili raziskovalni predlogi pri ameriških Nacionalnih inštitutih za zdravje (angl. *The National Institutes of Health*, NIH) usmerjeni v inštitut za reproduktivno zdravje, ki ima razmeroma majhen proračun.

Novo poimenovanje odpira vrata širšim virom: endokrinologiji, presnovnim in srčno-žilnim programom ter javnozdravstvenim raziskavam. To pomeni boljše financiranje, hitrejši razvoj terapij in kakovostnejše podatke.

- **Premik v zdravljenju.** Ob klasični reproduktivni in dermatološki obravnavi lahko pričakujemo večji poudarek na presnovnih ukrepih, pri čemer bodo imeli pomembno vlogo metformin, inkretinski mimetiki (agonisti receptorja GLP-1), dvojni inkretinski agonist tirzepatid ter večkratni agonisti inkretinskih receptorjev in druge oblike zdravljenja s hormoni, spodbujenimi s hranili (angl. *nutrient-stimulated hormone therapy*, NuSH-terapija), strukturirane spremembe načina življenja in v izbranih primerih metode presnovne kirurgije. Zdravljenje reproduktivne motnje (indukcija ovulacije, asistirana reprodukcija) ob tem ostaja pomembno, a postavljeno v širši kontekst.

- **Zgodnja preventiva in javno zdravje.** Ker se srčno-žilno tveganje pri PMOS pojavi že v adolescenci, lahko dolgoročno pričakujemo nacionalne preventivne programe, osredotočene na adolescentke in mlade odrasle. Pravočasna prepoznava omogoča preprečevanje sladkorne bolezni tipa 2, srčno-žilnih dogodkov in maščobne jetrne bolezni, ko so še obvladljivi.

- **Duševno zdravje in opolnočenje bolnic.** Nova razlaga bolezni predstavlja stanje kot poliendokrino motnjo in ne le kot okvaro jajčnikov, kar lahko zmanjša psihološko breme, izboljša odnos do telesa, omili samokritičnost in motnje hranjenja ter spodbudi bolj pravočasno iskanje pomoči.

Kratkoročno preimenovanje ne spreminja diagnostičnih meril, vendar že danes pomeni močnejši poziv k

celostnemu presnovnemu presejanju, multidisciplinarni obravnavi in pravočasnemu prepoznavanju bolezni tudi pri bolnicah brez ultrazvočno vidnih cist jajčnikov. Dolgoročno odpira pot k novim diagnostičnim merilom, fenotipsko prilagojenemu zdravljenju, večjemu financiranju raziskav in boljši preventivi kardio-metabolnih zapletov – kar bo verjetno najpomembnejša klinična dediščina te jezikovne spremembe.

## PMOS v slovenski medicini

V Sloveniji se obravnave bolnic s PMOS dotikajo »Strokovna priporočila za diagnostiko in zdravljenje sindroma policističnih jajčnikov«, ki jih je 18. aprila leta 2023 potrdil Razširjeni strokovni kolegij za internistične stroke pri Ministrstvu za zdravje, objavljena pa so bila v reviji *Isis* in na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije. Pripravila jih je multidisciplinarna delovna skupina pod vodstvom prof. dr. Mojce Jensterle Sever s Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni UKC Ljubljana. Pri smernicah so sodelovali endokrinologi, diabetologi, pediatri, ginekologi in zdravniki družinske medicine. Priporočila smiselno povzemajo mednarodne smernice in jih prilagajajo slovenski klinični praksi.

Po ocenah ima sindrom v Sloveniji približno 40.000 žensk v starostni skupini od 20 do 50 let, kar pomeni, da je to ena najpogostejših endokrinopatij žensk v rodni dobi. Večina bolnic je obravnavana na primarni ravni pri izbranem ginekologu, ki postavi diagnozo, uvede osnovno zdravljenje in spremlja reproduktivno zdravje. Ob neznačilni klinični sliki diagnozo postavi endokrinolog. K specialistom na Ginekološko kliniko so napotene bolnice z neplodnostjo. Pri pridruženih presnovnih, srčno-žilnih in psihiatričnih težavah se v obravnavo vključujejo še endokrinologi, diabetologi, kardiologi, dermatologi in klinični psihologi.

Slovenska priporočila iz leta 2023 vsebinsko že sledijo načelom, ki jih zdaj uveljavlja Lancetovo preimenovanje – poudarjajo, da gre za multisistemsko obolenje s presnovno, reproduktivno, dermatološko in psihološko komponento, in priporočajo ocenjevanje duševnega zdravja in presejanje za inzulinsko rezistenco, motnje glukoze tolerance, dislipidemijo, ter arterijsko hipertenzijo. Med mogoče oblike zdravljenja že umeščajo agonist receptorja GLP-1, semaglutid. Z uvedbo novega imena PMOS bo potrebna posodobitev nacionalnih priporočil – tako v terminologiji kot znotraj obravnave presnovnega in srčno-žilnega tveganja. V priporočila bi bilo treba umestiti ostala sodobna inkretinska zdravila in pri tem upoštevati dokaze za posamezne molekule, odmerke in življenjska obdobja.

### Viri

1. Teede HJ, Khomami MB, Morman R, Laven JSE, Joham AE, Costello MF, et al. Polycystic ovary syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *The Lancet*. 2026 May 12;0(0). doi:10.1016/S0140-6736(26)00717-8 PubMed PMID: 42119588.
2. Metabolični sindrom | ZRC SAZU [Internet]. [cited 2026 May 20]. Available from: <https://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/svetovanje/metabolični-sindrom>

---

**Prof. dr. Mojca Jensterle Sever, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani**

**Asist. Gašper Tonin, dr. med., mag. slov. in mag. spl. jezikosl., Onkološki inštitut Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani**

# Kirurška humanitarna odprava v Tanzanijo 2026

St. Gaspar Referral and Teaching Hospital, 19.–25. april 2026

Jurij Gorjanc

Po 16 letih humanitarnih kirurških odprav se je zgodilo prvič, da smo v osrčju Tanzanije »odkrili« veliko regijsko in učno bolnišnico, ki si je zaželela sodelovanja z znano angleško organizacijo Hernia International. Zasebno bolnišnico St. Gaspar vodijo italijanski misijonarji, vendar je del javnega zdravstvenega sistema. V njej so oskrbljeni tudi bolniki z osnovnim zdravstvenim zavarovanjem, ki je vse pogosteje možno tudi v Afriki.

Itigi je manjše mesto v osrednji Tanzaniji, v okrožju Itigi v regiji Singida. Po podatkih nacionalnega popisa iz leta 2012 ima skupaj z naseljem Itigi Majengo približno 21.777 prebivalcev. Kraj leži ob neasfaltiranih magistralnih cestah T18 (Manyoni–Tabora) in T22 (Singida–Mbeya). Do Itigija smo prispeli z minibusom iz Dodome, kamor smo predhodno prileteli z dodatnim notranjim letom iz Dar es Salaama. Kraj je sicer dostopen tudi z železnico (Central Line), vendar je železniški promet zelo počasen.

Bolnišnico St. Gaspar so leta 1989 ustanovili italijanski misijonarji Kongregacije predragocene krvi. Ob pomoči lokalnega osebja jo še danes vodijo in preko donacij iz Italije gmotno

podpirajo njen razvoj. Bolnišnica je nastala kot odgovor na veliko potrebo po dostopni zdravstveni oskrbi v regiji. Danes predstavlja pomemben regionalni referenčni center z vodilom »zdraviti, izobraževati in tolažiti«.

V bolnišnici je zaposlenih 28 zdravnikov, 103 medicinske sestre in več kot 100 drugih sodelavcev. Kot ustanova 5. ravni (na lestvici šestih stopenj) je nadpovprečno dobro opremljena. Razpolaga s sodobnimi in urejenimi prostori, endoskopijo, transfuzijsko dejavnostjo, CT-napravo, enoto intenzivne terapije, lastno lekarno s proizvodnjo kristaloidnih raztopin za intravensko uporabo ter štirimi operacijskimi dvoranami (dve za večje in dve za manjše posege).



Nihče izmed članov naše ekipe v okviru misij še ni sodeloval v tako dobro opremljeni bolnišnici.

Našo ekipo je sestavljalo deset članov: trije kirurgi, dva anesteziologa, radiologinja, operacijska medicinska sestra, anestezijska medicinska sestra, specialist ORL (hkrati specialist maksilofacialne kirurgije) ter študentka dentalne medicine. Lokalni kirurgi so skupaj z ekipo specializantov aktivno sodelovali tako pri kliničnem delu kot pri izobraževanju.

S seboj smo pripeljali 240 kg opreme in zdravil. Uvozni postopek je potekal brez zapletov, vendar smo morali letos poleg potnih stroškov in nastanitve sami pokriti še prispevek delovnega dovoljenja (200 USD na osebo), ki ga izdaja tanzanijsko ministrstvo za zdravje (Medical Council of Tanganyika).

Delo v bolnišnici je potekalo zelo organizirano. Dan se je začel, kot je za





to bolnišnico značilno, z jutranjo molitvijo ob 7.30 za vse zaposlene. Sledilo je enournno strokovno predavanje za zdravnike. Naša ekipa je izvedla štiri predavanja s področij hernij, raka debelega črevesa, proktologije in anesteziologije. Operativni program se je po zajtrku običajno začel ob 9.30 (ob petkih prej), delo je potekalo na dveh operacijskih mizah hkrati, z le krajšimi prekinitvami zaradi nujnih primerov (v glavnem carskih rezov). Delovni dan se je zaključil okoli 17.00–18.00, sledili so večerni sestanki in analiza dneva ob večerji.

Operirali smo 18 bolnikov, v glavnem s kilami (8 otrok in 10 odraslih), vključno z dimeljskimi, velikimi skrotalnimi in kompleksnimi incizijskimi kilami. Najmlajši bolnik je bil star dve leti. Pri večini dimeljskih kil smo uporabili Lichtensteinovo tehniko z LDPE mrežnimi krpami. Poleg tega smo operirali pet bolnikov



z golšo, pri katerih smo izvedli enostransko totalno lobektomijo, tudi pri dveh velikih recidivnih golšah, ob uporabi Ligasure naprave in optične povečave (povečevalna očala) za lažjo identifikacijo povratnega živca in obščitnic.

Kljub utemeljenim pomislekom glede opravljanja velikih posegov v omejenih afriških razmerah smo se po natančni diagnostiki, vključno z gastrokopijo in CT-preiskavo, odločili za resekcijo želodca pri bolnici s

krvavečim GIST – tumorjem fundusa želodca. Čeprav tak poseg v okviru tovrstnih misij ni običajen, smo ga zaradi življenjske ogroženosti relativno mlade bolnice ocenili kot upravičenega. Izkazale so se izkušnje operaterja prof. dr. Omejca. V danih razmerah in brez kirurških spenjalnikov (staplerjev), ki v našem slovenskem vsakdanu zelo olajšajo anastomoze votlih organov, je z dvoslojnim šivanjem kljub neposredni bližini požiralnika uspešno v zdravo izrezal tumor. Pacientka je bila odpuščena iz bolnišnice po tednu dni.

Tudi pri zelo velikih trebušnih kilah smo imeli dovolj izzivov. Prim. mag. Rems je eden od pionirjev »sublay« hernioplastike v Sloveniji in tudi na tej misiji je učil mlade afriške kirurge, kako operirati, da bo možnost recidivov čim manjša. Naj omenim le, da so to posegi, ki kljub temu, da jih opravlja izkušen operater, trajajo tudi po štiri ure ali več.



Izvedli smo tudi več urgentnih posegov, med drugim operacijo pri bolnici z generaliziranim peritonitisom zaradi predrtja slepiča ter v sodelovanju z lokalnimi zdravniki oskrbo ostre poškodbe trebušne stene pri otroku. Pomemben cilj letošnje misije je bil vključevanje lokalnih kirurgov v operativno delo, kar želimo v prihodnje še razširiti. V štirih dneh smo opravili 26 operacij.

Otorinolaringološki in maksilofacialni del naše ekipe je obravnaval več maksilofacialnih pacientov, vključno z operativnimi posegi. Na kateri od

### Člani ekipe:

Prof. dr. Mirko Omejc, dr. med., kirurg  
Prim. mag. Miran Rems, dr. med., kirurg  
Katalin Wiese, dr. med., anesteziologinja  
Mag. Hannes Lienhart, dr. med., anesteziolog  
Marija Jekovec, dr. med., radiologinja  
Dr. Anže Jerman, dr. med., specialist ORL in specializant maksilofacialne kirurgije  
Daniel Ketterer, anestezijski tehnik  
Jihan Göggel, sestra instrumentarka  
Nika Blažka Gorjanc, študentka dentalne medicine  
Doc. dr. Jurij Gorjanc, dr. med. (vodja ekipe)

naslednjih misij se lahko to sodelovanje še razširi.

Radiologinja Marija Jekovec, dr. med., je opravila številne ultrazvočne preiskave s svojo tablično prenosno napravo, kar je bilo zelo koristno v predoperativni diagnostiki golš, kil in hidrokela ter tudi pri kontrolnih pregledih v dneh po operacijah. Aktivno je sodelovala tudi pri odčitavanju CT-slik pri drugih bolnikih (možganska kap, intrakranialne poškodbe ...), kar je bolnišnici precej znižalo stroške, pa čeprav le za en teden.

Posebej velja poudariti odlično delo anesteziološke ekipe iz deželne bolnišnice v Feldkirchu na Predarlskem, brez katere izvedba načrtovanega programa ne bi bila mogoča. V eni operacijski dvorani smo večinoma uporabljali spinalno anestezijo, občasno tudi splošno, medtem ko so posegi v glavni operacijski dvorani potekali izključno v splošni anesteziji.

Program operacij smo zaključili brez zapletov, z izjemo okužbe ene kožne rane pri pacientki z vnetjem potrebušnice, kar pripisujemo dobri organizaciji dela in zadostnemu času za posamezne posege, brez hitenja. Posebno pozornost, v skladu s smernicami, smo namenili tudi posegom pri bolnikih s HIV (približno 4–5 % pacientov).

Bivali smo v skromnem »motelu« v sklopu bolnišnice, kjer smo imeli tudi hrano. Dobro delovno vzdušje in medsebojno sodelovanje sta bila rezultat temeljitih priprav v mesecih pred odhodom. Zahvala gre vsem članom odprave, pa tudi gostoljubnosti gostiteljev ter podpori sponzorjev: Kirurgija Bitenc, Medicinski center Gorjanc, Implantološki inštitut, župnija Gurk/Krka (avstrijska Koroška).

**Doc. dr. Jurij Gorjanc, dr. med., jurij.gorjanc@mf.uni-lj.si**

### Razbremenilni pogovori v juliju 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, 2. julija 2026	15.00–17.00
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 6. julija 2026	16.00–18.00
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 9. julija 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 anonimno, se naročite na telefonski številki: 01 30 72 100 (Vesna Habe Pranjič) ali po e-pošti: [zdrom@zss-mcs.si](mailto:zdrom@zss-mcs.si), lahko tudi preko svojega anonimnega elektronskega naslova.

# Prvi simpozij iz benigne in minimalno invazivne ginekologije na MF UM

Jerneja Žebeljan, Branka Žegura Andrić

Osrednjega decembra 2025 je na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru (MF UM) potekal strokovni dogodek z naslovom 1. simpozij iz benigne in minimalno invazivne ginekologije. Organiziral ga je Oddelek za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo, ki deluje pod okriljem Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor in MF UM.

Benigne ginekološke bolezni pomembno vplivajo na kakovost življenja številnih žensk in predstavljajo velik delež kliničnega dela v ginekologiji. Napredek v zadnjih desetletjih, tako v medikamentnem zdravljenju kot v tehničnem razvoju inštrumentov, nam je omogočil, da posegi pri številnih benignih ginekoloških boleznih sploh niso več potrebni. Razvoj nam je tudi omogočil, da številne posege, ki so bili nekoč povezani z daljšim okrevanjem in večjo obremenitvijo za bolnice in zdravstveni sistem, danes uspešno izvajamo s sodobnimi minimalno invazivnimi pristopi, ki so izboljšali varnost, učinkovitost in hitrost okrevanja, hkrati pa odprli vrata novim možnostim diagnostike in zdravljenja. Namen simpozija je bil ponuditi pregled najnovejših spoznanj, izpostaviti klinične dileme ter spodbuditi strokovno razpravo o izzivih, ki spremljajo obravnavo benignih ginekoloških stanj. Sodelovali so pomembni slovenski strokovnjaki. Dogodek je potekal v duhu strokovnega izpopolnjevanja in sproščenega druženja v odhajajočem letu 2025. Med občinstvom smo lahko opazili številne znane obraze iz vrst ginekologov, družinskih zdravnikov, specializantov ter medicinskih sester.

Ob začetku simpozija so zbrane nagovorili predstojnica Oddelka za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo izr. prof. dr. Branka Žegura Andrić, dr. med., dekan MF UM in predstojnik Klinike za ginekologijo in perinatologijo prof. dr. Iztok Takač, dr. med., ter strokovna direktorica UKC Maribor prof. dr. Nataša Marčun Varda, dr. med. V prvem sklopu simpozija so sledila predavanja o zdravljenju vazomotornih

simptomov pri ženskah po menopavzi. Izr. prof. dr. Branka Žegura Andrić, dr. med., je nazorno predstavila vsakodnevne težave, s katerimi se pogosto srečujejo ženske v pomenopavznem obdobju, ter sodobno zdravljenje s fezolinetantom. Doc. dr. Tamara Serdinšek, dr. med., je podrobno predstavila pomen progestagenov v medikamentni terapiji, asist. Rok Šumak, dr. med., pa je predstavil medikamentno zdravljenje endometriozе, za katero naj bi v Sloveniji trpelo kar 30.000 žensk. Marija Rebolj Stare, dr. med., je predstavila pregled šestnajstletne statistike medikamentne prekinitve nosečnosti na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor, odkar je bila ta metoda tam prvič uvedena.

Med odmorom so udeleženci ob skodelici kave in prigrizku lahko razpravljali o vprašanih, za katera je med predavanji zmanjkalo časa, ter delili osebne izkušnje. Seveda je bilo na voljo



Predavatelji 1. simpozija iz benigne in minimalno invazivne ginekologije.  
Foto: Rebeka Gerlič



Udeleženci 1. simpozija iz benigne in minimalno invazivne ginekologije.  
Foto: COJM UKCM

tudi dovolj priložnosti za sproščen in neobvezujoč klepet.

Drugi sklop se je začel s predavanjem prof. dr. Nataše Tul Mandić, dr. med., o obravnavanju slabokrvnosti v ginekologiji, ki mu je sledila obsežna razprava. Program je nadaljevala Julija Pukl Batistić, dr. med., ki se v UKC Maribor ukvarja tudi z mlado-stniško ginekologijo in je predstavila temo torzije adneksov pri deklicah. Gregor Prša, dr. med., je zbranim predstavil zdravljenje zadržanega trofoblastnega tkiva na terciarni ravni. V sklopu, namenjenem mladim

in bodočim upom ginekološke stroke, pa je specialistka Jerneja Žebeljan, dr. med., predstavila rezultate ankete, izvedene med člani Evropske zveze za ginekološko endoskopijo, o navadah in tehnikah pri izvajanju histeroskopije. Anketo je delovna skupina za histeroskopijo izvedla med oktobrom 2023 in marcem 2024.

Rezultat simpozija niso bila le odlična predavanja sodelujočih in zanimiva razprava, ampak tudi publikacija, ki bo v pomoč ne le pri delu v ginekoloških ambulantah, ampak tudi v ambulantah družinske

medicine in še kakšni internistični ambulanti.

Tako kot ob začetku je tudi ob koncu zbrane nagovorila predsednica organizacijskega in strokovnega odbora 1. simpozija iz benigne in minimalno invazivne ginekologije ter predstojnica Oddelka za splošno ginekologijo in urološko ginekologijo izr. prof. Branka Žegura Andrić, dr. med., ter napovedala, da bo v prihodnje organiziranih še več podobnih dogodkov. Udeleženci so se lahko o novopridobljenih znanjih nato pogovarjali ob dobrem in zasluženem kosilu.

Za odlično organizacijo se iskreno zahvaljujemo Oddelku za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo, vodstvu Klinike za ginekologijo in perinatologijo, vodstvu UKC Maribor, MF UM in pokroviteljem. Prav tako se zahvaljujemo vsem predavateljem za odlična predavanja in udeležencem za zanimivo razpravo ter se veselimo udeležbe na naslednjem simpoziju.

Jerneja Žebeljan, dr. med., UKC  
Maribor

Izr. prof. dr. Branka Žegura Andrić, dr.  
med., Oddelek za splošno ginekologijo  
in ginekološko urologijo, Klinika za  
ginekologijo in perinatologijo,  
UKC Maribor

## 2. slovenski napredni tečaj o varnosti pacientov (APSC) v Dobrni

Simona Vrečič Slabe

V prijetnem okolju Dobrne je 9. in 10. aprila 2026 potekal **2. slovenski napredni tečaj o varnosti pacientov – Advanced Patient Safety Course (APSC)**, mednarodno uveljavljen izobraževalni program **ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive**

**Care)**. Tečaj je namenjen poglobljeneemu razumevanju sodobnih konceptov varnosti pacientov ter razvoju systemskega in timskega razmišljanja v klinični praksi ter razvoju varnostne kulture v zdravstvenih organizacijah.

Posebna vrednost tečaja APSC je njegova interaktivna zasnova. Aktiv-

no vključevanje udeležencev, delo v manjših skupinah ter odprte razprave so omogočili iskren razmislek o vsakodnevnih kliničnih izzivih in pasteh, s katerimi se zdravstveni delavci srečujejo v praksi. Tečaj je ponudil prostor za izmenjavo izkušenj, refleksijo lastne prakse ter krepitev skupne odgovornosti za varno zdravstveno obravnavo.



Program je sledil izvorni metodologiji APSC, ki temelji na problemsko usmerjenem učenju, interaktivnih predavanjih, skupinskem delu ter analizi kliničnih situacij – scenarijev, ki udeležence prenesejo v delovno okolje, kjer so potrebne hitre odločitve.

V dveh vsebinsko bogatih dneh so se udeleženci posvetili ključnim temam sodobne varnosti pacientov, kot so **kultura varnosti, učenje iz varnostnih incidentov, sistemske napake, človeški dejavnik, pomen timskega dela in učinkovite komunikacije** v klinični praksi ter pomen **orodij za izboljševanje varnosti pacientov**. V ospredju je bilo spoznanje, da varnost pacientov ni rezultat individualne brezhibnosti, temveč dobro zasnovanih sistemov in sodelovanja znotraj zdravstvenih timov. Udeleženci so bili aktivno vključeni v razprave, deljenje izkušenj ter refleksijo lastne klinične prakse, kar je pomemben element trajnostnega izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

S svojo prizadevnostjo in aktivnim sodelovanjem so udeleženci znova potrdili, da se zavest o pomenu varnosti pacientov v slovenskem prostoru krepi, napredni programi, kot je APSC, pa predstavljajo pomemben korak k bolj varni, kakovostni in sistemsko urejeni zdravstveni obravnavi.

Po zaključku tečaja so udeleženci prejeli povezavo do **preverjanja znanja**, ki je pogoj za pridobitev certifikata ESAIC.

Srečanje v Dobrni je znova pokazalo, da je zanimanje za sistematičen pristop k varnosti pacientov v Sloveniji veliko in da tovrstna izobraževanja ne predstavljajo le prenosa znanja, temveč tudi pomembno priložnost za povezovanje, razmislek in skupno učenje.

---

Simona Vrečič Slabe, dr. med., v imenu Organizacijskega odbora APSC Dobrna

## Poročilo s seminarja z dr. Nancy McWilliams in dr. Michaelom Garrettom

Aleksander Koroša

15. in 16. maja letos je potekal strokovni seminar v organizaciji Združenja psihoterapevtov Slovenije s približno 280 udeleženci. Ena od predavateljcev je bila psihologinja in psihoterapevtka dr. Nancy McWilliams, ki je pri nas najbolj znana po svoji knjigi Psihoanalitična diagnostika, napisala in sodelovala pa je tudi pri drugih pomembnih delih na

področju psihoanalitske diagnostike in psihoterapije. Drugi predavatelj je bil psihiater in psihoterapevt dr. Michael Garrett, ki se ukvarja predvsem s področjem psihoterapevtske obravnave oseb s psihotičnimi motnjami.

Dr. McWilliams je ob začetku prvega predavanja izpostavila, da so za izid psihoterapije najpomembnejši

osebni dejavniki terapevta in klienta ter odnosni dejavniki (koliko sta terapevt in klient skladna), kar je zapisano tudi v smernicah Ameriškega združenja psihologov. Predstavila je 10 načinov opazovanja individualnosti klienta/pacienta (temperament, stil navezanosti, organiziranost obramb, čustveni vzorci, motivacijski sistemi, nivoji organizacije ...). Izpostavila je tudi pomen procesa žalovanja v različnih (netipičnih) situacijah izgub – da sprejmeš, česar ni možno



spremeniti (npr. svoj ali tuj temperament ali neprijetne dogodke, ki so se zgodili), da se odrečeš nekaterim talentom, ker izbereš druge, in podobno. Poudarila je tudi, da mora terapevt razumeti pacientovo subjektivno doživljanje, česar pa ni možno doseči z nekaj kratkimi srečanji. Klienti nas med terapevtsko obravnavo večkrat tudi preizkušajo. Dobro je, da prepoznamo te situacije in pretehtamo, kako se odzvati. Opozorila je tudi, da je dolgotrajna psihoterapevtska obravnava stroškovno učinkovita, saj ljudje zaradi obravnave dosežejo višjo stopnjo izobrazbe, so manjkrat na bolniškem dopustu, zanesljivejši v službi, redkeje zlorablajo psihoaktivne snovi ... Politika pa pogosto gleda kratkoročne prihranke in poskuša omejevati število obravnav.

V drugem sklopu predavanj je dr. Garrett predstavil povezanost travme in psihoz. Zaradi metodologije študij (ob preučevanju psihoze pacient med drugim ne sme imeti resne psihološke travme) je ta povezava zelo slabo raziskana. Pojasnil je, da pogosto napačno sklepamo, da ima pacient več težav, v resnici pa sta travma in psihoza zelo povezani med sabo (podobno kot *calor, rubor, dolor, tumor in functio laesa* ni pet različnih bolezni, ampak so različni znaki iste bolezni).

Travmatske dogodke lahko »predelamo« na tri različne načine – s kompenzacijo, žalovanjem ali ponovitvijo. Če dogodka ne predelamo, vpliva na naše funkcioniranje.

Opisal je tudi, kako travmatski dogodek lahko pripelje do psihotičnih simptomov preko horizontalnih in vertikalnih disociativnih prelomov. Tako imajo blodnje ali drugi psihotični fenomeni svoj izvor pogosto v času okoli travmatskega dogodka in je zgodba travme povezana s psihotičnimi fenomeni. Razložil je tudi, da sta aktivirajoči dogodek in prepričanje o pomenu dogodka pri psihozi spojena in oseba s psihozo ne zmora sama razmišljati o možnih drugih interpretacijah. Osebe s psihozo praviloma predvidevajo namen (npr. nekdo jih razjezi, čemur pripišejo, da je to oseba naredila namerno in jih ne mara). Obravnavo psihotičnih oseb je zasnovano tako, da na začetku dela po principih vedenjsko-kognitivne terapije (predvsem ločevanje aktivirajočega dogodka in prepričanja o pomenu dogodka – po modelu ABC), kasneje pa po principih psihodinamične terapije za raziskovanje metaforičnega pomena psihotičnih fenomenov.

Drugi dan seminarja smo začeli s – po mojem mnenju – najuporabnejšim predavanjem tega seminarja, v katerem je dr. McWilliams predstavila 10 »vitalnih znakov« duševnega zdravja: varnost in povečana navezovalna gotovost, konstantnost selfa in objekta, občutek odločenosti, zanesljivost in realna samopodoba, psihološka odpornost, reflektivne funkcije in mentalizacija, udobje ob individualnem in skupnostnem delovanju, vitalnost, sprejemanje, odpuščanje in zadovoljstvo ter ljubezen, delo in igra.

Predstavila je, kako vsakega od navedenih konceptov razlagajo različne teorije in zakaj so pomembni.

Opisala je tudi dva tipa subjektivnega doživljanja depresije. Prvi, kjer osebe občutijo sram, občutek praznosti in lakote. Pri teh je smiselno normaliziranje sramu, povezanega z navezovalnimi potrebami. Pri drugi obliki pa so v ospredju občutek krivde, da je poln slabega in zloben. Osebam s to obliko je v pomoč, če preverjamo, kaj ravno njih naredi tako slabe. Če počnemo obratno, bo prišlo do poslabšanja simptomatike.

Proti koncu sta oba predavatelja govorila o različnih vidikih supervizije in kaj so predpogoji za dobro supervizijo. Hkrati pa sta predstavila tudi nekaj etičnih dilem, na katere naletimo ob supervizijskem ali terapevtskem delu.

Oba predavatelja sta svojo teorijo podprla z ogromno praktičnimi primeri in nekaj kratkimi predstavami primerov. Med svojimi predavanji je predvsem dr. McWilliams izpostavila ogromno odličnih knjig in člankov, ki jih priporoča v branje: svoji knjigi *Psychoanalytic supervision in Dimensional diagnosis* (izide kmalu) ter *Handbook of Attachment* (Cassidy & Shaver), *Minding Emotion* (Jurist), *A Grammar of Power in Psychotherapy* (Fors) – če jih omenim samo nekaj.

Ta dvodnevni seminar je bil eno najboljših izobraževanj, saj sta predavatelja izzvala moja prepričanja, pomagala, da se je teorija v moji glavi bolj povezala v smiselno celoto, dobil pa sem tudi kakšne popolnoma nove informacije. Vse to bo zelo uporabno tudi pri vsakodnevem delu v sklopu moje otroške in mladostniške psihiatrične ambulante. Pohvalil bi tudi Združenje psihoterapevtov Slovenije za odlično organizacijo dogodka.

**Aleksander Koroša, dr. med., spec. otr. in mlad. psih., Zdravstveni dom Murska Sobota, NIJZ**

# Spomladanski dvodnevni seminar Slovenskega ortodontskega društva v Portorožu

Sanda Lah Kravanja

Slovensko ortodontsko društvo (SOD) vsako leto organizira spomladanski dvodnevni seminar za specialiste čeljustne in zobne ortopedije – ortodonte. Tokrat je pomladno srečanje ponovno potekalo 24. in 25. aprila 2026 v Portorožu in smo ga posvetili spominu na prim. Majdo Korpar, specialistko ortodontije iz Maribora, ki nas je letos v visoki starosti zapustila. Prim. Majda Korpar je bila ustanovna in častna članica SOD, mentorica ter prejemnica naziva častna članica Zdravniške zbornice Slovenije. Hvala ji za vse!

SOD s svojim več kot 30-letnim delovanjem nadaljuje tradicijo stalnega podiplomskega izobraževanja za člane specialiste čeljustne in zobne ortopedije, kar je skladno s statutom društva, ki deluje kot samostojno pridruženo združenje Slovenskega zdravniškega društva. V lastni organizaciji zagotavlja vsaj dve strokovni srečanja letno v domačem okolju, pogosto pa se zaradi aktualnih razmer in sprememb pravil ali zakonodaje srečujemo tudi večkrat letno. Srečanjem se pridružijo razstavljavci ortodontskih materialov, opreme in inštrumentarija.

V svetu se hitro povečuje uporaba prozornih ortodontskih opornic za obravnavo različnih malokluzij. Pogosto in dostopno oglaševanje teh izdelkov povzroča povečano povpraševanje zlasti med odraslimi in mladostniki, vendar pa večina obravnav še poteka po klasičnih metodah z uporabo fiksnih nosilcev. Napredek v digitalnih tehnologijah in digitalnih delovnih procesih ter orodjih povzroča spremembe pristopov tudi v ortodontiji, ki se plačujejo iz lastnega žepa.

Novo tehnologije omogočajo nabor novih mehanizmov, kombiniranje različnih načinov zdravljenja in ortodontskih aparatov. V klinični praksi se vse pogosteje izvaja kombinirani pristop, ki izboljša učinkovitost in uspešnost zdravljenja ter odpravi omejitve, povezane z uporabo samo snemnih prozornih ortodontskih opornic.

Novosti in spremembe, ki se dogajajo v svetu sodobne dentalne medicine in ortodontije, zahtevajo od strokovnjakov nenehno sledenje in izobraževanje ter uvajanje novosti, saj so pogosto pacienti tisti, ki si želijo obravnave zgolj iz estetskih in manj iz medicinskih razlogov in so obravnavo pripravljeno plačati samoplačniško; nabor estetskih storitev ni plačljiv preko zdravstvenega zavarovanja.

Predavatelja na letošnjem spomladanskem srečanju ortodontov sta bila gosta iz tujine, priznana mednarodna predavateljica **dr. Federica Perrini** iz Italije in **dr. Christodoulos Laspos** s Cipra, ki sta bila na izobraževanju v tujini celo sošolca. Dvodnevno srečanje je potekalo s skupnim naslovom **Digitalizacija v**

**ortodontiji**, predavanja in razprave so potekali v angleškem jeziku, primerjali smo obravnave s sistemoma **Spark in Invisalign**.

Predavatelj prvega dneva je bil **dr. Federico Perrini**, ki je predstavil vsebine z naslovom **Digital orthodontics – How our practice keeps changing over the years**.

Dr. Perrini je mednarodno priznan predavatelj z dolgoletnimi kliničnimi izkušnjami. Leta 1994 je diplomiral iz dentalne medicine na Univerzi v Sieni. Zatem je obiskoval oddelek za anatomijo na King's Collegeu v Londonu pri prof. Berkovitzu, ukvarjal se je z raziskovanjem čeljustnega sklepa. Specializacijo iz ortodontije je opravil na Univerzi v Ferrari. Leta 1997 je pridobil licenco iz ortodontije v ZDA, v Eastman Dental Centre v Rochesteru v New Yorku, kjer je sodeloval tudi z oddelkom za gnatologijo, ki ga vodi prof. Tallents. Dr. Perrini deluje v kliničnem in akademskem okolju, kot predavatelj za specializante ortodontije Univerze v Ferrari, in na oddelku za ortodontijo Univerze Tufts v Bostonu ter je član številnih strokovnih združenj. Od leta 2008 je uporabnik



Člani SOD na spomladanskem srečanju v Portorožu, april 2026

oznake Insignia in prvi italijanski predavatelj na Insignia Global Forumu 2018. V svoji praksi vse od leta 2020 uporablja opornice Spark, ob teoretičnih podlagah pa nam je predstavil številne klinične primere iz lastne prakse. Poudaril je značilnosti sistema Spark in učinkovito uporabo programske opreme Approver, natančnost tiskanja opornic in boljši stik opornic z zobmi, kar se odraža v večji estetiki glede prozornosti opornic in v bolj predvidljivih premikih zob. To vpliva na predvidljivost končnih rezultatov in izključuje ter zmanjšuje potrebe za izboljševanja (*refinement*) pri primerih obravnave z opornicami Spark. Podal je smernice za uporabo računalniške tomografije s stožčastim snopom (CBCT) pri digitalnem načrtovanju zdravljenja s sistemom Spark in najpogosteje uporabljene protokole za doseganje predvidljivih premikov zob. V svoje predavanje je vključil prikaz vpliva ortodontske obravnave z opornicami na čeljustni sklep, ki se lahko odraža tudi z individualnimi težavami med zdravljenjem, ter zmogljivosti in omejitve obravnave.

Celodnevnomu predavanju je sledila redna letna skupščina SOD, ki jo je vodila predsednica SOD, asist. dr. Sanda Lah Kravanja po delovnem programu, večer pa smo zaključili s skupno večerjo.

V sobotnem delu strokovnega srečanja nam je predaval **dr. Chris Laspos**, naš dragi prijatelj in prejemnik naziva častni član SOD iz tujine ter prvi predavatelj, ki je že v oktobru 2019 za SOD izvedel predavanje o opornicah z naslovom *Why Invisalign*.

Tokrat nam je predstavil predavanje z naslovom ***Mastering modern orthodontics: digital workflow, growing patients, and complex case solutions.***

Dr. Laspos je leta 1995 diplomiral na Stomatološki fakulteti Univerze v Atenah. Bil je raziskovalec na oddelku za temporomandibularni sklep in ortodontijo na Univerzi v Rochesteru in v Dentalnem centru Eastman v Rochesteru v New Yorku. Njegove raziskave so se osredotočale na

obrazne asimetrije posameznikov, rojenih z enostransko razcepljeno ustnico in nebom. Specializacijo iz ortodontije (1996–1999) je opravil na Stomatološki fakulteti Univerze v Tennesseeju v Memphisu.

Od leta 2000 deluje v svojem zasebnem ortodontskem centru v Limassolu na Cipru. Je ustanovitelj in direktor Ciprskega centra za shize in obrazne deformacije »Medicleft« in »Chrysallida Foundation« ter akademije Synergy, ki izvaja tečaje stalnega izobraževanja za zobozdravstvene strokovnjake.

Dr. Laspos je aktiven član Evropskega združenja Angle in ima certifikat Evropskega odbora ortodontov (EBO). Je član številnih strokovnih združenj, mednarodni predavatelj in pisec člankov.

Bil je predsednik Ciprskega ortodontskega društva (2010–2012), predsednik znanstvenega odbora Grškega združenja za ortodontske študije in raziskave (2014) ter predsednik Evropskega ortodontskega društva EOS in kongresa EOS Limassol v letu 2021.

Dr. Laspos je predstavil ključne pomena temeljitega razumevanja razpoložljivih tehnik in orodij za izbiro metod obravnave. Pri svojem delu uporablja skener iTero in sistem opornic Invisalign pri različnih starostih pacientov in tudi pri najkompleksnejših malokluzijah.

Pravilna izbira metod zdravljenja, ki jo vodi 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 predstavitev pričakujejo lahko hitro obravnavo malokluzije, ki bo potekala povsem brez zapletov ali neugodja ter s čim manj angažiranim sodelovanjem, kar pa je v praksi težko v celoti dosegljivo. Predavatelj je v zaključku predavanja



*Predavatelja in sošolca dr. Perinni iz Italije in dr. Laspos s Cipra*

opozoril prav na te pasti in poudaril, kako zelo pomembno je, da zaradi omejitev ortodontskih opornic ortodontske obravnave izvaja specialist ortodontije, zlasti pri obravnavanju kompleksnejših premikov zobovja. Lahkotno digitalno načrtovanje lahko zavede pri odločitvah zobozdravnika nespecialista, ki opravlja obravnave z opornicami, saj vizualna obravnava na ekranu ni primerljiva s pogoji v pacientovih ustih, kjer smo omejeni z biološkimi posebnostmi in individualnim odgovorom na obravnavo.

Spomladansko srečanje specialistov čeljustne in zobne ortopedije je lepo uspelo. Čeprav je potekalo tik pred prvomajskimi prazniki, je bila udeležba članstva odlična. Združili smo prijetno s koristnim, izmenjali izkušnje in pričakovanja o spremembah glede novih predpisov in zakonodaje ter se poslovlili z obljubo, da se ponovno srečamo na izobraževanju v decembrski Ljubljani.

*Fotografiji sta iz arhiva SOD.*

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

# Urgentni vikend 2026: od teorije do simulacije množične nesreče

Nina Pegam, Evelin Munda, Nik Verstovšek, Igor Goričan

Študentska urgentna sekcija (na kratko ŠUS) je projekt Društva študentov medicine Maribor, ki študentom medicine in drugih zdravstvenih ved že vrsto let na zanimiv način predstavlja področje urgentne medicine in organizacije odziva ob množičnih nesrečah. Namen projekta ostaja povezovanje teoretičnega znanja s praktičnim delom v simuliranih terenskih pogojih, sodelovanje z drugimi reševalnimi službami na terenu ter razvijanje kompetenc, ki jih študentje v okviru rednega študijskega programa redkeje pridobijo. Organizacijska ekipa projekta šteje 19 nadobudnih članov, ki jih združuje veselje do pripravljanja predavanj, delavnic in simulacijskih vaj skozi študijsko leto. Tematsko se raztezajo od strokovnih vsebin urgentne medicine do potopisnih predavanj o medicini v ekstremnih razmerah,

glavni dogodek projekta pa predstavlja tridnevno strokovno usposabljanje – Urgentni vikend.

## Znanje, veščine in ekipni duh

Letos je ŠUS med 15. in 17. majem 2026 organiziral že **8. Urgentni vikend**, ki se ga je udeležilo 30 študentov medicine in zdravstvenih ved obeh univerz. Potekal je v prostorih Centra šolskih in obšolskih dejavnosti Štrk in na površinah Aerokluba Ptuj, kjer je program potekal pod budnim očesom mentorjev zdravnikov specialistov in specializantov urgentne medicine, anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, ginekologije in porodništva, kirurgije, družinske in interne medicine. Glavni namen izobraževanja je pridobivanje znanja o

pristopu k poškodovancu izven kontroliranega bolnišničnega okolja, temeljnih algoritmih za začetno obravnavo in diagnostiki življenje ogrožajočih patologij.

Petkov program je bil namenjen uvodu v vikend, kjer so se udeleženci spoznali z delovanjem Enot reševalnih psov, ki je požela veliko zanimanja, ter se udeležili delavnice šivanja in vstavljanja drenov. Naslednjo preizkušnjo je predstavljal urgentni poligon, na katerem so študentje na zabaven način obnovili svoje spretnosti imobilizacije med premagovanjem ovir ter tako krepili medsebojno povezanost in ekipni duh. Po registraciji je sledilo predavanje s področja organizacije reševanja množičnih nesreč, kjer so udeleženci osvežili znanje o triaži, organizaciji intervencije in poveljniški strukturi – ključnih elementih učinkovitega odziva v okoliščinah, ko število poškodovancev presega razpoložljive vire. V večernem sklopu delavnic so pridobljeno znanje lahko tudi preizkusili z načrtovanjem reševanja množične nesreče ob maketi in figurah ter se naučili ravnanja z ročnimi radijskimi postajami. Izvedena sta bila tudi prikaz izvleka poškodovanca iz vozila in prikaz deeskalacijskih tehnik.

Sobotni program je bil izrazito praktično naravnano, sestavljen iz dopoldanskega in popoldanskega dela, težavnostno pa je bil razdeljen na začetno in nadaljevalno stopnjo. Začetni program je natančno obravnaval ABCDE-pristop, vsaka črka algoritma je predstavljala samostojno delavnico, ki je obsegala teoretično razlago vseh potrebnih ukrepov in prikaz praktičnih veščin, kot so intubacija in analiza patoloških EKG-posnetkov. Za nadaljevalce so bile pripravljene tri različne delavnice: hitra ponovitev ABCDE-pristopa, dodatni postopki oživljanja s preigra-



vanjem praktičnih scenarijev ter porod v predbolnišničnem okolju. V dopoldanskem sklopu so bili vsi udeleženci seznanjeni z nujnimi internističnimi stanji v obliki predavanja. Glavnino popoldanskega dela so predstavljali simulacijski scenariji, kjer so udeleženci v 4-članskih ekipah potovali med postajami in pridobljeno znanje preizkušali v igranih scenarijih s širokega spektra nezgod – od prometnih nesreč do zastrupitev.

## Prvi stik s terenom

Večerni del sobotnega programa je bil presenečenje – manjša simulacija množične nesreče, ki je za udeležence nenapovedana in služi kot predpriprava na nedeljsko vajo. Letos so udeleženci reševali žrtve požara v sodelovanju z gasilci, ki so izvedli evakuacijo ponesrečenec, udeleženci pa so jih nato zdravstveno oskrbeli. Simulacija je pokazala, kako hitro lahko navidezno obvladljiv dogodek preraste v kompleksno situacijo, v kateri uspeh ni odvisen le od medicinskega znanja, temveč tudi od organizacije, komunikacije in timskega dela.

Če je sobota predstavljala preizkus posameznih veščin, je nedelja pomenila veliki finale vikenda, ki je od udeležencev zahteval uporabo vsega znanja, pridobljenega med izobraževanjem. Na letališču Aeroklub Ptuj v Moškanjcih je potekala zaključna terenska vaja reševanja množične nesreče, scenarij je predvideval trčenje dveh letal. Ob prihodu na kraj dogodka je reševalce pričakal prizor, ki je spominjal na dejansko katastrofo – razbitine letal, dim, kaos in več kot 60 poškodovancev.

Med poškodovanimi so bili pacienti s širokim razponom travmatskih poškodb; nekateri so potrebovali takojšnje ukrepanje, drugi so bili na videz stabilni, vendar so zahtevali natančno spremljanje in ponovno ocenjevanje stanja. Prav raznolikost patologij in veliko število poškodovancev sta ustvarila realistično okolje, v katerem so morali udeleženci



sprejemati hitre in premišljene odločitve.

Eden ključnih ciljev vaje je bil prikaz organizacije zdravstvenega odziva ob množični nesreči. Študentje niso prevzeli le vloge članov reševalnih ekip, temveč tudi vodstvene in koordinacijske funkcije. Dispečer je skrbel za pretok informacij med ekipami in usklajevanje komunikacije, vodja intervencije pa za organizacijo dela na celotnem prizorišču. 30 udeležencev v vlogi reševalcev je na kraj simulacije prihajalo po časovni frekvenci nekaj minut, kot bi prihajale ekipe NMP v realni situaciji.

Po opravljeni primarni triazi so bili poškodovanci usmerjeni v posamezne sektorje glede na stopnjo resnosti poškodb. Tam je potekala oskrba poškodovanih skupaj s sekundarno triazo in nadaljnjim spremljanjem stanja poškodovancev. Nadaljnjo obravnavo je koordiniral vodja sekundarne triaze, za organizacijo transporta v ustrezne zdravstvene ustanove pa je skrbel vodja transporta.

Pri izvedbi vaje so poleg študentov sodelovali tudi pripadniki Slovenske vojske, lokalna prostovoljna gasilska društva, policijska postaja ter več ekip

reševalcev. Njihova prisotnost je omogočila realistično izvedbo vseh segmentov intervencije, od zavarovanja kraja nesreče in tehničnega reševanja do zdravstvene oskrbe ter transporta poškodovancev.

Zaključna vaja je udeležencem ponudila vpogled v zahtevnost obravnave množičnih nesreč ter poudarila pomen učinkovite komunikacije, organizacije in sodelovanja med različnimi službami. Takšne izkušnje študentom omogočajo prenos teoretičnega znanja v prakso in pripravo na izzive bodočega poklica. Urgentni vikend tako ostaja osrednji dogodek Študentske urgentne sekcije ter priložnost za pridobivanje dragocenih praktičnih izkušenj poleg klasičnega študija.

*Foto: Jan Koren*

**Nina Pegam, študentka 3. letnika medicine MF UM, članica projekta ŠUS**

**Evelin Munda, študentka 3. letnika medicine MF UM, članica projekta ŠUS**

**Nik Verstovšek, študent 4. letnika medicine MF UM, član projekta ŠUS**

**VU XIV. r. asist. Igor Goričan, dr. med., spec., Slovenska vojska**

# Akupunktura pri boleznih respiratornega trakta

Spomladanski seminar SZAK pri SZD, Laško, 16. 5. 2026

Tanja Rauter Pungartnik, Jadwiga Hajewska Kosi

Spomladanski seminar Slovenskega združenja za akupunkturo pri Slovenskem zdravniškem društvu (SZAK pri SZD) je letos potekal 16. maja 2026 v Thermani Laško pod naslovom *Akupunktura pri boleznih respiratornega trakta: klinične indikacije, mehanizmi delovanja in mesto v sodobni obravnavi*. Seminar je združil strokovnjake različnih medicinskih področij ter ponudil interdisciplinaren vpogled v možnosti vključevanja akupunkture v sodobno klinično prakso.

Program seminarja je obravnaval najpogostejša obolenja respiratornega trakta, pljučni rak, epidemiološke podatke o respiratornih boleznih v Sloveniji, sodobno ambulantno diagnostiko motenj dihanja v spanju ter možnosti

integrativne obravnave bolnikov z respiratornimi težavami.

Poseben poudarek srečanja je bil namenjen povezovanju klinične medicine, akupunkture in drugih komplementarnih pristopov. Predavatelji so predstavili sodobna znanstvena spoznanja ter praktične klinične izkušnje pri obravnavi dispneje, kroničnih respiratornih težav ter vpliva prehrane in limfnega obtoka na delovanje dihal. Seminar je obogatil tudi pogled na daoistično embriologijo in njen pomen v razumevanju človeka z vidika tradicionalne kitajske medicine.

V strokovnih razpravah so udeleženci poudarili pomembno vlogo medicinske akupunkture kot dopolnilnega pristopa v okviru sodobne, na dokazih temelječe medicine. Izposta-

vljeno je bilo, da lahko pravilno indicirana in strokovno izvedena akupunktura pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti življenja bolnikov z respiratornimi obolenji, predvsem pri lajšanju simptomov, izboljšanju funkcionalnega stanja ter podpori celostni obravnavi bolnika.

Seminar je zaznamovalo prijetno in kolegialno vzdušje, ki je omogočalo odprto strokovno razpravo ter izmenjavo kliničnih izkušenj med zdravniški različnih specialnosti. Udeleženci so posebej poudarili pomen tovrstnih srečanj za povezovanje stroke, širjenje znanja ter razvoj multidisciplinarnega pristopa, ki postaja v sodobni medicini vse pomembnejši.

**Tanja Rauter Pungartnik, dr. med., prim. Jadwiga Hajewska Kosi, dr. med., Slovensko združenje za akupunkturo**



# Psihodermatologija

Eva Švagelj

Med 21. in 24. majem je v Portorožu potekal 2. kongres Združenja dermatovenerologov Slovenije z mednarodno udeležbo. V okviru kongresnega programa je bila v petek, 22. maja, posebna sekcija namenjena psihodermatologiji – interdisciplinarnemu področju, ki obravnava povezave med kožo, duševnostjo in vedenjem.

Psihodermatologija je razmeroma mlado področje, katerega začetki segajo v osemdeseta leta prejšnjega stoletja, intenzivneje pa se je začelo razvijati v zadnjih dveh desetletjih. V tujini se je na nekaterih dermatoloških klinikah že uveljavila kot pomemben del celostne obravnave bolnikov s kožnimi boleznimi. V takšnih okoljih delujejo interdisciplinarni timi, ki združujejo znanja dermatologije, psihiatrije, klinične psihologije in drugih strok. Njihov namen je pravočasno prepoznavanje psiholoških in psihiatričnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na nastanek, potek, doživljanje in zdravljenje kožnih bolezni.

Uvodno predavanje sekcije sem namenila psihiatričnemu pogledu na kožne bolezni. Poseben poudarek je bil na prepoznavanju in zdravljenju primarnih psihiatričnih motenj, ki se lahko izražajo s kožnimi simptomi ali z vedenjem, usmerjenim v kožo. Izpostavila sem blodnjavo parazitozo, trihotilomanijo in druge sorodne motnje, pri katerih ima psihiater pomembno vlogo tako pri diagnostiki kot pri zdravljenju. Poudarila sem tudi pomen tesnega sodelovanja med dermatologom in psihiatrom, saj se bolniki s tovrstnimi težavami pogosto najprej obrnejo prav na dermatologa.

Pomemben del sekcije je bil namenjen tudi vlogi stresa in stresnih dejavnikov pri poslabšanju kroničnih dermatoloških bolezni. Številna kožna

obolenja imajo kroničen in ponavljajoč se potek, pri čemer psihološka obremenitev pomembno vpliva na intenzivnost simptomov, adherence k zdravljenju in kakovost življenja bolnikov. Slobodan Vujasinović, dr. med., je nazorno predstavil biološko povezanost kože in živčevja, saj oba izhajata iz nevroektoderma. Ta skupni razvojni izvor predstavlja eno od razlag za tesno dvosmerno povezanost med psihološkimi stanji in dermatološkimi boleznimi. Skozi prizmo logoterapije in misli Viktorja Frankla je predstavil tudi pomen psihične bolečine, ki lahko spremlja kronične kožne bolezni oziroma prispeva k njihovemu doživljanju in vzdrževanju.

V nadaljevanju je prof. dr. Razvigor Darlenski iz Bolgarije predstavil razvoj sodobnega koncepta psihodermatologije. Posebej je izpostavil pomen telesne samopodobe, doživljanja kože in vpliva sodobnih estetskih idealov na bolnikova pričakovanja. Opozoril je tudi na porast pretirane uporabe estetskih postopkov, med drugim t. i. botulinofilije. Pri obravnavi takšnih bolnikov je posebej pomemben pogovor, usmerjen v razumevanje pričakovanj, motivacije in morebitnega nezadovoljstva z videzom. Izpostavljeno je bilo, da dermatološki ali estetski poseg ni vedno ustrezen odgovor na bolnikovo stisko; v nekaterih primerih je potrebna previdnost, včasih pa se je posegu smiselno tudi izogniti.

Zadnji del sekcije je bil namenjen motnjam, pri katerih si bolniki spremembe na koži povzročajo sami. Dr. Balabanova, klinična psihologinja iz Bolgarije, je predstavila ekskoriacijsko motnjo oziroma *excoriation disorder*, ki je v klasifikaciji DSM-5 opredeljena kot samostojna motnja. Gre za ponavljajoče praskanje, stiskanje ali poškodovanje kože, ki lahko vodi v pomembne dermatološke spremembe, brazgotinjenje in izrazito psihosocialno stisko. Motnja je

posebej pomembna v postadolescentni populaciji, kjer lahko pomembno vpliva na samopodobo, socialno funkcioniranje in kakovost življenja. Zdravljenje je vključevalo kombinacijo laserske terapije ter psihološke intervencije, zlasti kognitivno-vedenjsko terapijo.

Predstavljeni prispevki so pokazali, da psihodermatologija omogoča širše razumevanje kožnih bolezni, zlasti pri bolnikih, pri katerih se dermatološki simptomi prepletajo s stresom, duševnimi motnjami, motnjami telesne samopodobe ali samopoškodovalnim vedenjem, usmerjenim v kožo. Takšna obravnava ne zmanjšuje pomena dermatološke diagnostike in zdravljenja, temveč ju dopolnjuje z razumevanjem psiholoških in psihiatričnih dejavnikov, ki pogosto pomembno vplivajo na potek bolezni in uspešnost zdravljenja.

## Zaključek

Sekcija o psihodermatologiji je pomembno opozorila na potrebo po celostni, interdisciplinarni obravnavi bolnikov s kožnimi boleznimi. Izkušnje iz tujine kažejo, da sodelovanje dermatologa, psihiatra, kliničnega psihologa in drugih strokovnjakov pomembno prispeva k boljši diagnostiki, ustrežnejšemu zdravljenju ter večji kakovosti življenja bolnikov.

V Sloveniji specializirani psihodermatološki timi še niso sistematično vzpostavljeni, zato predstavljeno področje odpira pomemben prostor za nadaljnji razvoj klinične prakse, izobraževanja in raziskovanja. Psihodermatologija tako ni le nova subspecialna usmeritev, temveč pomemben korak k bolj celostnemu razumevanju bolnika, pri katerem koža pogosto odraža tudi duševno stisko.

Eva Švagelj, dr. med., spec. psih.,  
ZD Sežana

# Ali napotni zdravnik napoti ali sprejema?

Gašper Tonin

Kakšno je vaše mnenje glede »napotnega zdravnika«, ki bolnika ne napoti – ali obstaja kakšna lepša možnost?

Tokratno vprašanje se dotika terminološke zmede, ki je nastala, ker v različnih pravnih in zdravstvenih dokumentih isti termin označuje več različnih pojmov. Da bi odgovorili nanj, se moramo najprej pogledati v obstoječa besedila, ki termin uporabljajo.

## Jezikovna anamneza

Čeprav SSKJ ni relevanten slovarski dokument za področje medicinske terminologije, pa vpogled vanj ponazori jedro težave. SSKJ<sup>2</sup> se *napotnega zdravnika* dotakne pod geslom *napóten*:

napóten<sup>1</sup> -tna -o prid. (♂)  
*nanašajoč se na napotitev*: napotno diagnozo bo potrdil ali ovrgel histološki izvid odvzetega tkiva / napotni zdravnik *zdravnik, ki pacienta napoti na nadaljnje preiskave, zdravljenje*  
♦ med. napotni zdravnik *zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice*

Razberemo lahko, da je pri splošnojezikovnem delu gesla *napotni zdravnik* tisti, ki pacienta napoti na nadaljnje preiskave ali zdravljenje. Drugače pa je v terminološkem gnezdu, ki *napotnega zdravnika* opredeli kot tistega, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice. Omenjena zmeda se pojavlja v več različnih dokumentih.

Znotraj sistema ZZZS oz. eNaročanja je *napotni zdravnik* tisti specialist, h kateremu je pacient napoten in pri katerem uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice. V sedmi e-izdaji *Pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja* med nalogami izbranega osebnega

zdravnika tako lahko beremo, da ta napotuje k *napotnim zdravnikom* in *napotnim zdravstvenim delavcem* (specialistom, kliničnim psihologom idr.) (1). Podobno je napotni zdravnik opredeljen tudi v 2. členu *Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja*, in sicer: »Napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali po njegovem pooblastilu na podlagi napotnice drugega napotnega zdravnika, ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik, ki je izdal napotnico. Za napotnega zdravnika se šteje tudi zdravnik specialist, pri katerem lahko zavarovana oseba v skladu s pravili uveljavi zdravstveno storitev brez napotnice.« (2)

Po drugi strani pa Zakon o varstvu pred ionizirajočimi sevanji in jedrski varnosti (ZVISJV-1) v 3. členu *napotnega zdravnika* opredeli: »Napotni zdravnik ali napotna zdravničica (v nadaljnjem besedilu: napotni zdravnik) je zdravnik ali zobozdravnik, ki napoti posameznika na radiološki poseg.« (3). Prav tako razlagajo *napotnega zdravnika* tudi drugi viri, npr. *Slovenski terminološki slovar zdravstvene informatike* (tu sicer termin obravnavajo kot kandidata za omenjeno opredelitev) (4), spletna stran Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (5) in *Klinična pot obravnave pacienta v Ambulanti za onkološko klinično genetiko* (6).

Eden novjših dokumentov, ki poskuša reševati težavo, je *Funkcionalna specifikacija rešitve eNaročanje* (3. različica), ki je bila nazadnje posodobljena 1. aprila letos. V njej so se avtorji potrudili opredeliti nekatere osnovne pojme, mdr. sta opredeljena tudi *napotni zdravnik* (»zdravnik, h kateremu je pacient napoten (2. ali 3. nivo)«) in *zdravnik napotivalec* (»zdravnik, ki napotuje, in izdaja napotno listino«). Zanimivo je, da je v dokumentu

celo poglavje *Komunikacija med napotovalcem in napotnim zdravnikom*.

## Fiziologija jezika

Večbesedni termin *napotni zdravnik* je samostalniška besedna zveza, v kateri je določujoča sestavina pridevnik *napotni*. »Najočitnejša« skladenjska podstava te izpeljanke bi lahko bila ‚ta, ki napoti‘. Z vidika jezikovno-sistemskega načela in načela vsebinske ustreznosti tako termin *napotni zdravnik* slovenskemu ušesu zveni bližje za opredelitev »zdravnika, ki pacienta napoti k drugemu zdravniku«, kar verjetno deloma pojasnjuje terminološko zmedo na tem področju. Po drugi strani pa je v zdravstveni zakonodaji *napotni zdravnik* uveljavljen ravno z nasprotnim pomenom. Ker ima načelo uveljavljenosti v takem primeru pomembnejšo vlogo, prav tako pa se v besedilih že pojavljajo rešitve za terminološko zmedo, se ne zdi smiselna terminološka inter-

vencija, s katero bi poskušali termin »zamenjati«.

## Sklep in jezikovni izvid

Z besedotvornega vidika je termin *napotni zdravnik* vsebinsko ustrežnejši za »tistega, ki pacienta napoti k drugemu zdravniku«, kar je verjetno vsaj deloma vir nastale terminološke zmede. Ker pa je v zdravstveni zakonodaji že tako uveljavljen in dosledno upoštevan ravno nasprotni pomen (»zdravnik, h kateremu je bolnik napoten«), pa z vidika terminologije prevlada načelo ustaljenosti. Novejša besedila NIJZ in e-storitve v zdravstvu namreč dosledno uporabljajo prvi pomen, zato bo ta sčasoma verjetno prevladal. Ne glede na naštetto pa bi bilo smiselno uskladiti vsaj obstoječe pravne dokumente, da bi poenoteno uporabljali iste pojme.

Jezikovna vprašanja pošljite na e-naslov: [strokovnojezikovnasvetovalnica@gmail.com](mailto:strokovnojezikovnasvetovalnica@gmail.com)

## Viri

1. Kos D, urednik. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Sedma elektronska izdaja. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2025.
2. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (PISRS) [Internet]. [citirano 9. junij 2026]. Dostopno na: [https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV3562&utm\\_source=chatgpt.com](https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV3562&utm_source=chatgpt.com)
3. Zakon o varstvu pred ionizirajočimi sevanji in jedrski varnosti (ZVISJV-1) (PISRS) [Internet]. [citirano 9. junij 2026]. Dostopno na: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7385>
4. Slovenski terminološki slovar zdravstvene informatike [Internet]. Ljubljana: NIJZ; 2010 [citirano 9. junij 2026]. Dostopno na: [https://nijz.si/wp-content/uploads/2011/05/primertszaobjavo\\_13\\_2.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2011/05/primertszaobjavo_13_2.pdf)
5. Psihiatrična klinika Ljubljana - Paliativna oskrba [Internet]. [citirano 9. junij 2026]. Dostopno na: <https://www.psih-klinika.si/strokovne-enote/center-za-klinicno-psihiatrijo/paliativna-oskrba/>
6. Krajc M, Blatnik A, Kerševan T, Klopčič N, Hotujec S. Klinična pot obravnave pacienta v Ambulanti za onkološko klinično genetiko.

Asist. Gašper Tonin, dr. med., mag. slov. in mag. spl. jezikosl.

# 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, ZKS biltenu in na spletni strani

🌐 Več informacij:



📧 Kontakt: [mojca.vrecar@zks-mcs.si](mailto:mojca.vrecar@zks-mcs.si)



JULIJ 2026

## 8. 7.–29. 9. • NOVI PRISTOPI K ZDRAVLJENJU PONOVLJENE KLL

<b>kraj:</b> spletno izobraževanje	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Prof. dr. Matjaž Sever, dr. med., specialist interne medicine in hematologije, predstavi sodobne smernice zdravljenja ter vlogo nekovalentnega zaviralca BTK pri zdravljenju ponovljene ali neozdravljive kronične limfocitne levkemije.	<b>organizator:</b> Adria-sonara d.o.o.	<b>prijave, informacije:</b> Nives Pustavrh, T: 041 330 606, E: <a href="mailto:nives.pustavrh@adriasonara.eu">nives.pustavrh@adriasonara.eu</a> , W: <a href="https://www.onco-academia.com/e-izobrazevanje/">https://www.onco-academia.com/e-izobrazevanje/</a>	

AVGUST 2026

## 4. 8.–30. 9. • KAKO ZMANJŠATI POJAV SRČNO-ŽILNIH ZAPLETOV PRI ZDRAVLJENJU Z ZAVIRALCI JAK

<b>kraj:</b> spletno izobraževanje	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Prof. dr. Mišo Šabovič, dr. med., specialist interne medicine, kardiologije in vaskularne medicine, predstavi dejavnike tveganja za srčno-žilne zaplete pri zdravljenju z zaviralci JAK ter priporočila za njihovo preprečevanje.	<b>organizator:</b> Adria-sonara d.o.o.	<b>prijave, informacije:</b> Nives Pustavrh, T: 041 330 606, E: <a href="mailto:nives.pustavrh@adriasonara.eu">nives.pustavrh@adriasonara.eu</a> , W: <a href="https://www.derma-academia.com/e-izobrazevanje/">https://www.derma-academia.com/e-izobrazevanje/</a>	

SEPTEMBER 2026

## 10.–12. ob 9.00 • MEDNARODNA ŠOLA FABRYJEVE BOLEZNI – INTERNATIONAL FABRY SCHOOL 2026

<b>kraj:</b> SLOVENJ GRADEC, SB Slovenj Gradec	<b>št. udeležencev:</b> 22	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 26
<b>vsebina:</b> Mednarodna šola Fabryjeve bolezni 2026	<b>organizator:</b> SB Slovenj Gradec	<b>prijave, informacije:</b> Simon Javornik, T: 041 724 318, E: <a href="mailto:simon.javornik@vi-vis.eu">simon.javornik@vi-vis.eu</a> , W: <a href="https://www.fabrycenter.org">https://www.fabrycenter.org</a>	

## 11. ob 8.30 • SISTEMSKO ZDRAVLJENJE IN OBSEVANJE: SINERGIJA SODOBNE ONKOLOŠKE OBRAVNAVE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 5
<b>vsebina:</b> Srečanje bo namenjeno poglobitvi in razširitvi znanja na področju obsevanja v kombinaciji s sistemsko terapijo. Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, specialistom ter specializantom onkologije z radioterapijo, internistične onkologije, kirurgije, interne medicine, radiologom, medicinskim fizikom, radiološkim inženirjem, medicinskim sestram ter vsem, ki jih to področje zanima.	<b>organizator:</b> Onkološki inštitut Ljubljana in Združenje za radioterapijo in onkologijo pri SZD	<b>prijave, informacije:</b> Sabina Lovšin, T: 01 58 79 388, W: <a href="mailto:slovsin@onko-i.si">slovsin@onko-i.si</a> , spletna prijava: <a href="https://forms.cloud.microsoft/e/Z9wsq24yUe">https://forms.cloud.microsoft/e/Z9wsq24yUe</a>	

## 12.–13. ob 8.45 • TRANSDISCIPLINARNA OBRAVNAVA MOTENJ POŽIRANJA V ODRASLI DOBI

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, URI Soča, dvorana v IV. nadstropju stavbe Vrtnica	<b>št. udeležencev:</b> 50	<b>kotizacija:</b> 250 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Seminar je namenjen medicinskemu in negovalnemu osebju, ki je neposredno vključeno v proces hranjenja starejših in oseb z motnjami požiranja. Udeleženci se bodo seznanili z boleznimi, pri katerih lahko nastanejo motnje požiranja, spoznali različne težave v posameznih fazah požiranja, vloge članov tima ter postopke ukrepanja v primeru motenj požiranja.	<b>organizator:</b> URI Soča	<b>prijave, informacije:</b> Marko Oset, T: 030 620 377, E: <a href="mailto:dogodki@ir-rs.si">dogodki@ir-rs.si</a> , spletna prijava: <a href="https://www.uri-soca.si/sl/strokovni-dogodki/Tecaj_ultrazvoka_misicno-skeletnega_sistema/">https://www.uri-soca.si/sl/strokovni-dogodki/Tecaj_ultrazvoka_misicno-skeletnega_sistema/</a>	

**16. ob 8.00 • POLIENDOKRINI METABOLNI OVARIJSKI SINDROM (PMOS): PRESNOVNO OKNO PRED REPRODUKTIVNIMI ZAPLETI**

<b>kraj:</b> POSTOJNA, Hotel Jama	<b>št. udeležencev:</b> 120	<b>kotizacija:</b> 130 EUR	<b>k. točke:</b> 5,4
<b>vsebina:</b> Strokovno izobraževanje bo obravnavalo poliendokrini metabolni ovarijski sindrom (PMOS) z vidika diagnostike, presnovnih zapletov, reproduktivnega zdravja in psihološke podpore. Srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske in interne medicine, medicinskim sestram in babicam ter vsem, ki se pri svojem delu srečujejo s pacientkami s PMOS.	<b>organizator:</b> Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna v sodelovanju s strokovnjaki s KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, Diagnostičnim centrom Strah, KO za reprodukcijo, UKC Ljubljana, Oddelkom za endokrinologijo in diabetologijo, UKC Maribor, in drugimi	<b>prijave, informacije:</b> Prijave sprejemamo izključno na e-naslov: <a href="mailto:info@bolnisnica-po.si">info@bolnisnica-po.si</a> , s pripisom obveznih podatkov (ime, priimek udeleženca, naziv in točen naslov plačnika ter davčna številka). Program je dostopen na spletni strani: <a href="https://www.bolnisnica-po.si">https://www.bolnisnica-po.si</a>	

**18.–19. ob 8.45 • 37. STROKOVNI SESTANEK: INTERNA MEDICINA 2026**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica, Modra dvorana	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> do 1. 9. 2026 180 EUR + DDV, po 1. 9. 2026 200 EUR + DDV, študentje, upokojenci in specializanti ne plačajo kotizacije	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Posodabljanje znanja iz interne medicine ter vej interne medicine, družinske medicine in drugih konservativnih strok medicine.	<b>organizator:</b> Združenje internistov SZD	<b>prijave, informacije:</b> prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., višji svetnik, T: 041 719 734, E: <a href="mailto:radovan.hojs@guest.arnes.si">radovan.hojs@guest.arnes.si</a> , W: <a href="https://www.zis-szd.si">https://www.zis-szd.si</a>	

**18.–19. ob 9.00 • ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI**

<b>kraj:</b> ANKARAN, Adria Ankaran Hotel & Resort	<b>št. udeležencev:</b> 35	<b>kotizacija:</b> 300 EUR (vključuje delavnice, predavanja, učbenik, kosilo 1. dan, malice med odmori)	<b>k. točke:</b> 12
<b>vsebina:</b> Podiplomsko izobraževanje je namenjeno pediatrom, zdravnikom družinske in splošne medicine ter specializantom. Vzporedno bo potekala tudi Astma šola za medicinske sestre.	<b>organizator:</b> UKC Ljubljana, Pediatrična klinika	<b>prijave, informacije:</b> Sanja Lazič, E: <a href="mailto:izobrazevanje.pediatrija@gmail.com">izobrazevanje.pediatrija@gmail.com</a>	

**22. ob 16.30 • ASERTIVNA KOMUNIKACIJA, UKVARJANJE S TEŽAVNIMI LJUDMI**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> 66 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Najnovejši standardi komunikacije na vseh ravneh – koncept »manj je več«, Model interaktivne komunikacije, Prepričljivost – kredibilnost v komunikaciji ...	<b>organizator:</b> Zdravniška zbornica Slovenije	<b>prijave, informacije:</b> Andreja Stepišnik, E: <a href="mailto:mic@zszs-mcs.si">mic@zszs-mcs.si</a>	

**24. 9.–20. 11. • DODATNA ZNANJA IZ PALIATIVNE OSKRBE »KORAK ZA KORAKOM«**

<b>kraj:</b> MARIBOR	<b>št. udeležencev:</b> 30	<b>kotizacija:</b> 700 EUR	<b>k. točke:</b> 53
<b>vsebina:</b> Izobraževanje iz paliativne oskrbe je namenjeno vsem zdravnikom, medicinskim sestram ter drugim delavcem, ki prihajajo v stik z neozdravljivo bolnimi (farmacevti, fizioterapevti, socialni delavci, psihologi, negovalci ...).	<b>organizator:</b> Slovensko združenje paliativne medicine SZD	<b>prijave, informacije:</b> Stanislav Malačič, E: <a href="mailto:info@szpho.si">info@szpho.si</a> , W: <a href="https://szpho.si/">https://szpho.si/</a>	

**25.–26. ob 8.40 • PSIHOLOGIJA KOMUNICIRANJA IN MEDOSEBNIH ODNOSOV**

<b>kraj:</b> VELENJE, Hotel Paka	<b>št. udeležencev:</b> 80	<b>kotizacija:</b> 350 EUR, vključuje dve kosili, večerjo, pogostitve med odmori in delovno gradivo	<b>k. točke:</b> 12,5
<b>vsebina:</b> Dvodnevno izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, ki se ukvarjajo z oskrbo oseb s kroničnimi stanji in je osredotočeno na pomen veščin, kot so komunikacija, motivacija, timsko delo, soočanje s stresom, vseživljenjsko učenje in upravljanje informacij, upravljanje časa, prilagodljivost ter učinkovito vodenje v timih in pri oskrbi bolnikov. Prepoznavanje omenjenih veščin ter njihova uporaba vpletene vključuje v pozitivno soodvisnost in povezanost pri doseganju lastnih ciljev, ciljev podjetja ali družinskih odnosov.	<b>organizator:</b> Društvo EDMED	<b>prijave, informacije:</b> prijava na <a href="https://www.drustvoEDMED.si">https://www.drustvoEDMED.si</a> , informacije: Simon Javornik, T: 041 724 318, E: <a href="mailto:info@drustvoEDMED.si">info@drustvoEDMED.si</a> , W: <a href="http://www.drustvoEDMED.si">www.drustvoEDMED.si</a>	

**25.–27. ob 8.00 • 9. MEDNARODNI KONGRES ANESTEZIOLOGOV IN INTENZIVISTOV**

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel Mons	<b>št. udeležencev:</b> 450	<b>kotizacija:</b> 300 EUR	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> Vabimo vas k udeležbi na 9. mednarodnem kongresu anesteziologov in intenzivistov. Več o kongresu najdete na W: <a href="https://2026.szaim.org/">https://2026.szaim.org/</a> . Dogodek je prijavljen za licenčne točke na ZZS.	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino	<b>prijave, informacije:</b> Robert Berger, T: 040 544 395, E: <a href="mailto:info@szaim.org">info@szaim.org</a> , W: <a href="https://www.szaim.org">https://www.szaim.org</a>	

## 26. • XXVI. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, UKC Ljubljana, predavalnica 2	<b>št. udeležencev:</b> 60	<b>kotizacija:</b> 150 EUR + DDV. Kotizacijo poravnate na podlagi računa, ki vam ga bo poslalo računovodstvo SZD (racunovodstvo@szd.si). Odpoved udeležbe je možna do 22. 9. 2026 na E: <a href="mailto:alenka.mavri@kclj.si">alenka.mavri@kclj.si</a> . Če se odjavite kasneje ali če se šole ne udeležite, zaračunamo polno kotizacijo.	<b>k. točke:</b> 13
<b>vsebina:</b> XXVI. Šola antikoagulacijskega zdravljenja, program je na W: <a href="https://www.trombo.net">https://www.trombo.net</a> .	<b>organizator:</b> Sekcija za anti-koagulacijsko zdravljenje in preventivo tromboemboličnih bolezni – SZD	<b>prijave, informacije:</b> Prijave sprejemamo do 28. 8. 2026 oz. do zapolnitve mest. Za prijavo morate izpolniti vsa polja v prijavnici na W: <a href="https://www.trombo.net">https://www.trombo.net</a> , informacije: Alenka Mavri, E: <a href="mailto:alenka.mavri@kclj.si">alenka.mavri@kclj.si</a> , W: <a href="http://www.trombo.net">www.trombo.net</a>	

## 27.–29. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA IN BRANISLAV »BRANO« RADOVANCEVIC HEART FAILURE FORUM

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Mednarodni simpozij je namenjen predstavitvi inovacij in novih načinov zdravljenja srčnega popuščanja ter izmenjavi strokovnih izkušenj na področju napredovelega srčnega popuščanja in transplantacije srca. Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom.	<b>organizator:</b> Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston	<b>prijave, informacije:</b> prof. dr. Gregor Poglajen, dr. med., T: 01 522 86 71, W: <a href="mailto:brms.slo@gmail.com">brms.slo@gmail.com</a> , spletna prijava: <a href="https://www.slo-heart.org">https://www.slo-heart.org</a> ali E: <a href="mailto:brms.slo@gmail.com">brms.slo@gmail.com</a>	

## 30. 9.–3. 10. • 8. KONGRES SLOVENSkih RADIOLOGOV Z MEDNARODNO UDELEŽBO

<b>kraj:</b> ni podatka	<b>št. udeležencev:</b> 150	<b>kotizacija:</b> 360 EUR, podatki o kotizaciji so objavljeni na spletni strani kongresa: <a href="http://www.8kongres26.radiologija.si">http://www.8kongres26.radiologija.si</a>	<b>k. točke:</b> 31,5
<b>vsebina:</b> 8. kongres slovenskih radiologov z mednarodno udeležbo	<b>organizator:</b> Združenje radiologov Slovenije SZD, Klinični inštitut za radiologijo	<b>prijave, informacije:</b> Tjaša Sitar, T: 01 522 85 30, 040 669 087, E: <a href="mailto:zdruzenje.radiologov.si@gmail.com">zdruzenje.radiologov.si@gmail.com</a> , W: <a href="http://www.radiologija.si/">http://www.radiologija.si/</a>	

## 1. ob 8.00 • SIMPOZIJ ERAS PRI BOLNIKIh Z RAKOM DEBELEGA ČREVEŠA IN DANKE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 6
<b>vsebina:</b> Namen simpozija je predstavitev sodobnih pristopov k perioperativni obravnavi bolnikov z rakom debelega črevesa in danke v okviru protokola ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Poudarjen bo pomen multidisciplinarnega sodelovanja pri celostni obravnavi teh bolnikov ter predstavljeni izzivi vpeljave protokola izboljšane pooperativnega okrevanja na OI Ljubljana. Srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom različnih medicinskih strok, vključenih v perioperativno obravnavo bolnikov, dietetikom, fizioterapevtom ter drugim zdravstvenim delavcem in strokovnjakom, ki jih to področje zanima.	<b>organizator:</b> Onkološki inštitut Ljubljana, Sektor operativnih strok, Oddelek za abdominalno onkološko kirurgijo, in Sekcija za onkološko kirurgijo pri SZD	<b>prijave, informacije:</b> Sabina Lovšin, T: 01 58 79 388, E: <a href="mailto:slovsin@onko-i.si">slovsin@onko-i.si</a> , spletna prijava: <a href="https://1ka.arnes.si/a/2e34499e">https://1ka.arnes.si/a/2e34499e</a>	

2.–3. ob 8.00 • 4<sup>TH</sup> LJUBLJANA HPB SYMPOSIUM – PANCREATIC DISEASES

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Hotel Slon	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 300 EUR za zdravnike specialiste, 150 EUR za zdravnike specializante, za upokojene zdravnike in študente medicine je kotizacija brezplačna	<b>k. točke:</b> 12
<b>vsebina:</b> Vabimo vas na 4. ljubljanski HPB-simpozij z mednarodno in interdisciplinarno udeležbo, kjer bodo glavna tema tumorji trebušne slinavke. Vabljeni ste vsi zainteresirani abdominalni in splošni kirurgi, gastroenterologi, onkologi ter radiologi.	<b>organizator:</b> UKC Ljubljana, Kirurška klinika, KO za abdominalno kirurgijo	<b>prijave, informacije:</b> David Badovinac, T: 01 522 47 50, E: <a href="mailto:info@hpb-ljubljana.si">info@hpb-ljubljana.si</a> , W: <a href="https://www.hpb-ljubljana.si">https://www.hpb-ljubljana.si</a>	

## 2.–3. ob 9.00 • MEDICINSKA KOZMETIČNA AKUPUNKTURA – DVODNEVNI STROKOVNI TEČAJ MEDICINSKE KOZMETIČNE AKUPUNKTURE

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Fakulteta za šport, Gortanova 22	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 600 EUR, vključuje strokovna predavanja, praktične prikaze, študijsko gradivo ter certifikat o uspešno zaključenem programu	<b>k. točke:</b> 17,5
<b>vsebina:</b> Mednarodna šola akupunktore prof. dr. Edvina Derviševića prvič v Sloveniji organizira dvodnevni strokovni tečaj medicinske kozmetične akupunktore. Tečaj vodi dr. Seung Hwan Lee (Seul) skupaj s prof. dr. Edvinom Derviševićem. Metoda izboljšuje mikrocirkulacijo, spodbuja kolagen in tonus tkiva ter deluje sistemsko.	<b>organizator:</b> Zdravstveni zavod za medicino športa	<b>prijave, informacije:</b> Adriana Kuči, T: 031 282 966, E: <a href="mailto:tkm.akupunktura@gmail.com">tkm.akupunktura@gmail.com</a> , W: <a href="https://www.akued.com">https://www.akued.com</a>	

## 5. • UROLOŠKI FORUM MARIBOR – RAK LEDVICE: OD NAKLJUČNE NAJDBE DO SISTEMSKEGA ZDRAVLJENJA

<b>kraj:</b> MARIBOR, UKC Maribor	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> 4
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Klinika za kirurgijo	<b>prijave, informacije:</b> Tina Škerbinc Muzlovič, E: <a href="mailto:tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si">tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si</a>	

## 8. ob 8.30 • SLOVENSKI ZNANSTVENI SIMPOZIJ O RAZISKAVAH RAKA

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Osrednja tema letošnjega simpozija bodo dokazi iz realnega sveta, ki v času hitrega razvoja onkologije predstavljajo pomembno dopolnilo skrbno načrtovanim in izvedenim raziskavam ter postajajo vse pomembnejši vir podatkov za odločanje v sodobni onkologiji. Letošnje srečanje bo dodatno obogatila ugledna mednarodna udeležba. Namenjeno bo zdravnikom, specialistom in specializantom različnih strok s področja onkologije, raziskovalcem z različnih področij biomedicinskih ved, strokovnjakom s področja celostne oskrbe ter vsem, ki se s tem področjem ukvarjajo raziskovalno ali jih to področje strokovno zanima.	<b>organizator:</b> Onkološki inštitut Ljubljana in Društvo radiologije in onkologije	<b>prijave, informacije:</b> Sabina Lovšin, T: 01 58 79 388, E: <a href="mailto:slovsin@onko-i.si">slovsin@onko-i.si</a> , spletna prijava: <a href="https://radiobio.si/">https://radiobio.si/</a>	

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

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Zvezna ul. 2a	<b>št. udeležencev:</b> 10	<b>kotizacija:</b> 450 EUR (predavanji, kava, malica, praktično delo)	<b>k. točke:</b> 6,5
<b>vsebina:</b> V stranskem predelu zobnega loka lahko zobe oskrbimo tudi z onleji. Za te se pogosteje odločimo v primeru večjih okvar zoba oziroma pri večploskovnih kavitetah ter pri avitalnih zobeh. Na delavnici bodo poleg različnih preparacij zob za onlej predstavljene prednosti takojšnje vezave adhezivnega sistema na dentin, dviga gingivalne stopnice s kompozitom, uporabe sodobnih adhezivnih sistemov in adhezivnega cementiranja.	<b>organizator:</b> Zobozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.	<b>prijave, informacije:</b> Urška Brecl, T: 01 520 48 00, 070 772 527, E: <a href="mailto:pohlen@gmail.com">pohlen@gmail.com</a>	

## 12. 10. 2026–11. 6. 2027 ob 17.00 • ONLINE ŠOLA AKUPUNKTURE PROF. DR. EDVINA DERVIŠEVIČA

<b>kraj:</b> preko spleta	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 400 EUR na modul	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Vpis v šolsko leto 2026/2027 je odprt. Program z dolgoletno tradicijo združuje poglobljeno znanje tradicionalne kitajske medicine, akupunkture in klinično prakso. Predavanja se začnejo oktobra. Potekajo preko spleta v živo, en teden na mesec, med 17. in 21. uro, z dostopom do posnetkov. Program obsega 600 ur in 9 modulov. Po končanih modulih poteka praktični pouk v živo. Namenjeno zdravnikom in zobozdravnikom z veljavno licenco.	<b>organizator:</b> Zdravstveni zavod za medicino športa	<b>prijave, informacije:</b> Adriana Kuči, T: 031 282 966, E: <a href="mailto:tkm.akupunktura@gmail.com">tkm.akupunktura@gmail.com</a> , W: <a href="https://www.akued.com">https://www.akued.com</a>	

## 14. ob 8.30 • CEPLJENJE: KJE SMO IN KAM GREMO?

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Domus Medica	<b>št. udeležencev:</b> 180	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje	<b>organizator:</b> Združenje za infektologijo SZD	<b>prijave, informacije:</b> Simona Rojs, T: 01 522 42 20, E: <a href="mailto:simona.rojs@kclj.si">simona.rojs@kclj.si</a> , W: <a href="https://szi.si">https://szi.si</a>	

## 15.–16. ob 9.15 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA, Ramada Resort Hotel	<b>št. udeležencev:</b> 30	<b>kotizacija:</b> 300 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Dvodnevne delavnice potekajo v Kranjski Gori od leta 2001, prihajajoča delavnica bo 86. po vrsti. Število udeležencev je omejeno na 30, s čimer zagotovijo interaktivnost dela. Delavnice udeležencem prinesejo 20 kreditnih točk za podaljšanje licence. Opravljen izpit organizator razume, da so slušatelji usposobljeni za obravnavo alergijskih bolezni in astme odraslih na ravni družinske medicine.	<b>organizator:</b> Alergološko-imunološka sekcija SZD	<b>prijave, informacije:</b> Irena Dolhar, E: <a href="mailto:irena.dolhar@siol.net">irena.dolhar@siol.net</a>	

## 15.–16. ob 15.00 • SLOVENSKA ARITMOLOGIJA 2026/SLOVENIAN ARRHYTHMIAS 2026

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Radisson Blu Plaza Hotel	<b>št. udeležencev:</b> 120–150	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Srečanje predstavlja osrednji prostor za izmenjavo znanja med kardiologi, internisti in drugimi strokovnjaki, ki se pri kliničnem delu srečujejo z motnjami srčnega ritma. Nosilne teme delavnice bodo najnovejše smernice, napredne tehnologije in inovativni pristopi pri zdravljenju motenj srčnega ritma.	<b>organizator:</b> Združenje kardiologov Slovenije, DS za aritmologijo in elektrostimulacijo srca	<b>prijave, informacije:</b> Saša Radelj, T: 01 43 42 100, E: <a href="mailto:sasa.radelj@sicardio.org">sasa.radelj@sicardio.org</a>	

## 16.–17. • INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV

<b>kraj:</b> MARIBOR, UKC Maribor	<b>št. udeležencev:</b> 20	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> Strokovno srečanje je namenjeno specializantom ter specialistom kirurgije, travmatologije in ortopedije.	<b>organizator:</b> UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za travmatologijo	<b>prijave, informacije:</b> Nina Bračič, T: 02 321 29 40, E: <a href="mailto:nina.bracic@ukc-mb.si">nina.bracic@ukc-mb.si</a>	

## 26. ob 8.30 • 70 LET ODDELKA ZA GASTROENTEROLOGIJO

<b>kraj:</b> MARIBOR, Hotel City	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 180 EUR z DDV	<b>k. točke:</b> da
<b>vsebina:</b> Predavanja. Delavnica je namenjena specialistom in specializantom, medicinskim sestram in ostalim zdravstvenim poklicem.	<b>organizator:</b> Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo	<b>prijave, informacije:</b> Tina Škerbinc Muzlovič, T: 02 321 29 40, E: <a href="mailto:tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si">tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si</a> , spletna prijava: <a href="https://www.ukc-mb.si/strokovna-srečanja">https://www.ukc-mb.si/strokovna-srečanja</a>	

## Pridružite se vrhunski ekipi Klinike Golnik

Vas veseli delo v visokospecializiranem kliničnem okolju, kjer lahko združite klinično odličnost, timsko delo in strokovni razvoj? Na Kliniki Golnik vabimo v svojo ekipo

*zdravnika specialista anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine (m/ž).*

## Vaše delo bo obsegalo:

- samostojno izvajanje specialistične dejavnosti na Oddelku za endoskopijo dihal in prebavil,
- pripravo pacientov na diagnostične in terapevtske posege ter spremljanje njihove obravnave,
- sodelovanje pri zahtevnih diagnostičnih in terapevtskih postopkih,
- konziliarno dejavnost in strokovno svetovanje,
- sodelovanje pri raziskovalnem delu in uvajanju strokovnih novosti,
- mentorstvo mlajšim sodelavcem,
- sodelovanje pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva.

## Koga iščemo?

Iščemo strokovnjaka, ki ga odlikujejo:

- samostojnost in strokovna odličnost,
- odgovornost in zanesljivost,
- sposobnost timskega dela in dobre komunikacije,
- hitra presoja in odločanje v zahtevnih situacijah,
- želja po strokovnem razvoju in sodelovanju pri raziskovalnem delu.

## Pogoji za zasedbo delovnega mesta:

- zaključena medicinska izobrazba (9. raven SOK),
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnik,
- opravljen specialistični izpit iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- najmanj 4 leta delovnih izkušenj,
- tekoče znanje slovenskega jezika,
- znanje najmanj enega tujega jezika,
- osnovna računalniška pismenost.

## Zakaj Klinika Golnik?

- delo v priznani terciarni zdravstveni ustanovi,
- sodelovanje z vrhunskimi strokovnjaki,
- možnost raziskovalnega in pedagoškega dela,
- spodbujanje strokovnega razvoja in dodatnega izobraževanja,
- možnost akademske kariere,
- prijetno delovno okolje in sodelovalna organizacijska kultura,
- možnost koriščenja počitniških enot,
- zaposlitev za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Svojo prijavo z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljite na: [razvoj.ljudi@klinika-golnik.si](mailto:razvoj.ljudi@klinika-golnik.si) ali po pošti na: **Klinika Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik.**

## Stomatoestetika Kuliš d.o.o.

zaposli

*doktorico/doktorja dentalne medicine (ž/m)*

za delo s poudarkom na endodontiji z mikroskopom. Iščemo kandidata z veseljem do natančnega dela in sodobnih pristopov. Začetek dela čim prej, samostojno delo od septembra – izkušnje niso pogoj.

Nudimo prijetno delovno okolje v moderni samoplačniški ambulanti.

Informacije: [info@kulis.si](mailto:info@kulis.si) ali Daša: 040 330 039

## 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@zss-mcs.si](mailto:isis@zss-mcs.si).

## Igor Marinček, dr. med. (1921–2006)

Rodil se je 28. aprila 1921 v Celju materi Miji in očetu Franu kot najmlajši od štirih sinov. Pred tem sta starša službovala kot učitelja na slovenskih šolah v Trstu, kjer so bili rojeni trije starejši bratje, med njimi kot drugi moj oče Zdenko (1916). Zaradi fašističnega nasilja si je bila družina leta 1920 prisiljena poiskati nov dom v Celju.

Po končani gimnaziji se je v Ljubljani leta 1940 vpisal, leta 1952 pa diplomiral na Medicinski fakulteti. Junija 1941 so Nemci vso družino izselili v Čuprijo. Leta 1942 so se preselili v Niš, kjer je Igor več let delal v bolnišnici kot medicinar. Po vojni je prvo službo zdravnika dobil leta 1953 v Mestni ambulanti Izola v takratni coni B, drugo leta 1955 v Zdravstveni postaji na Cankovi v Prekmurju in tretjo, v kateri je dočakal upokojitev, leta 1960 v Zdravstvenem domu v Radljah ob Dravi. Tam je bil od 1964 do 1983 direktor. Upokojil se je leta 1986, pogodbeno pa je delal še nekaj let.

Leta 1972 se je vpisal na Medicinsko fakulteto Vseučilišča v Zagrebu in leta 1973 opravil izpit za specialista splošne medicine.

V mladih letih je kot navdušen kolesar prevozil vse republike tedanje Jugoslavije, torej



vseh šest do Makedonije in nazaj.

Igor je bil eden naših prvih učiteljev smučanja z izpitom in tudi mene je naučil prve zavoje na položnih klancih zraven Podkorena, sobo pa smo imeli v bližnjem hotelu

Vitranc. Z ženo Sonjo sta veliko potovala po Evropi z avtom Zastava Fiat 1500 in počitniško prikolico, zaradi smučanja tudi v Chamonix. Poleti sta nas obiskovala na našem vikendu v Seči, kjer je Igor vedno brezhibno zapeljal in parkiral s prikolico vzvratno po peščen poti navzgor.

Spomnim se tudi, da smo za obiske v Izoli potrebovali prepustnice, ki so jih policisti pregledovali v vasi Rižana ob istoimenski rečici.

Umrli je 6. novembra 2006, star 85 let, v bolnišnici v Slovenj Gradcu zaradi odpovedi srca.

S Sonjo sta pokopana v našem družinskem grobu na starih Žalah.

Tam počiva tudi moj brat Igor, ki je nesrečno utonil avgusta 1951, še ne štirileten, v bazenu, kjer so med gradnjo štirih manjših blokov na Pržanu pri Šentvidu (v enem smo stanovali) imeli apno, potem pa je bil poln vode za poletno kopanje. To je bil za našo družino hud udarec in kmalu zatem smo se preselili v Šiško.

*Črt Marinček*



# 50 let nove stavbe Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (1975–2025)

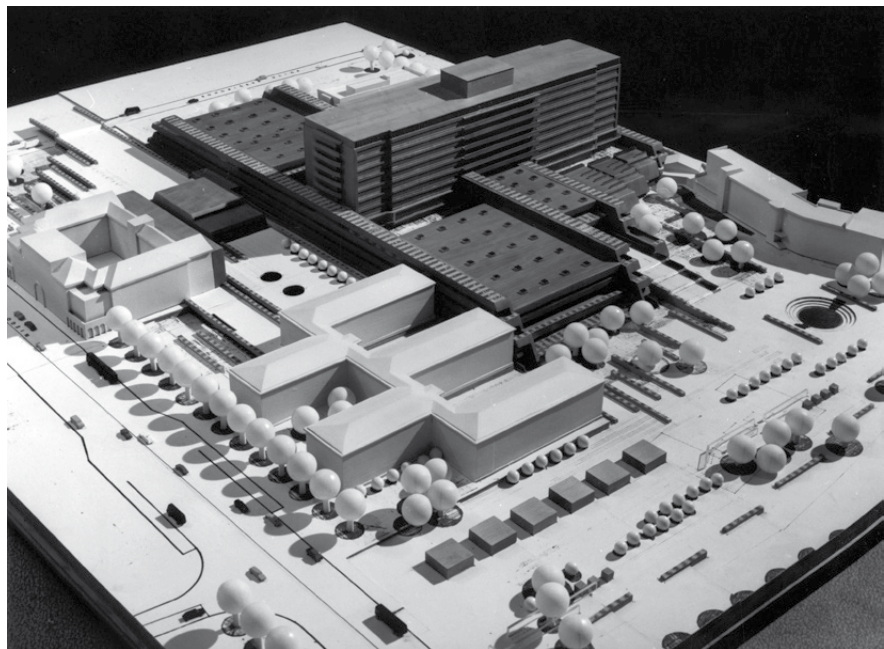
Zvonka Zupanič Slavec

29. novembra 1975 je bila po dolgi prehojeni poti namenu predana glavna stavba ljubljanskega kliničnega centra (KC). Pogledjmo, kakšno pot sta morali prehoditi slovenska družba in njeno zdravstvo, da smo pridobili nov kompleks. Zdravniki, arhitekti in urbanisti se dolgo niso zedinili, ali bi bilo bolje bolnišnico širiti na obstoječi lokaciji ob Zaloški cesti ali jo preseliti na obrobje mesta. Tudi razmišljanja o ločeni mestni bolnišnici in kliniki s fakulteto so oddaljevala gradnjo. Kresala so se torej urbanistična, arhitekturna in strokovna mišljenja, predvsem pa je primanjkovalo sredstev, kar je skoraj 50 let preprečevalo izgradnjo prepotrebne bolnišnice. Za pridobitev denarja je bil najpomembnejši politični vpliv: centralna blagajna je bila namreč takrat v nekdanji jugoslovanski prestolnici Beograd, investicija v t. i. novo stavbo KC pa je bila vredna kar 110 milijonov takratnih nemških mark!

Začetki bolnišničnega zdravljenja na Kranjskem segajo v konec 18. stoletja, ko je bila pred natanko 240 leti (1786) v Ljubljani nasproti današnje kavarnе Evropa ustanovljena prva civilna bolnišnica na Kranjskem s komaj 12 posteljami. Dobrih 100 let kasneje se je zaradi rasti mesta in medicinskega napredka ter tudi potresa leta 1895 preselila iz porušene zgradbe (avguštinskega samostana) v nove prostore na sedanji lokaciji ob Zaloški cesti. Tam je dobila sedem medicinskih paviljonov, bila za tisti čas najsodobneje opremljena z električno napeljavo in centralno kurjavo,

## Pol stoletja vztrajnosti

Gradnja novega KC je bila rezultat skoraj 50-letnega iskanja rešitev, strokovnih razprav in političnih prizadevanj.



Maketa bolnišničnega in diagnostičnega objekta Kliničnega centra (z južne strani), vpeta med Polikliniko (označeno s P) in Ortopedsko kliniko (označeno z O).



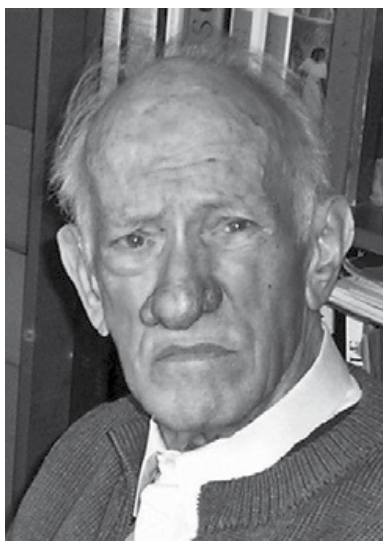
Arhitekt akad. Stanko Kristl (1922–2024) je bil glavni projektant diagnostično-terapevtsko-servisnega objekta Kliničnega centra (hrani IZMMH).



*Dokončana nova stavba Kliničnega centra Ljubljana okoli leta 1975 (hrani Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko (IZMMH) UL MF).*

predvsem pa je zagotavljala 568 bolniških postelj.

Že med obema svetovnima vojnama je v Ljubljani primanjkovalo bolniških postelj, a najrazličnejše pobude niso uspeli doseči obsežnejše bolnišnične širitve. Po **2. svetovni vojni se je leta 1945** kompleks splošne bolnišnice ob Zaloški cesti **razširil**, ker je pridobil dodatne prostore: **nacionalizirana sanatorija Šlajmerjev dom in Leonišče** (s prostori današnjega Zavoda za transfuzijsko medicino), **Fabianijevo Mestno hiralnico** na Japljevi ulici, kasneje **gospodinjsko šolo v Šiški**, preurejeno v Bolnico Petra Držaja, in še nekatere zgradbe. Skupaj s pridobljeno stavbo nekdanje šentpeterske vojašnice, ki jo je fakulteti dodelil takratni **ljubljski župan, ginekolog prof. dr. Pavel Lunaček**, se je ves bolnišnični kompleks preimenoval v Klinične bolnice (KB). Nove klinike so v naslednjih letih reorganizirali, preseljevali in prenavljali, a kljub temu število bolniških postelj in obseg funkcionalnih



*Arhitekt Janez Trenz (1914–2005) je bil glavni projektant posteljnega trakta Kliničnega centra Ljubljana (hrani IZMMH).*

prostorov nista zadoščala vse večjim potrebam rastočega mesta. **Nujna je bila novogradnja.** Kot lokacija je bila po dolgotrajnem dogovarjanju o

## Medicinski preskok

Nova stavba je omogočila razvoj vrhunske medicine, sodobnih oddelkov, izjemno rast strokovnega kadra, pedagoškega in znanstvenoraziskovalnega dela.

morebitni selitvi v zeleni mestni pas pod Šmarno goro zaradi **racionalizacije izbrana obstoječa lokacija na Zaloški cesti**, in sicer majhna površina med ortopedsko kliniko in polikliniko. Načrtovalci so morali skrbno povezati novo stavbo z obstoječimi ter preprečiti podvajanje medicinskih in tehničnih služb.

## Med številnimi zamislimi je obveljala današnja

Maja **1961** je Mestni ljudski odbor Ljubljana izbral **projektantsko skupino pod vodstvom arhitekta Stanka Kristla** (1922–2024).



Pogled na osrednjo stavbo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (leto 2015; foto: Dunja Wedam, hrani IZMMH).

Skupina, ki se je imenovala H (*Hospital*) in se je kasneje oblikovala v **Medico engineering**, naj bi nadaljevala s preučevanjem programa za zidavo nove bolnišnice v skladu s potrebami Ljubljane in celotne Slovenije. Nov kompleks naj bi **služil zdravljenju bolnikov** ter bil **učna baza študentom Medicinske fakultete** in ljubljanskim zdravstvenim šolam. Urbanisti so tudi načrtovali preureditev prometne infrastrukture, tako da bi bila Zaloška cesta zaprta za ves tranzitni promet.

Arhitekt **Stanko Kristl** je predlagal **16-nadstropno bolnišnično stolpnico**, arhitekt **Janez Treznar** (1914–2005) pa je pripravil projekt za sedanji **bolnišnični posteljni**

**objekt**, ki je bil sprejet in so ga **začeli graditi 13. julija 1966. Diagnostično-terapevtsko-servisni objekt (DTS)**, ki je **prvi centraliziral bolnišnične službe** in ga je prof. Kristl zasnoval **po konceptu** vplivnega kanadskega arhitekta za zdravstveno arhitekturo **Gordona A. Frie-sna** (1909–1992), so **začeli graditi leta 1969**. Podoba novogradnje je soustvarjalo tudi okoli 80 strokovnih sogovornikov iz zdravstva, med njimi so izvirne rešitve prispevali prof. dr. **Mirko Derganc** (1914–1981) za mednarodno priznani **opeklinski center**, prof. dr. **Franjo Zdravič** (1923–2007) za moderni **urgentni center** in prof. dr. **Pavle Kornhauser** (1923–2014) za **otroško kirur-**

### Prelomni dogodki (1786–2024)

- 1786 – Ustanovitev prve civilne bolnišnice na Kranjskem (12 postelj).
- 1895 – Potres in odločitev za selitev bolnišnice na Zaloško cesto.
- 1898–1900 – Gradnja sedmih modernih paviljonov (568 postelj).
- 1945–1950 – Razširitev kompleksa z nacionaliziranimi stavbami (Šlajmerjev dom, Leonišče, Mestna hiralnica, šentpeterska vojašnica).
- 1961 – Izbor projektantske skupine H pod vodstvom arh. Stanka Kristla.
- 1966 – Začetek gradnje posteljnega objekta (arh. Janez Treznar).
- 1969 – Začetek gradnje DTS (diagnostično-terapevtsko-servisnega objekta).
- 1970–1975 – Selitve klinik v novo stavbo.
- 29. november 1975 – Uradna predaja nove stavbe KC.
- 1998 – Odcepitev Psihiatrične klinike in Klinike Golnik.
- 2014 – UKCL preseže 7.700 zaposlenih in 116.000 hospitalizacij.
- 2024 – UKCL doseže 2.188 postelj, 105.000 hospitalizacij in 7.461 zaposlenih.

### Poimenovanja ljubljanske bolnišnice skozi čas

- 1786: Civilna bolnica
- 1850–1918: Deželna civilna bolnica
- 1918–1931: Splošna bolnica v Ljubljani
- 1931–1941: Obča državna bolnica v Ljubljani
- 1941–1945: Splošna bolnica v Ljubljani
- 1945–1953: Medicinska fakulteta – Klinične bolnice v Ljubljani
- 1953–1972: Klinične bolnice v Ljubljani
- 1972–1981: Klinični center Ljubljana
- 1982–1992: Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 1993–2006: Klinični center Ljubljana
- 2006: Univerzitetni klinični center Ljubljana

**gijo**. Zasnova je povezovala kompleksne funkcionalne, vsebinske, medicinsko-tehnološke in druge zahteve ter kasneje postala referenčna tovrstna ustanova v nekdanji Jugoslaviji. Stavbo so tudi v številnih enotah najmoderneje opremili z diagnostičnimi aparaturami za enote rentgenološkega inštituta, nuklearne medicine, klinične nevrofiziologije in kardiorespiracijskega laboratorija, uredili opeklinski center, oddelek za otroško kirurgijo, porodniški blok, operacijske dvorane, urgentni blok, intenzivno terapijo, dializni center ter centralni klinično-ke-mični laboratorij z urgentnim laboratorijem in specializiranimi laboratoriji.

### S sodobno arhitekturo uvedena nova merila bolnišnične gradnje

**Selitve** v novo stavbo so se **začele že leta 1970** in so potekale več let, tudi po **uradnem odprtju**

## Arhitektura, ki je presegla čas

Zasnova arhitektov akad. Stanka Kristla in inž. Janeza Trenza je uvedla nova merila bolnišnične gradnje v Sloveniji in Jugoslaviji.

**29. novembra 1975. Gradnja** novega KC z zahtevnim opremljanjem prostorov in selitvijo je torej skupno **trajala skoraj 10 let**, kar je pravzaprav malo glede na novejšo izkušnje pri nekaterih večjih zdravstvenih objektih pri nas.

Odprtje novogradnje KC je prineslo **razvoj vrhunske medicine** v tedanji Sloveniji in Jugoslaviji, zato ta gradnja pomeni **mejniki v razvoju zdravstvenega varstva na Slovenskem**. KC je postal največji in **najsodobnejši bolnišnični kompleks v takratni 20-milijonski Jugoslaviji**. S sodobno arhitekturo je uvedel nova merila bolnišnične gradnje pri nas. **1.071 novih bolniških postelj**,

## Bolniške postelje

Leto	Število postelj
1898	568
1970	2.800
1975	3.871
1999	2.700
2014	2.175
2024	2.188

## Zaposleni

Leto	Skupaj	Zdravniki	Medicinske sestre
1970	2.400	250	500
1975	3.900	460	1.250
1999	6.027	855	–
2014	7.778	1.177	3.791
2024	7.461	1.268	3.214

## Razvoj površin

Nova stavba KC (1975)	80.000 m <sup>2</sup>
Celoten kompleks UKCL (2024)	~250.000 m <sup>2</sup>

večje število zaposlenih, novi oddelki in sodobnejša organizacija dela so močno izboljšali bolnišnično zdravljenje občanom Ljubljane z okolico ter najhuje prizadetim bolnikom iz vse Slovenije in Jugoslavije. Nova stavba je bistveno **izboljšala tudi pogoje pedagoškega in znanstvenoraziskovalnega dela** predvsem za bodoče zdravnike, pa tudi drugo zdravstveno osebje. Novogradnja je prinesla **novih 80.000 m<sup>2</sup> bruto tlorisne površine!** Za ilustracijo o rasti klinične medicine v Ljubljani navedimo nekaj ključnih podatkov pred izgradnjo in po njej. Pred selitvijo v novo stavbo leta **1970** so imele Klinične bolnice okoli **2.800 postelj in 2.400 zaposlenih**, med njimi okoli **250 zdravnikov in okoli 500 medicinskih sester**. Z **novi stavbo** so se bolnišnične zmogljivosti povečale za 1.071 bolniških postelj, število zaposlenih pa je poraslo na **3.900**, med njimi je bilo **460 zdravnikov in 1.250 medicinskih sester**. S tem se je število hospitalizacij povečalo z **32.000 (1968) na 44.000 (1975)**.

Konec leta **1997** je imel Klinični center Ljubljana približno **3.800 bolniških postelj** in okoli **7.000 zaposlenih**, med njimi **1.000 zdravnikov in 1.700 zaposlenih v zdravstveni negi**. Po odcepitvi Psihiatrične klinike (850 postelj) in Klinike Golnik (250 postelj) leta 1998 je UKC Ljubljana (UKCL) konec leta 1999 razpolagal s približno 2.700

## Hospitalizacije po letih

1968	32.000
1975	44.000
1999	84.500
2014	116.550
2024	105.000



*Ključne premike v času gradnje stavbe Kliničnega centra v letih 1968–1973 je opravil politik in takratni direktor Kliničnih bolnic Janez Zemljarič (1928–1923) (osebni arhiv Janeza Zemljariča, hrani IZMMH).*

bolniškimi posteljami in 6.027 zaposlenimi, med katerimi je bilo 855 zdravnikov. V tem letu je bilo hospitaliziranih 84.500 bolnikov, opravljenih pa je bilo 670.000 ambulantnih pregledov.

Do leta 2014 so se številke še povečale. UKCL je takrat razpolagal z 2.175 bolniškimi posteljami, povprečna ležalna doba je znašala 5,43 dneva. Zaposlenih je bilo 7.778 uslužbencev, med njimi 1.177 zdravnikov in zobozdravnikov ter 3.791 medicinskih sester. V bolnišnici se je zdravilo 116.550 pacientov, opravljena pa sta bila 763.202 specialistična ambulantna pregleda. **V štirih desetletjih** se je število zdravnikov povečalo za skoraj petkrat (z 250 na 1.177), število medicinskih sester pa za več kot šestkrat (s 500 na 3.791).

Najaktualnejši podatki kažejo, da je imel UKCL leta **2024 2.188 bolniških postelj**, letno je opravil okoli **105.000 hospitalizacij**, zaposloval pa **7.461 uslužbencev**, med njimi 1.268 zdravnikov in 3.214 medicinskih sester. Te številke potrjujejo, da UKCL po evropskih in ameriških merilih **sodi med velike klinične ustanove**, hkrati pa razkrivajo

### Človečnost kot temelj UKCL

Ne glede na tehnologijo ostaja bistvo UKC Ljubljana odnos med bolnikom in zdravstvenim delavcem – znanje, sočutje in predanost.

obseg odgovornosti, ki jo nosi v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Čeprav bi pričakovali, da je UKCL danes na vrhuncu svojih moči, se v ozadju odvijajo številni procesi, ki zahtevajo nenehno prilagajanje. Medicina se spreminja, aparature

zastarajo, stavbe potrebujejo prenovo, organizacijski modeli se morajo posodabljati. Vse to zahteva vlaganja v znanje, v tehnologijo, v ljudi. A čeprav je vrhunska medicina resnično »vreča brez dna«, je njeno bistvo še vedno v odnosu med bolnikom in zdravstvenim osebjem.

Zato je prihodnost UKCL odvisna ne le od finančnih sredstev, temveč tudi od ohranjanja tistega, kar je to ustanovo vedno opredeljevalo: predanost poslanstvu, strokovnost in človečnost. Zdravniki, medicinske sestre in vsi drugi zaposleni so bili in ostajajo temeljni steber bolnišnice – angeli za bolnike, ki jim v najtežjih

trenutkih nudijo ne le zdravljenje, temveč tudi upanje. Naj bo to poslanstvo tudi v prihodnje vodilo razvoja UKCL, da ostane prostor, kjer se znanost srečuje s sočutjem in kjer se zdravje razume kot skupna vrednota, ki jo gradimo skupaj – z znanjem, delom in odprtih srcem.

Delo podpirata projekta P3-0043 in A4L – Alliance for Life\_BRIDGE.

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

## Povabilo k sodelovanju pri urejanju medicinsko-tehniške zbirke

Inštitut za zgodovino medicine in medicinsko humanistiko UL MF že od leta 1934 zbira najrazličnejše materialno gradivo, ki priča o razvojni poti slovenske medicine. V zbirki hranimo tudi številne medicinske aparature in inštrumente. Za tehnično urejanje te bogate zbirke iščemo sodelavca prostovoljca – zdravnika, radiološkega inženirja ali drugega strokovnjaka z ustreznim tehničnim znanjem in predvsem interesom.



Slika je ustvarjena s pomočjo umetne inteligence.

Za zainteresirani se prosim javite: [zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si](mailto:zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si) ali [zvonka.slavec@gmail.com](mailto:zvonka.slavec@gmail.com); 041 327 935

# Jean-Cristophe Rufin: Z leopardom na vratu – Kronike nomadskega zdravnika

Igor M. Ravnik

Avtobiografija francoskega zdravnika mi je prišla v roke kot darilo skoraj dve desetletji po izidu (Gallimard 2008). Zame in za večino naših bralcev torej nova knjiga. Živo besedilo nas pritegne k spremljanju avtorjeve pestre življenjske poti, njegovih odločitev in številnih selitev po svetu med medicino, humanitarno akcijo, diplomacijo in pisateljevanjem.

Od otroškega zanimanja za medicino (vzgaja ga dedek – zdravnik stare humanistične šole, sodelavec francoskega odpora med II. vojno) do pubertetnega navdušenja ob triumfu znanstvene medicine ob prvi presaditvi srca, do študija in do začetnih izkušenj v klinični medicini.

Spremljamo bistre mladeničeve zaznave o sistemu, hierarhiji, naravi in vedenju kliničnih veličin tistega časa, prva srečanja s kolegi, prve stike s kliniko, z originali med kliničnimi učitelji, z doživetji, ki mu ostajajo v spominu za vedno: sramotitev stažista v operacijski dvorani, nespretno ugotavljanje smrti, nesposobnost pomagati umirajoči bolnici. Ne gre brez objestnosti: kraja anatomopatološkega preparata glave znanega anarhista, da bi si prijatelj pridobil naklonjenost kolegice, daljne sorodnice Karla Marxa, ostane brez uspeha. Glava se vrne pred Panteon, avtor se razkrije šele na stara leta.

Z njim se zamislimo o možnih poklicnih izbirah, ko po izločitvah drugih smeri vstopi v nevrologijo in potem še v psihiatrijo. Pa o možnih bolj smiselnih in smelih izhodih za njegovo radovedno in svobodoljubno naravo, ko prepozna neustreznost kariernih ponudb. In se, po njegovem mnenju pozno, le odloči in izstopi iz kroga uslužnosti, nabiranja referenc in medsebojnih spotikanj.

Namesto vojaške službe so se takrat medicinci lahko odločili tudi za sodelovanje v francoski pomoči tujini. Mladi zdravnik pristane v Tuniziji, kjer se na piknikih nevede sreča tudi z ljudmi iz tajnih služb v hladno vojno zajetega sveta. V

pionirskem času, ko se v Franciji poraja humanitarni projekt Zdravniki brez meja, pristopi kot sopotnik in soorganizator.

Na akcijah ob svoji empatiji do žrtev velikih političnih katastrof po vsem svetu prepoznava svoj diplomatski čut in pridobiva dragocene izkušnje v odnosih s kolegi. Spozna tekmovalnost, zvižičnost, igre moči. V želji, da bi svoja opažanja nadgradil in teoretsko poglobil, želi vpisati doktorat v visoki politološki šoli, a ga strezni spoznanje, da bo njegovo delo predvsem služilo kariernemu napredku mentorja.

Ne le enkrat zazna vzvišen odnos te sfere do medicince, ki naj kar lepo ostane, kjer je, in še naprej počne svoje koristne reči. Raje se odloči za samostojno pot, raziskovanje in pisateljevanje. Ohranja ali obnavlja stike s zdravniško humanitarno dejavnostjo, predseduje mednarodni akciji proti lakoti. Začasno se še vrne h kliničnemu delu v bolnišnici. Nekaj časa deluje na visokem mestu v vladni administraciji. Povabijo ga v diplomatske službe po svetu, pretežno v Afriki, kjer najde prvo soprogo, spoznava trpljenje domačinov in mednarodno politiko. Med drugim reši francoske talce iz zapora med vojno v Bosni, kjer se s pomočjo slivovke »spoprijatelji« z ječarji.

V diplomatski zaposlitvi mu obilica prostega časa omogoča, da se išče, uri in preskuša v pisateljevanju. Zanimiva so njegova opažanja o zdravnikih pisateljih in o tem, kakšen vpliv pri pisateljevanju igra medicina. Razmišljanja o času za akcijo in času za pisanje, o potrebi po odmiku in nuji, da ustvarjalec še naprej polno živi. Z romani se je prebil med uspešne francoske avtorje, prejel je tudi dve Goncourtovi nagradi in bil pri 56 letih kot najmlajši član sprejet v Francosko akademijo.

Zelo zanimiva življenjska pot. Zgodba nosi pomembno sporočilo o ohranjanju humanizma v medicini. Avtor, razpet med idealom dedkove

in sodobne tehnološke medicine, pa jo zapiše lahkotneje, kot bi lahko skleпали iz naslovne prisposodbe o kobili, ki se ji je v diru proti zvezdam v vrat zagrizel leopard (iz poezije Leopolda S. Senghorja). Na svoji poti k zvezdam naš avtor srečno preživi,

ne brez blage samoironije v človeških rečeh. In prispeva časten delež k tradiciji medicine, ki jo je vzljubil kot otrok.

Delo žal ni prevedeno. V slovenščini pa so na voljo njegovi romani: *Abesinec* (MK 2005), *Vonj po Adamu*

(MK 2010), *Večna Jakobova pot* (Modrijan 2015).

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

## Kako prebuditi tigra – Zdravljenje travm

Jasna Čuk Rupnik

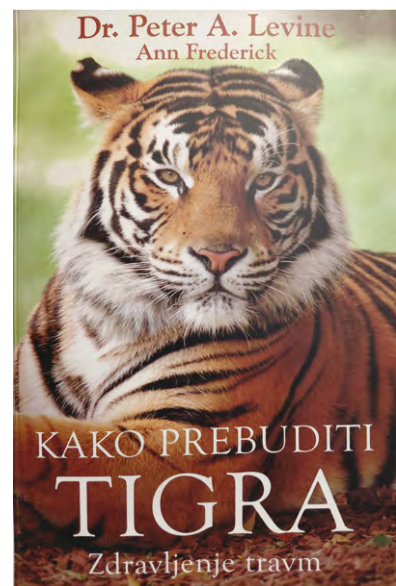
Dr. Peter A. Levine je knjigo pripravil skupaj z Ann Frederick (Založba V.B.Z. Ljubljana, 202 str.). Obravnavata človekov dar nagonске zmōžnosti samozdravljenja, saj ima prirojeno sposobnost preobražanja izkušenj, pod katerimi je klonil. Imamo pa ljudje tudi svoj razumski duh, ki zmore to našo sposobnost uporabiti v svoj prid. Pogosto smo travmatizirani zaradi dozdevno običajnih izkušenj. Zapišeta tudi, da travmatskih simptomov ne povzročā »sprožilni dogodek« sam po sebi. Travmatski simptomi izhajajo iz zamrznjenih ostankov energije, ki se (še) niso mogli razrešiti in sprostiti. Ostajajo ukleščeni v živčni sistem, od koder lahko vsak trenutek povzročājo razdejanje v našem telesu in duhu. Tam ležijo tudi kali naših bolezni in naših drugih zdravstvenih težav.

Poleg poglobljene razlage teh kompleksnih dogajanj in poleg niza zanimivih primerov iz psihoterapevtske prakse sta me kot pediatrinjo nagovorili predvsem dve poglavji. V današnji, z vojnami prežeti realnosti predvsem poglavje o preobražanju družbene travme, pri kateri je Slovenija ugodni čas za nekaj desetletij zamudila. Ob koncu pa še poglavje, ki nosi naslov Prva pomoč za otroke.

Koristno branje, s katerim bomo lahko zdravniki razumeli svoje bolni-

ke in sebe ter enim in drugim tudi pomagali.

**Opomba uredništva:** Somatsko doživljanje (angl. *Somatic Experiencing*) je somatsko usmerjen terapevtski pristop za obravnavo posttravmatskih simptomov s spreminjanjem interoceptivnih in proprioceptivnih občutkov, povezanih s travmatično izkušnjo. Ker zapolnjuje vrzel na področju zdravljenja travm, je deležen vse večjega tako raziskovalnega kot terapevtskega interesa. Sistematični pregled učinkovitosti omenjenega pristopa, objavljen leta 2021, ki je zajel 16 raziskav, objavljenih do poletja 2020, je ugotovil začetne dokaze o pozitivnih učinkih metode na simptome, povezane s posttravmatsko stresno motnjo, metoda naj bi imela tudi pozitiven vpliv na afektivne in telesne simptome ter kazalnike dobrega počutja. Vendar pa splošna ocena kakovosti raziskav in analiza tveganja pristranskosti kažeta, da je skupna kakovost raziskav neenotna. V zaključku avtorji pregleda ugotavljajo, da so rezultati glede učinkovitosti in ključnih dejavnikov metode obetavni, a potrebujejo dodatno potrditev z nepristranskimi randomiziranimi kontroliranimi raziskavami (Eur J Psychotraumatol 2021;12(1):1929023.)



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

# Mary Jane Oliver: Sreča

Založba Mladinska knjiga, 2026

Nina Mazi

»Nočem izgubiti nobene niti iz zapletenega brokata te sreče ...«

Pero, čopič, dleto ... vsakega ustvarjalca se prej ali slej ustavi ob sreči. Ko umetnik, očaran nad navdihom, zaviha rokave in začne ustvarjati, je, naj bi bil oz. bi moral biti srečen. In ko ustvarjalec zaključi svojo stvaritev, jo sklone predstaviti javnosti in z njo deliti svojo srečo – ljudem pokloniti kanček čarobnega občutja, ki ga je sam doživljal ob snovanju in utelešenju svoje stvaritve. Ker človek kljub prizadevanjem in pričakovanjem (ali pa ravno zaradi njih) še naprej ostaja bolj nesrečno bitje, upodabljanja, ponazarjanja in predstavljanja sreče ter pisanja, prepevanja, razglabljanja in sanjarjenja o njej ni nikoli dovolj, kaj šele preveč.

Tega se je očitno zavedala tudi Mary Oliver, ki si je v zadnjem obdo-

bju svojega življenja in ustvarjanja pridobila status najbolj priljubljene pesnice nove celine. Napisala je več kot trideset pesniških zbirk, ki so jih bralci naravnost razgrabili. Vključno z najnovejšo, posvečeno sreči, ki je letos izšla tudi v slovenskem jeziku.

V knjigi z izbrano likovno opremo s pridihom čarobne elegance se Oliverjeva, ki je začela pisati pesmi že pred puberteto – kmalu po svojem desetem rojstnem dnevu, ukvarja z naravo, občutki in čustvi, odnosi, počutjem in razpoloženjem, minevanjem, rojstvom in smrtjo, zakonitostjo življenja, delovanja in bivanja posameznika in skupnosti ter seveda s srečo, ki se kot rdeča nič vleče skozi celotno stvaritev. Na videz skromnih 68 strani poezije prinaša bogastvo, ki

ne terja veliko časa in prostora, da bi očaralo s svojo pretanjeno pripovedjo.

Najnovejše delo priznane ameriške pesnice s pomenljivim naslovom Sreča, ki je razdeljeno v tri ključna vsebinska poglavja – Potovanje, Ljubezen in Sreča, je zgoščeno in razumljivo, primerno za staro in mlado, navdušeno nad poezijo. Zbirka pesmi, ob katerih se bralec lahko mimogrede sprosti, razmišlja, poglobi sam vase, ozre na okolico in jo skuša razumeti, si zastavi ključno vprašanje: Sreča je sicer pogosto res le utrinek, stvar trenutka, hkrati pa se vedno znova izkaže s čarobnim pridihom univerzalnosti. Dejstvo, ki ga priljubljena ameriška pesnica zna, zmore in hoče spretno vtakati v vsako črko svojih imenitnih verzov, vrednih občudovanja, pozornosti in spoštovanja.

# Razkriti obrazi svobode

Gabriela Babnik, Nejc Gazvoda, Alojz Ihan, Vesna Lemaic, Miha Mazzini. Žepna Beletrina 2014, 107 str.

Črt Marinček

**Bralstvu v poletno branje ponujamo zbirko zgodb pod naslovom Razkriti obrazi svobode, v kateri je izšla tudi ena izpod peresa prof. dr. Alojza Ihana.**

V zgodbi z naslovom **Ljubimec** (20 str.) pisateljica Gabriela Babnik piše o beguncih iz Afrike ter njihovem nelahkem življenju in socializaciji.

Nejc Gazvoda v zgodbi **Gozd** (17 str.) piše o odnosih v neurejeni družini, predvsem med Janom in njegovim očetom.

Sledi zgodba Alojza Ihana **Kardinalova molitev** (38 str.). Začne se z dolgim telefonskim pogovorom med Silvo, ki je v Ljubljani, in njenim ljubimcem, zastopnikom farmacevtske multinacionalke, ki je bil službeno v Buenos Airesu. Silva mu je podrobno razlagala, kako je v gostem prome-

tu na mestni obvoznici komaj prišla do trgovskega centra. Citiram: »A kakorkoli, žensko je treba poslušati, ko želi pripovedovati, to je temeljno pravilo. Ni treba poslušati zelo natančno, in nič hudega, če se skozi ušesa izgubi odstavek ali dva. Moškemu itak ni treba razumeti vsake ženske misli, še manj pa spraševati, če mu kaj ni logično ali jasno. Saj tudi če vpraša, mu še vedno ne bo jasno, itak

ženska ne govori, da bi slišala tvoje analize in nasvete, ampak zato, da jo poslušáš.« Ni težko uganiti, da je Silva poškodovala avto, in to luksuznega terenca znamke BMW, ki ga je dobila za rojstni dan pred tednom dni. Na srečo je zvila vrata njegovi znanki Martini Frantar, tako da sta se zmenili za zavarovanje in tudi policisti so umaknili prijavo. V nadaljevanju izvemo, da je moral potovati v Argentino, ker zastopnik podjetja Xavier že tri leta ni dosegal načrtovane prodaje, in to na programu protitumorskih zdravil. Bil je farmacevt, z doktoratom iz Bostona, deset let direktor za Čile, kjer je imel fenomenalne bilance. Za nagrado je dobil Argentino in s tem vstop v nov krog svečnikov, kardinalskih direktorjev. In ni bil prvi, ki je zanemaril posel zaradi ljubice, ne ene, ampak vsaj dveh vzporedno.

To pa je dalo misliti tudi anonimnemu pripovedovalcu zgodbe, ki pripoveduje v prvi osebi. Spomnil se je, da je bila poleg Silve tudi Martina njegova ljubica in da je grešil. »Zato bom vso noč premolil v upanju, da so se moji angeli v mojem primeru

odločili samo za resno opozorilo. Zunaj škrlatnega ogrinjala nekdanji kardinal ne more najti svoje duše, svojega življenja, svoje svobode. Zato bo moja molitev iskrena, kot še ni bila nikoli v mojem življenju.«

Ko sem našemu pokojnemu uredniku poslal sporočilo, da sem prebral to zgodbo, se je odzval z vprašanjem: »Ja, kje si jo pa našel?«

**Primež** (22 str.) je naslov zgodbe, ki jo je prispevala Vesna Lemaic. Govori o demonstracijah mladine v Ljubljani okoli leta 2011 in spopadih s policijo pred Mestno hišo.

**Modra je barva svobode** (13 str.) je zgodba, pod katero se je podpisal Miha Mazzini. Pripoveduje o dečku, ki živi v primorski družini skupaj z nono, nonom in mamo. Na koncu avtor navede citat iz **Izpovedi**, ki jih je napisal francoski filozof in eden ključnih mislecev razsvetljenstva, Jean Jacques Rousseau (1712–1778):

*V splošnem si napravijo verniki takšnega Boga, kakršni so sami; dobri dobrega, hudobni hudobnega, pobožnjaki, zagrizeni, žolčneži vidijo*



*samo pekel, ker bi radi pogubili ves svet, ljubeče in mile duše pa ne verujejo vanj.*

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

## Jože Pirjevec: Kardelj – socialistični utopist na oblasti

*Beletrina, Ljubljana 2026, 788 + 71 str. (besedilo + podatki)*

Marjan Kordaš

Sredi maja letos sem opazil obvestilo, da je izšla knjiga o Edvardu Kardelju. Ali jo je vredno prebrati? In kmalu potem sem doživel dva nenavadna prebliska spomina:

Prvi je iz začetka 60. let v Ljubljani:

Medtem ko sem koračil po Župančičevi cesti, sta izza ovinka iz Kidričeve (zdaj Štefanove) ulice proti meni prikoralata dva diskretno lepo obleče-

na možakarja, globoko zatopljen v pogovor. Četudi ju nisem še nikoli videl, sem ju takoj prepoznal: Edvard Kardelj in Aleksander Ranković. Logično mi je bilo, da oba prihajata iz bližnjega centra slovenske Službe državne varnosti – SDV oz. UDB, nelogično pa, da se pogovarjata. Takrat se je namreč šušljalo, da sta smrtna sovražnika: ali zaradi njunega tekmovalnega odnosa do Tita ali

zaradi različnega odnosa do Sovjetske zveze.

Drugi preblisk je iz zgodnje pomladi 1965 v Angliji, University College London. V mojem laboratoriju (Department of Biophysics) se je nenadoma pojavil dr. B. C., pozneje vsem nam znan in ljubezniv, zdaj že pokojni kardiolog. Približno vem, kako me je našel. Ne vem pa, zakaj mi je začel pripovedovati o načrtovani gospodarski reformi v Jugoslaviji ter o Kardelju. Ki da je navidezen demokrat, v resnici pa strahovit zadrtež. Zato se bo jugoslovansko gospodarstvo sesulo, v nastali zmedi pa bo Sovjetska zveza zasedla Jugoslavijo.

Da se bodo meje spet zaprle in svobode bo konec. »V Anglijo ne boš mogel nikoli več.« Najin pogovor se je končal z obojestransko potrlostjo. (A v Angliji sem bil kasneje še mnogokrat.)

Oba prebliska spomina sta bila spodbuda za nujno branje knjige. Seveda z izkušnjo, da sem socialistično Jugoslavijo doživljal od začetka do konca *v živo – v dobrem in slabem*. Morebitnemu bralcu svetujem, naj najprej prebere *Vsebinsko* na zadnjih straneh knjige. Jaz sem to zgrešil in si po nepotrebnem otežil branje knjige.

Vsebinsko je knjiga razdeljena na predgovor (*Prolog*, str. 15–78) in osem poglavij (I–VIII). Vsa poglavja pa razdeljena še na podpoglavja za podrobnejšo obravnavo dogodkov tistega časa.

Jezikovni slog Jožeta Pirjevca je imeniten. Zato mu uspe na samo 125 straneh (*Prolog* in I. poglavje) besedila izvrstno prikazati Kardeljevo mladost ter zagnanost (vero) v komunizem, partizanski boj in zmago, poboj domobrancev, ljubezen do Stalina, sovraštvo do Stalina, strahote Golega otoka, zmedeno iskanje negotove poti v novo obliko komunizma. Opozarjam na posamezne poudarke (str. 53, 58, 63, 88), o nadrobnotih pa nočem razpravljati.

Nekje sredi knjige sem ugotovil, da je bil Kardelj očitno človek, ki svoje sogovornike obvladuje s poplavo besed. Ki jih zna povezati v nekakšne navidezne dokaze (konstrukte), pod katerimi omaga vsak sogovornik. In se spomnil na svojo predstavitev znamenite knjige *Eastern Approaches* (Isis, oktober 2023, str. 68). Njen avtor Fitzroy Maclean leta 1943 ob prihodu v Titov štab opisuje Kardelja, kako obravnava razrednega sovražnika. Pirjevec pa Macleana kar citira (str. 776): »Kardelj je poznal vse odgovore. Bil je fascinanten sogovornik. Nikoli ga nisi spravil v zadrego ali jezo. Bil je odkrit, povsem logičen, povsem miren in neprizadet. Spletke, umori, zvijače, prevare. Vse je bilo res. Take stvari so se dogajale pod komunizmom, bile so

morda namerne komponente komunizma. Toda na dolgi rok se bo izplačalo (...) nekega dne bo svet v komunističnem tisočletju boljši in srečnejši.« Branje nadrobnoti na str. 678, 684, 761, 764 me je še dodatno pretreslo.

**Kardelj – socialistični utopist na oblasti** je dobro branje. Prvi dve poglavji jasno pokažeta, da je Tito leta 1948 za svetovni komunizem (Stalina) postal smrtno nevaren dejavnik, ki bi ga bilo kot *krivega preroka* nujno uničiti. Kot celota pa se mi zdi najboljše VI. poglavje oz. podpoglavja o gospodarski reformi (str. 545), o odprtih mejah (str. 582), o koncu češkoslovaške pomladi (str. 592), o takratnem zgrešenem ukrepanju generala Ivana Gošnjaka: JLA je poslal na italijansko, ne pa na madžarsko mejo (str. 594). VI. poglavje se mi zdi tudi dobra razlaga mehanizma za odprtje jugoslovanske meje na Zahod ter za devizne račune za »navadne ljudi« – dva velikanska blagoslova za Jugoslovane, nedosegljiva in nepredstavljava za vse vzhodnjake. Ki sta se kot nekakšna čudeža v liberalnosti še stopnjevala in se zaradi balkanske okornosti bolj ali manj ohranjala vse do razpada Jugoslavije leta 1991. Naj poudarim: za vzhodnjake, ki so živeli v peklu, je bila Jugoslavija raj.

**Kardelj – socialistični utopist na oblasti** je tudi kratka zgodovina Jugoslavije. Ko se je skupina Tito, Kardelj, Ranković, Djilas (v bistvu *Politbiro KPJ*) po *Informbiroju* – seveda z velikansko vojaško in ekonomsko pomočjo Zahoda – obdržala na oblasti, je do leta 1953 ukrepala enotno. Po padcu Djilasa, začeni z letoma 1955 in 1956 (glej *Canossa*, str. 315; *Madžarska vstaja*, str. 356), pa razklano. Kot nihanje med **manj trdo** oz. **bolj trdo** linijo. A Titu je vedno uspevalo biti arbiter in je do smrti dokaj uspešno vijugal med Vzhodom in Zahodom. Titu je uspevalo z zahodnimi krediti podpirati Kardeljeve pobude. Ki pa so bile le eksperimenti: pot v vse globlje birokratsko, posledično pa tudi

ekonomsko močvirje. A morda so prav zaradi teh eksperimentov jugoslovanske republike, sprva politični objekti, postajale vse bolj politični subjekti. Subjekti z vse več politične moči, subjekti z nekaterimi vsaj formalnimi atributi državnosti (glej npr. *Cestna afera*, str. 617; *MASPOK*, str. 623; *Teritorialna obramba*, str. 625).

Slike so imenitne, zame skoraj vse novost. Npr. slika s Kidričevega pogreba (str. 277)<sup>1</sup>, ko je zjutraj Ljubljano zalil strahovit dež, nato pa nekoliko ponehal. Pogrebci z dežniki ter Tito in Kardelj kot čelni par nosačev krste s pokojnikom (glej tudi pripis spodaj, P. S.). Objemanje s Titom (str. 628, 778). Sprehod s Titom, za njima soprogi (str. 634). Tito objema Kardelja kot sina (slika na ovitku).

**Kardelj – socialistični utopist na oblasti** je knjiga, ki poda odličen uvid v zakulisna, doslej meni večinoma neznana dogajanja v jugoslovanskem prostoru, deloma pa tudi med komunisti na Zahodu in Vzhodu. Knjiga tudi pokaže, da je komunizem v bistvu institucionalizirana religija. Ki za uveljavljanje oz. vzdrževanje uporablja nasilje.

A knjiga o Kardelju se lahko bere tudi kot tragedija človeka, ki (morda?) počasi prepozna svoje življenje. Je bilo častno? Zgrešeno? Zgrešeno tako osebno kot politično in etično? Da pobijanje političnih nasprotnikov ni bilo le nepotrebno, temveč morda celo kontraproduktivno (str. 776–777)? Da je bil on sam morda strelska tarča za lastne ljudi, komuniste (str. 459–462)? Kako se počuti oče, ko se z njegovo pištolo ustrelji njegov sin (str. 694–696)? Kako (docela) razumeti Kardeljeve stike s škofom Grmičem (str. 777)?

**Kardelj – socialistični utopist na oblasti** spomni tudi na Andreja Gosarja (str. 195, seznam oseb na str.

<sup>1</sup> V knjigi je pomota v datumu (glej *dLib*. si): Kidrič je umrl v Beogradu 11. aprila 1953 (sobota). Objava v *Slovenskem poročevalcu* 12. 4. (nedelja) ter pogreb napovedan za 15. 4. (sreda) v Ljubljani.

854). Njegov nauk je Kardelj poznal in uporabljal. Zato je Kardelj razlikoval med pojmom *sreča* in *zadovoljstvo*.

Sreča **skoraj v celoti ni** odvisna od političnega sistema.

Zadovoljstvo pa, nasprotno, **je skoraj v celoti** odvisno od političnega sistema.

In pri slednjem je Kardelj – komunist – popolnoma zgrešil. Ni upošteval, da je človek po svoji naravi svobodno bitje.

Diktatura (nesvoboda, zapovedi in prepovedi) izključuje(jo), da bi bil človek zadovoljen.

**P. S.:** Leta 1953 sem bil na MF v 6. semestru, pred menoj izpita iz farmakologije in patološke fiziologije. Na Kidričev pogreb nisem šel. Ne samo zaradi dežja. A pogreb se je vrinil v mojo dejavnost, ki se je okoli 14<sup>h</sup> zaključila v enem od vagonov vlaka proti Kamniku z zabavnim dogodkom, na srečo zunaj slišnega polja dežurnega miličnika. Ta zabavni dogodek je primerljiv z vicem o Kardelju – živinozdravniku. Tudi primerljiv s smešnim dogajanjem na MFLj ob dilemah (Kardeljevih izmišljajah), ali TOZD ali SOZD ali OZD. In vse to – iz mojega spomina – je

skoraj dvojnik zabavnim, smešnim in grotesknim dogodkom v knjigi o Kardelju. Vrhunec grotesk pa sta poglavji *Jovanka I* in *Jovanka II*. Kako je hotela postati članica CK ZKJ. Kako se je Titova soproga iz lepotice spremenila v zmaja, pred katerim se je Tito skrival ...

Če bo »Bog in sreča junaška«, bom zgodbe zgoraj pripravil za prihodnjo *Sisi*.

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

## MLADI ZDRAVNIKI IŠČEJO DOM

Spoštovani člani in članice,

imate stanovanje v bližini bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov in ste morda razmišljali o oddaji? Številni mlajši kolegi se v času opravljanja specializacije soočajo z iskanjem primernih nastanitev in prav vaše prazno stanovanje lahko postane njihov začasni dom.

### OBJAVITE OGLAS

Na spletni strani ZZS izberite zavihek ZA ČLANE, nato izberite zavihek MALI OGLASI in izberite gumb ODDAJ MALI OGLAS.

Za dodatne informacije lahko kontaktirate Vesno Habe na elektronski naslov Vesna.Habe@zss-mcs.si ali po telefonu 01 30 72 123.

Zahvaljujemo se vam za vašo prijaznost in podporo pri oblikovanju boljše prihodnosti za mlade medicinske talente.

Zdravniška zbornica Slovenije



# Gorenji Podšumberk, ena granata, trije heroji in telepatija

Jože Darovec

»Sinhroniciteta je stalna resničnost za tiste, ki imajo oči, da jo vidijo.« – Carl Jung

Rad obiskujem slovenske, predvsem dolenske, manjše kraje in posebej gradove oziroma njihove ostanke.

Pred nekaj meseci sem hotel obiskati ostanke gradu Šumberk (Schönberg) pri vasi **Sela pri Šumberku**. Tudi zato, ker so tam padli trije pomembni možje NOB, bodoči narodni heroji, med njimi Milovan Šaranović, ki je pripotoval iz daljne Črne gore krepit NOB v Sloveniji. Nanj in na Sela sem se spomnil, ko sem opazil, da je njegova ulica v Ljubljani postala »Zemljemerska«. Menda ga imajo belogardisti<sup>1</sup> – in ne samo oni – za vojnega zločinca, ker je dal mučiti in ubiti vojne ujetnike in civiliste ...

V Sela z Alenko nisva prispela, ker popravljajo cesto, obvoz je pa po nekakšnih kolovozih. Tako sva tedaj

končala izlet nad Žužemberkom v lepo obnovljeni cerkvi sv. Mohorja in Fortunata.

Teden dni pozneje greva z Alenko čez tržnico in vidim tržničarko pod baldahinom z napisom Sela Šumberk. Vprašam jo, ali je cesta že popravljena. – »Še ni!«

Zanima me naprej: »A poznate tisti dogodek, ko so Italijani z enim samim topovskim šusom od Stične sem ubili tri partizanske poveljnike, bodoče narodne heroje?« (Tj. Šaranovića, Jevtiča, Kavčiča.) In ona – v smislu Jungove »sinhronicitete«<sup>2</sup> in moje »psihokineze/telepatije«<sup>3</sup>:

»Iii, kaj ne! Moja rojstna hiša je v **Gorenjem Podšumberku**. To se je zgodilo pred našo hišo. Mene takrat še ni bilo na svetu, a sosed partizan je bil očividec in nam je povedal, da je priletela ena granata in da niso bili samo trije mrtvi – sedem jih je bilo. Tudi naš konj je dobil šrapnel v trup. Ata so porabili dva litra šnopsa za na rano, da so ga rešili. (Ob tem sem se spomnil našega profesorja dr. Janeza

Milčinskega, ki je večkrat omenjal, koliko življenj je v partizanih rešil prav s šnopsom.) Zadetim borcem pa ni bilo rešitve. Po vojni so na steno naše hiše pritrdili majhno bronasto ploščo v spomin na dogodek.«

(Opomba: Lani je čez noč izginila. Verjetno so jo shranili zbiralci plemenitih kovin.)

Prijazna Šumberčanka je nato opisala – bolj potihó – še par grozodejstev iz svojega kraja, ki jih pa iz previdnosti in obzirnosti tu ne bom omenjal.

- 1 Belogardist je slabšalni izraz (predvsem iz ust partizanov/komunistov), s katerim so v času 2. svetovne vojne v Sloveniji označevali pripadnike protikomunističnih milic (bela garda, vaške straže, pozneje domobranci), ki so se zaradi strahu pred komunistično revolucijo in terorjem OF borili na strani okupatorjev (Italijanov/Nemcev) proti partizanom.
- 2 Sinhroniciteta po Jungu pomeni smiselno sovpadanje dogodkov, ki med seboj niso vzročno povezani.
- 3 Telepatija je domnevna sposobnost neposrednega prenosa misli, čustev ali informacij med osebami brez uporabe znanih čutnih poti (govora, pisanja, kretnej ipd.).

# Kako je vražji fant z Muljave povozil hudiča

Jože Darovec

Pred mnogimi leti sem bil na soboto dežurni psihiater na Studencu (Psihiatrična klinika). Okrog 3. ure zjutraj me zbudi patrolja Ljudske milice (LM) in predstavi mlajšega moškega. »Mislimo, da je tale za vas!«

Oglasil da se je dotični mladenič – pove vodja patrolje – pri njih malo po polnoči. Bil je ves prepaden in pripovedoval, da mu je med vožnjo z avtom na poti iz Ljubljane domov na Muljavo pred vozilo skočil hudič. Imel je kozje roge, kozjo brado in kot

žaromet žareče rdeče oči. Poskakoval je po cestišču in mu na vse načine nagajal oziroma ga izzival. Zavrl je, kolikor je mogel, a je hudiča vseeno zadel. Močno je počilo in hudič je crknjen obležal ob cesti. Ni vedel, kaj bi naredil, zaskrbelo ga je, kaj bodo rekli ljudje, in ga je z lopatko iz prtljažnika zakopal ob cesti. Potem se je zamislil in sklenil, da mora o

nesreči s hudičem vendarle obvestiti milico. Tako se je odpeljal na njihovo postajo LM.

Navezujoč se na fantovo pripoved vodja patrolje pove, da so si za vsak primer podrobneje ogledali mladeničevega »stojadina« (tj. avto Zastava

101) in ugotovili, da je odbijač malo deformiran in krvav. Zaradi suma, da je morda povozil človeka, so odpeljali mladeniča na kraj, kjer je hudiča zakopal. Odkopali so lisico.

Epilog: Mladeniča sem sprejel na intenzivni oddelek zaradi suma na

delirij, za lisico pa so pozneje ugotovili, da je bila stekla ...

---

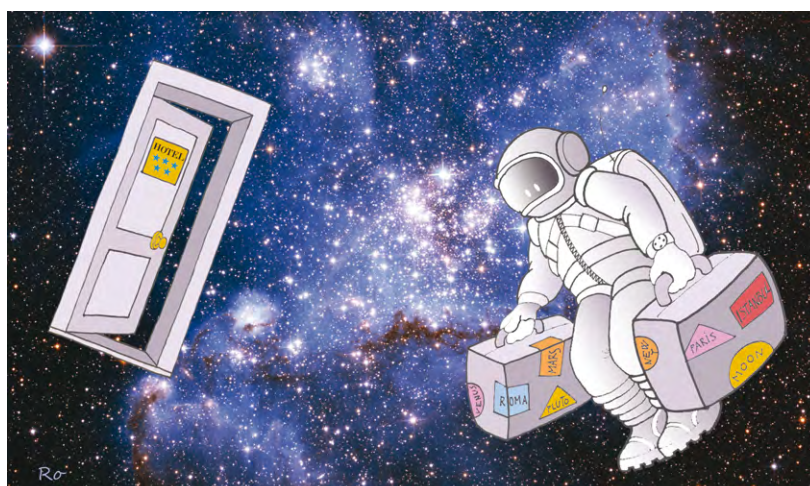
**Prim. Jože Darovec, dr. med., spec.  
nevropsihiater, Ljubljana**

## Karikaturi

Radko Oketič



*Komunikacija*



Ro-

*Space b'n'b ...*

# Navdušeni obiskovalci dogodka Ars Hippocratis

Zdenka Čebašek - Travnik, Andrej Omejc

Drugi dogodek iz cikla Ars Hippocratis (2. aprila 2026) je navdušil obiskovalce v polno zasedeni Rdeči dvorani ljubljanskega magistrata in omogočil obiskovalcem, da spoznavajo zdravnike tudi kot glasbene in literarne ustvarjalce.

Umetniški večer je prinesel glasbo v zasedbi harmonike, saksofona in klavirja, ki jo predstavlja **Trio Ardor** v zasedbi **Andrej Omejc – saksofon, Teja Udovič Kovačič – harmonika, in Blaž Pavlakovič – klavir**, in je v glasbenem svetu precejšnja redkost. Trio je nastal po zgledu ansambla, ki sta ga ustvarila veliki mojster tanga **Astor Piazzolla** in ameriški jazzovski saksofonist **Gerry Mulligan**. Gre za enega izmed manj poznanih projektov sicer svetovno znanega Piazzolle, s katerim se je želel od svojih argentinskih glasbenih korenin še nekoliko bolj približati jazzu in sodobni glasbi. V skladbah s skupnim avtorstvom Piazzolle in Mulligana je postavljena v ospredje skupna zvočnost saksofona in bandoneona, ki se jima povečini kot spremljevalni instrumenti pridružujejo klavir, kitara in kontrabas. V zasedbi Tria Ardor vlogo Mulliganovega baritonskega saksofona in Piazzollovega bandoneona prevzmeta **altovski saksofon** in **sodobna harmonika**, vlogo preostalih

treh inštrumentov pa **klavir**. Trije inštrumenti so si med seboj enakovredni in vsak zasedbi prispeva svoj del – saksofon jo približa jazzovskemu ansamblom in zabavni glasbi, harmonika omogoča zasedbi avtentično izvajanje tanga in ljudske glasbe, klavir pa prej omenjeni glasbili povezuje in zvočnost zasedbe približa evropski klasični glasbeni tradiciji.

Koncerti Tria Ardor rušijo meje med glasbenimi žanri in puščajo za seboj stereotipne predstave o omejenih zmožnostih inštrumentov, ki predstavljajo zasedbo. Tango, valček in ljudske napeve s treh celin predstavijo v povsem novi zvočnosti, hkrati pa zasedba stremi k iskanju avtentičnosti v vseh zvrsteh.

Jedro repertoarja zasedbe predstavljajo skladbe **Astorja Piazzolle** – tiste morda manj znane, ki so nastale v sodelovanju z Mulliganom, in tudi skladbe, s katerimi je Astor Piazzolla dosegel svetovni sloves. Drugo programsko izhodišče predstavlja **klasična glasba, ki je nastala po predlogi ljudske glasbe**. Harmonika je glasbilo, ki je po celem svetu tesno povezano z ljudsko glasbo, v klasični glasbi pa ima podoben status kot saksofon. Glasbili, ki sta bili s strani skladateljev klasične glasbe dolgo spregle-



Trio Ardor – Teja Udovič Kovačič (harmonika), Blaž Pavlakovič (klavir) in Andrej Omejc (saksofon) – v Rdeči dvorani ljubljanskega magistrata.

dani in izobčeni, v zadnjih letih bliskovito pridobivata prepoznavnost tudi v tej glasbeni zvrsti. Cilj zasedbe Trio Ardor je torej predstaviti glasbene korenine inštrumentov in hkrati opozoriti tudi na potencial zasedbe v klasični glasbi ter morda spodbuditi skladatelje, da bi svoja dela posvetili tovrstnim glasbenim zasedbam. Še zadnje izhodišče repertoarja Tria Ardor predstavljajo **lastne kompozicije**. Zaradi velikega pomanjkanja originalnih kompozicij za tovrstno zasedbo je bilo ustvarjanje nove glasbe skoraj nujno in samoumevno. V lastnih kompozicijah iščejo most med ljudsko glasbo z različnih delov sveta, klasično glasbo in jazzom.

Člani Tria Ardor stremijo k snovanju originalnih programskih konceptov. Poleg že omenjenega programa s tango glasbo Astorja Piazzolle, njegovih sodobnikov ter avtorsko glasbo je v preteklih koncertnih sezonah nastopal tudi s programoma »*Ex Oriente*« ter »*Iz ljudskih izročil*«, kjer so v svojih originalnih priredbah predstavili klasično glasbo, ki je nastajala pod vplivom folklorne glasbene tradicije različnih delov sveta. S sezono 2025–2026 Trio Ardor pripravlja program z naslovom »*Around Bartok*«, s katerim raziskuje glasbeno ustvarjalnost skladateljev 20. stoletja, poveza-

nih z madžarskim skladateljem **Belo Bartokom**, ki je klasično glasbo povsem prenovil z rednim vključevanjem glasbenega jezika ljudske glasbe.

V programu tokratnega koncertnega dela dogodka so nas z glasbo očarali skladatelji: Igor Stravinski (1882–1971): Italijanska suita po baletu Pulcinella, Edward Grieg (1843–1907): Norveške ljudske pesmi in plesi, Op. 17 (izbor), Manuel M. Ponce (1882–1948): Intermezzo št. 1, Heitor Villa-Lobos (1887–1959): Melodia Sentimental (Sentimentalna melodija) iz suite Floresta do Amazonas (Amazonski gozd), Alberto Ginastera (1916–1983): Argentinski plesi, Op. 2, Danza de la Moza Donosa (Ples čudovitega dekleta), in Astor Piazzolla (1921–1992): Biyuya.

V literarnem delu dogodkov Ars Hippocratis predstavljamo avtorice in avtorje, ki so povezani z medicino ali medicinsko tematiko. Tokrat je bila to javnosti manj znana zdravnica **Nataša Žilevski**. Rodila se je v Kočevju, kjer je – razen v času študija – živela vse do upokojitve. Ponosna je na svoje slovenske korenine po materi in makedonske po očetu. Kulturi staršev sta pripomogli, da spoštuje vse oblike različnosti, od narodno-kulturne do verske. Strpna je do različne spolne usmeritve in drugače mislečih. Bogate življenjske izkušnje, med njimi loči-

tev, huda bolezen, vzponi in padci ter radost materinstva, so žlahtnile njeno sposobnost empatije do malih ljudi. Pred 14 leti se je preselila bliže hčeri v Ljubljano z željo »pogledati čez plot svojega dvorišča«. V Ljubljani ima dragocen krog ustvarjalnih prijateljic – pesnic in pisateljic, ki so jo spodbudile k pisanju kratkih zgodb. Te je začela objavljati v revijah ter zanje dobivati nagrade. Spoštovala in občudovala je očeta, Dimitrija Žilevskega, ki se je v poznih letih lotil pisanja knjige, ki je bila kot uspešnica ponatisnjena. Knjigo *Otok brez milosti* (izšla 1995), v kateri so vsa imena in osebe, dogodki in kraji resnični, je posvetil svojim sotrpinom na otoku Grgur, kjer je bil pet let zaprt zaradi verbalnega delikta. Ostal je pokončen, pošten in živel brez zamer. Po njem je avtorica podedovala večni optimizem in željo s pisanjem osmisliti tretje življenjsko obdobje. Danes živi v Ljubljani, kjer ji ustvarjalni navdih dajejo družina, prijatelji in bogat vsakdan. Njeno pisanje ostaja zaznamovano z optimizmom, toplino in globokim razumevanjem človeka.

Nataša Žilevski je doslej izdala dve knjigi zgodb, prvo z naslovom *Vonji življenja* (2015) in drugo *Stopi na robnik* (2025), obe sta izšli pri založbi Primus. Svoj poklic je vedno razumela kot poslanstvo. Delo z ljudmi, tako v ambulanti kot na terenu, ji je prineslo številne dragocene izkušnje – od težkih in pretresljivih do toplih in navdihujočih. Prav te življenjske zgodbe, skupaj z osebnimi preizkušnjami in radostmi, so poglobile njeno empatijo ter občutek za malega človeka, ki ga pogosto postavlja v središče svojega literarnega ustvarjanja.

»Ideja o prvi knjigi je nastala ob premišljevanju, kako nam vonji bogatijo življenje. Ne pozabimo vonja ljubljene osebe, spomnimo se, kako je dišal naš dojenček ali mati, določen vonj nas opominja na nevarnost ... Tako so nastali *Vonji življenja*, zbirka 14 zgodb, ki vsaka diši drugače: po domu, osamljenosti, mami, letnih časih, kavi, zemlji in hrepenenju ...



Pogovor z literarno gostjo Natašo Žilevski vodi Zdenka Čebašek - Travnik.



Številni obiskovalci so napolnili Rdečo dvorano.

Zgodbe so vzete iz vsakdanjega življenja, govorijo o malih ljudeh, pa tudi o tistih z obrobja. So optimistično naravnane, ponujajo sožitje, strpnost, človeško bližino,« je pojasnila avtorica.

Drugo knjigo je izdala deset let po prvencu. V vmesnem času je na 13. f3žo za zgodbo *Mostovi klošarja Jerneja* dobila nagrado za najboljšo zgodbo, leto kasneje pa je bila z zgodbo *Slabi geni* na natečaju portala *moja leta.si* uvrščena med »naj humoriste«, trikrat je bila finalistka

natečaja Onine zgodbe. Druga knjiga *Stopi na robnik* je zrelejša, brez »okraskov«. Zgodbe so prepričljive v svoji pripovednosti in kažejo na avtoričin izmojstreni čut za pisanje zgodb, kjer bralca poleg vsebine pritegnejo podrobni opisi nastopajočih oseb in okolja, v katerem se znajdejo. Obogatene so z ilustracijami nadarjene dijakinje **Pie Zabret Verbole**, kar daje knjigi medgeneracijski pečat.

Na dogodku sta avtorica in moderatorka **Zdenka Čebašek** -

**Travnik** prebrali odlomke iz štirih zgodb: *Vonj po gnoju* iz prve knjige ter *Ohridski utrinki*, *Mostovi klošarja Jerneja* in *Koncert Siddharte* iz druge. Vsaki zgodbi je sledil zanimiv pogovor, ki je avtorico predstavil kot podeželsko zdravnico in kot pisateljico, ki svoje veščine pisanja razvija tudi v krogu Javnega sklada za kulturne dejavnosti. Poslušalce je navdušil njen smisel za humor, ki ga je spontano vpletala v odgovore o svojem poklicnem delovanju, o nastajanju zgodb in o vsakdanjem življenju v Ljubljani.

Preplet glasbe in literature, kot ga je pod okriljem Slovenskega zdravniškega društva vzpostavil cikel *Ars Hippocratis*, potrjuje privlačnost koncepta dogodkov, v katerem zdravniki predstavljajo tudi del svojega življenja zunaj zdravstvenega sistema. Občinstvu tako prinašajo sporočila o povezanosti medicine in umetnosti, ki se vedno bolj uveljavlja tudi pri vsakdanjem delu s pacienti.

Zdenka Čebašek - Travnik, zdenka.cebasek@gmail.com

Andrej Omejc, andrejomejc1@gmail.com

## Utrinek o knjižnem večeru s prof. dr. Markom Vudragom – »pozna recenzija«

Dušan Nolimal

Knjižni večer na Zdravniški zbornici Slovenije, ki sem se ga udeležil 6. maja 2026, je bil vse prej kot običajna predstavitev knjige. Šlo je za intelektualno izzivalen in mestoma tudi provokativen večer, na

katerem je prof. dr. Marko Vudrag pod moderatrstvom prim. dr. Lucije Perharič ter ob sodelovanju prim. Jasne Čuk Rupnik predstavil tretji del svoje trilogije z naslovom *Evropska komisija pred nespodobno*

izbiro: *Za orožje (Triler evolucijske napake)*.

Avtor, ki je doktor medicine in doktor znanosti o okolju, v izrazito naturalistični maniri razgrinja anomalije sodobnega sveta ter razvija radikalno tezo, da človek kot vrsta morda ni vrhunec evolucije, temveč njena napaka – bitje, ki bi se lahko

zaradi lastnih dejanj in nezmožnosti samoomejevanja nekoč »ugasnilo samo«. Vudragova trilogija ni lahko-tno branje, temveč intelektualno provokativen razmislek o družbi somraka pameti, o človeku, ki je ustvaril orodja, ta pa zdaj oblikujejo njega. Bralca sooča z vprašanjem, ali tehnološki napredek človeka res osvobaja ali pa ga postopoma spreminja v »informacijski terminal« globalnega sveta.

Razprava je segala daleč preko okvirov literature ali klasične znanstvene debate. Dotaknila se je vprašanj civilizacije, etike, tehnologije, kapitalizma, politične moči in celo samega smisla človekovega obstoja. Vendar je bilo že na knjižnem večeru jasno, da gre za izjemno kompleksno in večplastno delo, ki ga ni mogoče zajeti v enem samem pogovoru ali nekaj izbranih odlomkih. Razprava je zato mestoma delovala kot intelektualni mozaik številnih idej, tez in opozoril, ki so se odpirali hitreje, kot jih je bilo mogoče dokončno osmisлити. Prav zato bi bilo neodgovorno podajati dokončne interpretacije ali sodbe o trilogiji zgolj na podlagi predstavljennih fragmentov. Lahko pa kot zdravnik, raziskovalec in specialist javnega zdravja povem, da so se mi ob branju njegove zadnje knjige in poslušanju predstavitve porajala številna vprašanja – ne nujno kot odgovori, temveč kot etični in družbeni refleksi časa, v katerem živimo. V Vudragovem delu je namreč nedvomno mogoče prepoznati številne vsebinske poudarke, izhodišča in tudi opozorila, ki neposredno posegajo na področje sodobnega javnega zdravja. Ne zgolj v klasičnem epidemiološkem ali zdravstvenostatističnem smislu, temveč predvsem v širšem razumevanju javnega zdravja kot družbene, kulturne, razvojne in etične kategorije. Njegova razmišljanja odpirajo vprašanja javnozdravstvene etike, duševnega zdravja, socialne medicine, družbene kohezije, zdravstvene neenakosti, vpliva digitalizacije na človekovo psihofizično ravnovesje, pa tudi področja komunikacije tveganj,

zdravstvene pismenosti ter vpliva sodobnih informacijskih okolij na vedenje posameznika in skupnosti.

Posebej dragocena se zdijo razmišljanja o atomizaciji družbe, izgubljanju občutka pripadnosti ter postopnem razkroju medčloveških odnosov, saj prav osamljenost, negotovost in kronični družbeni stres danes sodijo med pomembne determinante zdravja. Pomemben del avtorjeve refleksije predstavlja tudi razkrivanje širšega ozadja treh velikih globalnih kriz, ki so v zadnjih dveh desetletjih temeljito zaznamovale in preoblikovale svetovno zdravje, okolje, gospodarstvo, družbo ter geopolitično sliko sveta – svetovne finančne krize leta 2008, pandemije covida-19 ter sodobnih vojaških spopadov in vojn, posebej v Ukrajini, Palestini in v širšem kontekstu zaostrovanj odnosov z Iranom. Avtor se ob tem dotika tudi občutljive tematike prepletenosti globalnega kapitala s centri politične, finančne in korporativne moči ter odpira vprašanja vpliva interesnih omrežij farmacevtske, vojaške, finančne in tehnološke industrije na sodobne družbene procese, javne politike in celo na oblikovanje kolektivnega razumevanja kriz. Prav skozi analizo teh prelomnih dogodkov opozarja, kako tesno so zdravje prebivalstva, družbena stabilnost, politične odločitve, ekonomija in globalni centri moči medsebojno prepleteni ter kako hitro lahko krhkost sodobne civilizacije postane tudi javnozdravstveni problem svetovnih razsežnosti. Ob tem je Vudragovo delo mogoče razumeti tudi kot opozorilo, da javno zdravje ne sme ostati omejeno zgolj na organizacijo zdravstvenega sistema ali obvladovanje bolezni, temveč mora delovati širše – kot kritični družbeni korektiv, kot glas razuma in dolgoročne odgovornosti ter kot stroka, ki prepoznava posledice družbenih, ekonomskih in tehnoloških procesov na človekovo zdravje, dostojanstvo in kakovost življenja. Prav zato se zdi, da njegova trilogija presega okvir klasičnega družbenega eseja in mestoma vstopa tudi v pro-

stor javnozdravstvene refleksije sodobnega sveta. Tudi razprava, ki se je razvila ob predstavitvi knjig(e), je pokazala, da avtor ne odpira zgolj literarnih ali filozofskih vprašanj, temveč posega v samo jedro sodobnih dilem o družbi, oblasti, odgovornosti in prihodnosti človeka.

Najprej vprašanja o družbi in moči. Ali res še živimo v demokraciji ali pa v sistemu, kjer ključne odločitve vse bolj sprejemajo centri moči, ki jih državljani nikoli niso izvolili? Če peščica ljudi obvladuje večino svetovnega kapitala, ali govorimo še o družbi ali o sistemski deformaciji? In kdo danes dejansko usmerja tok zgodovine – volivci ali kapitalski interesi? Ob tem sem se spomnil misli Georgea Orwella (1903–1950), ki je zapisal: »V času univerzalne prevare je govoriti resnico revolucionarno dejanje.« Prav vprašanje resnice je bilo eden ključnih podtonov večera. Ali danes še znamo ločiti resnico od laži – ali pa zgolj izbiramo interpretacije, ki nam najbolj ustrezajo? Če »dejstva« razlagajo zasebne platforme in algoritmi, kdo sploh določa meje resnice? Je večji problem propaganda sama ali naša pripravljenost, da ji verjamemo?

Del razprave se je dotikal tudi tehnologije in umetne inteligence. Vudrag opozarja, da človek morda ni izgubil le nadzora nad tehnologijo, ampak tudi občutek za resničnost. Ob tem se je težko izogniti vprašanju: ali tehnologija človeka osvobaja – ali ga postopoma nadomešča? Če umetna inteligenca piše eseje, ustvarja umetnost in sprejema odločitve, kdo smo potem mi? Subjekti ali produkti sistema? Ob tem se mi je tudi na knjižnem večeru spontano večkrat odprla asociacija na pogosto navajano misel o vzajemnem vplivu človeka in tehnologije: »Najprej oblikujemo orodja, potem orodja oblikujejo nas.«

Posebej močan vtis je pustila avtorjeva kritika neoliberalnega kapitalizma, ki ga primerja z biologijo rakastih celic – rast zaradi rasti same. Če sistem proizvaja vedno več dobrin, hkrati pa vedno več »odvečnih ljudi«,

kdo je v resnici postal odveč? Ali še živimo bolje – ali zgolj hitreje trošimo prihodnost? Ob tem sem pomislil na opozorilo Ericha Fromma, ki je v knjigi *The Art of Loving* zapisal: »Moderni človek misli, da izgublja čas, če ne dela hitro. Ne ve pa, kaj naj počne s časom, ki ga pridobi.«

Jedro Vudragove trilogije pa je vendarle etično vprašanje odgovornosti. Je človek res evolucijska napaka

– ali pa smo zgolj neodgovorni upravljavci lastne moči? To vprašanje je ključno. Kajti če smo kot vrsta sposobni ustvariti globalne sisteme, umetno inteligenco in tehnološko civilizacijo, potem imamo tudi moralno dolžnost, da jih upravljamo odgovorno. V tem smislu Vudragove teze ne razumem kot oprostitev človeka, temveč kot opozorilo in obtožnico. Morda zato bistvo večera ni bilo v

iskanju dokončnih odgovorov, temveč v odpiranju nelagodnih vprašanj, pred katerimi sodobna družba pogosto beži. In morda je bilo najpomembnejše prav vprašanje, ki je ostalo nekje v zraku še po koncu razprave: Če vemo, da smer, v katero gre svet, ni prava – zakaj še vedno hodimo po isti poti?

---

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

## Aforizmi in domisleki

Matjaž Lesjak

Ko človek izgubi smisel za humor, pridobi kapaciteto za osebno prizadetost.

Nisem star, samo mlad nisem več.

Starost bi lahko bila idealno obdobje, da človek počisti za sabo miselne okove in postane odprt in neskončen, kot je nebo, ki se mu bliža.

S starostjo začnemo stvari pozabljati, lahko pa bi jih tudi odpuščali, opuščali in zapuščali.

Mladi ljudje radi gledajo med noge, za stare pa je bolje, da gledajo pod noge.

Vse naše življenje je relativno in minljivo in vendar so vsa naša dejanja za časa življenja nujna, potrebna in nezamenljiva.

Človeku se najprej zgodijo najpomembnejši dogodki v njegovem življenju, razume jih mnogo kasneje.

Na koncu za človekom ne ostane prava ali nepravna pot, ampak samo prehojena.

Nobeno dejanje ni tako majhno, da si ne bi zaslužilo popolne pozornosti.

Doseči popolnost je nemogoče, hoditi po poti k popolnosti pa nuja.

Ko si mlad, hodiš hitreje, a več spregledaš.

Če nekoga ubiješ nehote, ni zato nič manj mrtev.

Neumnost je kot gnoj. Če je dobro premetan, je lahko koristen.

Za nekatere je svet okrogel, za druge je pa cevast – sega od ust do riti.

## E-poslovanje zbornice s svojimi člani

### Kaj je varni elektronski predal?

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

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

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

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

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

ZBORNICI	ZBORNICA ZA ČLANE	KARIERNI RAZVOJ	KONGRESNA DEJAVNOST	INFORMACIJE, PUBLIKACIJE	VOLITVE 20				
Splošni podatki	Funkcije v zbornici	Izobrazba	Specializacija - vloga in mnenje	Licence in strokovni razvoj	Zaposlitev	Zasebnost	Dokumenti	Moje Prijave	Športno društvo
Splošni podatki in članstvo					Obveščanje				
Datum rojstva		01.01.1900			konferencie in simpozije drugih organizatorjev; novosti o zdravilih in medicinskih pripomočkih ter druge ponudbe, za katere predvidevamo, da vas utegnejo zanimati).				
E-poslovanje					Želim prejemati obvestila				
VEP-naslov		Ni podatka			<input checked="" type="radio"/> Da <input type="radio"/> Ne				

Profil člana – podatek o VEP-naslovu

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



Vse o VEP si lahko preberete na tej povezavi.

# Naša Isis: primerjava z nekaterimi avstrijskimi revijami

Marjan Kordaš

Pojasnilo: Do nemščine imam ambivalenten odnos. Z branjem vsakega nemškega besedila preverjam, ali mi uspeva presegati nemoč (stisko), ko sem se – kot vsi moji takratni vrstniki – leta 1941 brez znanja nemščine znašel v šoli z nemškim učnim jezikom. V jeseni 1942 se je ta nemoč (stiska) še povečala: na temelju nemščine se je začel pouk angleščine.<sup>1</sup> A kako brez znanja nemščine razumeti nemški učbenik angleščine? Zaradi neznanja nemščine tudi nisem znal (mogel) pokazati tistega, kar sem znal! Tako mi je nekoč nemška učiteljica zabrusila, da sem *saudumm* (dobesedno: svinjsko neumen; zabit). In tako sem kot najstnik že med nemško šolo sklenil, da se bom trudil (ta) jezik obvladati tako dobro, da bom vedno (vedno!) znal pokazati svoje znanje. To je moja anamneza. O odnosu do dveh jezikov, ki sta mi nekakšni dvojčici. Zgodba, kako nemščine ne sovražiti, angleščine pa ne malikovati, oboje pa produktivno čislati in uporabljati.

\*

Ne spomnim se, kdaj in v kakšnem t. i. *svojstvu* sem se znašel v uredništvu naše revije. Zagotovo vem le, da je bilo to v času, ko sem svoje prispevke pisal na računalnik z urejevalnikom besedil *WordStar*. Urejeno besedilo – že s slovenskimi šumniki – sem prenesel na disketo HD (*high density*: vrhunec moderne tehnike) ter jo (peš) odnesel v uredništvo *Isis*. Tu sem pogosto srečeval glavnega urednika Francija Urlepa, ki se je kmalu domislil, da bi bilo dobro, če bi ob oblikovanju naše revije nekoliko brali tudi

sosejnj, npr. iz Avstrije in Hrvaške. Zaradi nemščine je meni pripadla Avstrija.

Revije avstrijskih zdravniških zbornic sem začel brati takoj potem, ko je naša zbornica uredila tehnične reči, tj. okoli leta 1992. Zaradi prehoda na sodobnejše urejevalnike besedil (*Lotus Word Pro*, *Word for Windows*) se sistematična dokumentacija na mojem računalniku začne okoli leta 1997. Ob pisanju tega prispevka se zato sklicujem ne na fizične izvode revije *Isis*, temveč na arhiv v svojem računalniku.

– *Österreichische Ärztezeitung* (ÖÄZ, glasilo Avstrijske zdravniške zbornice) berem zagotovo že od leta 1997 dalje. Revija ÖÄZ je bila ustanovljena leta 1945, v zadnjih desetletjih izhaja dvakrat na mesec. Ko gre za organiziranost zdravstva v Avstriji, je še vedno v ospredju *Hausarzt* (hišni oz. družinski zdravnik), ki vodi svojo *Hausapotheke* (hišno lekarno), tako da pacient takoj po pregledu oz. diagnozi od zdravnika prejme zdravilo neposredno. Ko se je pred približno desetimi leti avstrijska vlada odločila za ustanavljanje primarnih centrov oskrbe (*Primärversorgungseinheiten*, PVE), v ÖÄZ ni bilo opaziti kake jasne podpore tej zamisli. Pa vendar se zdi, da se število PVE nenehno povečuje, ustanavljajo pa jih tudi »bivši« hišni zdravniki in zdravnice. Obstoji tudi elektronska različica ÖÄZ, za branje nekaterih vsebin pa je nujna registracija.

– Skoraj enako redno kot ÖÄZ berem tudi *AERZTE Steiermark* (AEST, glasilo Štajerske zdravniške zbornice). Revija je začela izhajati leta 2002, enkrat na mesec. V zadnjih letih revija poudarja, da so zdravnice in zdravniki v deželi Štajerski zadovoljni in da se trudijo za oblike dela, ki so združljive s strokovnim napredkom in družinskim življenjem. AEST ima dve vrsti stalnih kolumn. Eno zvrst vodi dr. Ulrike Stelzl (na spletu si je vredno ogledati domačo stran njene ordinacije). Nekaj duhovitih sem prevedel ali komentiral tudi v *Isis*. Npr. kolumno z naslovom »Deset zapovedi za pacienta«; poudarek je

<sup>1</sup> V jeseni 1942 je bil nacizem na višku svoje moči. V Sovjetski zvezi je bil *Wehrmacht* (F. Paulus) pred Stalingradom, *Afrika Korps* (E. Rommel) pa pri El Alameinu pred vrati Egipta. Obe vojski naj bi prodrli do nacizmu prijazne Perzije ter naprej v angleške kolonije. Zaradi tu uveljavljene angleščine bi morala nacistična administracija uporabljati angleščino, zato v nacističnih šolah obvezen pouk angleščine. Ko se je leta 1943 ta nacistični sen sesul, je angleščina izginila iz našega učnega programa.



na zapovedi, da se mora pacient redno umivati. Ali npr. kolumna z naslovom »Nazaj k naravi«, da pa tja nihče noče peš. Druga zvrst kolumn v AEst ima naslov »Rad sem zdravnik na Štajerskem«. V bistvu so reportaže, ki jih pišejo tretje osebe predvsem o življenjski poti nekaterih (izbranih?) zdravnic oz. zdravnikov, zelo malo pa o prednostih dela na Štajerskem. Pred leti sta bila v AEst objavljena dva zelo zanimiva nemedicinska zapisa. Prvi je bila reportaža o dolgem in težkem kolesarjenju dveh štajerskih zdravnikov po južni Evropi. Drugi nemedicinski zapis pa je bila značilna bližnja avstrijska preteklost: življenje in delo nekega štajerskega zdravnika, ki je bil slaven pesnik in hkrati prepričan nacist. Kar zadeva raznolikost, se mi AEst zdi kar podobna naši *Isis*. Obstoji tudi elektronska različica AEst s prostim dostopom do vseh vsebin. Tudi v tem pogledu kar podobna elektronski *Isis*.

– Revijo *Kärntner Ärztezeitung* (KÄZ, glasilo Koroške zdravniške zbornice) sem doslej prejel le nekajkrat. O začetku izhajanja žal nisem

našel podatka. Spominjam se dveh zelo zanimivih prispevkov iz bližnje preteklosti: npr. da zdravnik, ki dela v hospitalni ustanovi (*Klinikum Klagenfurt*), lahko dela izključno kot zdravnik, če pa »gre na svoje«, mora delati tudi kot podjetnik. Ali npr. kako je organizirana nujna medicinska pomoč pri infarktu srca STEMI oz. NSTEMI. Elektronska različica KÄZ izhaja 6-krat na leto, s prostim dostopom do vseh vsebin. Posebnost se mi zdi, da ima vsaka številka rubriko CIRS-medical (CIRS, *Critical Incident Reporting System*). Eno poročilo o »medikaciji z ozonom« je podobno (ali istovetno) z nedavnim poročilom iz AEst, kar sem tudi komentiral v *Isis*.

Za zaključek sem pregledal tudi domače strani zdravniških zbornic za Zgornjo in Spodnjo Avstrijo, Salzburg in Tirolsko. Zelo informativno, morebitni komentar pa bi daleč presegel namen in cilj tega zapisa.

Najbolj me je presenetilo, da nobena od avstrijskih revij, ki sem jih pregledal, nima prispevkov, primerljivih z našo *Sisi*, za 1. april. Če torej uporabim ta pristop, pregledane avstrijske revije **nimajo** ničesar, kar bi bilo primerljivo z rubrikami v *Isis*: *Zavodnik*; *Zdravniki v prostem času*; *Zanimivo*; *S knjižne police*; *Forum*. Komentar k zapisom; *Multidisciplinary Journal Club*; *K naslovnici*. In dalje: za *Isis* velja pravilo, da je pod vsakim naslovom prispevka tudi ime in priimek avtorja/-ice, ki so praviloma zdravniki/-ce. Zdi se, da enako velja za ÖÄZ, pri AEst ter KÄZ pa mora bralec o avtorstvu včasih ugibati.

Med pisanjem tega prispevka sem se znašel pred vprašanjem, zakaj pri zgoraj navedenih revijah iščem primerjave, ne pa razlik. Končno se mi je posvetilo, da so ÖÄZ, AEst, KÄZ in *Isis* revije, ki v različnih okoljih delujejo na temelju istih vrednot: medicinska etika, empatija, solidarnost, sočutnost, enakopravnost, enakovrednost, spoštovanje različnosti, svoboda misli itn. Kako (koliko) se te vrednote uresničujejo v vsakdan-

jem življenju v Sloveniji, Avstriji, v EU ter po svetu, pa je mogoče razpravljati. Pa vendar se zdi, da je uresničevanje teh vrednot znotraj EU primerljivo, zunaj EU pa ne le zelo različno, temveč tudi drugačno.

Seveda ne vem(o), ali zdravniki radi delajo v Sloveniji. A če delajo v Sloveniji, je to jasen dokaz, da so se tako odločili *svobodno*. In kdor ravna tako, natančno ve, kakšno vlogo ima tista posebna značilnost človeka, poimenovana *pogum*.

Hkrati se zavedam, da ima vsaka človekova dejavnost svoje meje. A le od človeka je odvisno, ali so te meje tako blizu, da je človek praktično ujetnik – ali pa tako daleč, da je človek svoboden. Znanje tujih jezikov je eno od orodij za premikanje meja.

Sklopljeno s pogumom pa je skoraj nepremagljivo, a neagresivno orožje.

---

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

## 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: 9,300 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 Škrlič**, 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 Škrlič**, 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.

# 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@zsz-mcs.si](mailto:mic@zsz-mcs.si).



Visokokakovostna  
HD-projekcija



Sodobna  
AV-oprema



Priprava grafične  
podobe dogodka



Snemanje in  
obdelava



Spletni  
prenos

