

Pogovor z doc. dr. Štefekom Grmecom, vodjo Prehospitalne enote Maribor

Jani Breznik

Bi se za začetek predstavili?

Medicinsko fakulteto sem končal v Zagrebu ter pričel delati kot splošni zdravnik. Vzporedno s splošno medicino sem se ukvarjal s psihodinamsko in sistemsko psihoterapijo. Pri delu v splošni medicini sem že tedaj opažal inferiornost zdravnika na področju urgentne medicine (posebej glede sistematiziranega pouka in učenja veščin), zato sem se začel intenzivneje ukvarjati s tem problemom. Trenutno delam kot urgentni zdravnik in predstojnik OE Nujna medicinska pomoč v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, sem pa tudi predstojnik Oddelka za znanstveno raziskovalno delo. Sem specialist splošne medicine. Končal sem podiplomski študij iz intenzivne in urgentne medicine v Zagrebu ter ta študij pozneje nadgrajeval v različnih centrih po svetu, saj specializacije in podiplomskega študija te oblike v Sloveniji takrat ni bilo. Moje strokovno in znanstveno-raziskovalno delo je usmerjeno na področje družinske in urgentne medicine, s tega področja tudi predavam na MF v Ljubljani in Mariboru ter na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru in Visoki zdravstveni šoli v Izoli. V raziskovalnem smislu se ukvarjam s področjem urgentne oskrbe dihalnih poti, uporabe alternativnih zdravil pri oživljanju (vazopresin, eritropoetin), s področjem šoka v predbolnišničnem okolju, kapnografije in hudih poškodb glave v predbolnišničnem okolju in ocenjevalnih lestvic.



Zakaj ste se odločili za urgentno medicino?

Na splošno pa sem človek kratkega stika in konkretnih dogajanj, ki pa rad opazuje metafizično ozadje dogajanja. Urgentna medicina je področje medicine, ki ti omogoča, da razbiješ zidove in fizične meje svojega delovanja. Delovno mesto je vsako področje gibanja in delovanja človeka, ne glede na bizarnost mesta ali dogodka, ki je sprožil intervencijo. V najboljšem primeru se nahajaš v hiši ali stanovanju bolnika in neposredno vidiš okolje - kdo je bolnik, kje živi, kako živi in podobno. Urgentna medicina zajema celotno področje medicine, skoraj vse specialnosti, in zahteva široki krog gledanja. V urgentni medicini imaš na izhodišču celotnega človeka z dominantnim simptomom ali težavo, ki jo največkrat moraš hitro opredeliti in diagnostiko peljati vzporedno z oskrbo. Benjamin Franklin je ob priložnosti zapisal: *“Če ljubiš življenje, ne zapravljaj časa, kajti čas je snov, iz katere je narejeno življenje”*. Mislim, da se strinjate, da ta izjava na področju urgentne medicine dobi svojo najbolj kruto realizacijo. Čeprav je v urgenci čas naš stalni tekmeč in se v naši stroki na hitro opravljenih reči ne ceni posebej, je meni osebno zanimiv sogovornik v oskrbi bolnika in doda adrenalinski odtенок dogajanja. Pravzaprav je testo urgentne medicine, ki je zmešano iz stresa, naglice, umirjenosti, odločanja, posega, pogovora, nepredvidljivih očitidcev in okoliščin na terenu ter kontinuirane edukacije, prijetno na okus, ampak v prehranjevanju z njim moraš znati vztrajati in ga uporabljati uravnovešeno. Urgentna medicina je nekaj, kar je nepovnljivo, drugačno... In nagrada za trud ni tisto, kar za trud dobiš, temveč tisto, kar s trudom postaneš.

Nam lahko predstavite, kako poteka dan vodje centra za NMP?

Specifičnost dela na urgenci je delo “v turnusu”, tako da nimam klasične razporeditve dela. Nimam svoje pisarne. Imam pa srečo, da imam izjemne sodelavce. Vsi ljudje, ki delujejo v Organizacijski enoti nujne medicinske pomoči (OE NMP), so tako pomemben del dogajanja, da je to bolj težko pojasniti kot razumeti. Naše delo je timsko. Ta filozofija timskega razmišljanja se je nekako zacementirala v moje sinapse, zato mi večkrat očitajo preveliko demokratičnost in morda celo ohlapnost v vodenju službe. Vendar... Goethe je nekoč izjavil: *“Ravnaj z ljudmi, kot bi bili takšni, kakršni bi morali biti, in pomagaj jim boš, da postanejo to, kar so zmožni postati”*. Morda smo prepogosto razočarani nad tem, kaj so ljudje zmožni postati, ampak to je vsekakor vsebina za neko

drugo zgodbo. In kakšna je vloga predstojnika? Organizacija (pomagajo mi glavni zdravstvenik in namestnik predstojnika), stroka (pomagajo mi vsi zdravniki, vsak s svojim koščkom interesa in opažanj), koordinacija (med nami in bolnišnico, med oddelki, z zdravstvenim domom, Ministrstvom za zdravje), denar (posredno in neposredno z razumevanjem vodstvenih struktur), tehnična baza (vozila, aparature, zdravila), raziskovalno delo, pedagoško delo (študenti, sekundariji), odnosi z javnostjo in seveda bolniki. Tukaj se spomnim misli Butlerja: *“Življenje je umetnost, kako potegniti zadovoljujoče zaključke iz nezadovoljujočih premis”*. Ker je vsak moj dan v službi tudi dan urgentnega zdravnika, ne morem nikoli vnaprej predvidevati, kako bo dan potekal in kaj mi bo prinesel. Vendar - vsak dan je dan življenja, obetavajoč in poln izzivov (in utrujajočih ponavljanj), in moralno ga moramo vzeti, kot da bi vse življenje živeli prav za ta dan.

Za reševalno ekipo na terenu je torej pomembno timsko delo; kdo običajno sestavlja tim, kako ekipa deluje ter ali imate kakšne posebne pristope k zagotavljanju povezanosti v ekipi?

Tim je skupina ljudi, ki opravljajo skupno delo in jih povezuje skupni cilj - opraviti delo. Ljudje, ki se znajdejo v timu, se sicer v življenju morda ne bi družili ali skupaj preživljali časa. Pri nas tim sestavljajo tri osebe: voznik- zdravstveni tehnik, diplomirani zdravstvenik ali drugi zdravstveni tehnik in zdravnik. Skupaj so združeni v času 12 urnega delovnika in ta čas preživijo skupaj tako med intervencijami, kakor tudi v obdobju med intervencijami. Ta vmesni čas ima pomemben vpliv na ustvarjanje mreže odnosov in medsebojnih doživljanj. Tim variira od pristnih spontanih pa do strogo hierarhičnih trenutkov oz. od mirnih trenutkov čakanja pa do intenzivnega ukvarjanja z bolnikom ali poškodovancem. Metodologija povezovanja je sicer psihološko razdelana v različnih šolah, ki se ukvarjajo s tovrstno problematiko. Pred kratkim smo se pogovarjali s psihoterapevtom glede formiranja skupin, kjer bi se med drugim učili te veščine. Znotraj službe se formirajo spontana izvendelovna druženja (športna in druga), ki imajo največjo kvaliteto in lepilno moč v medčloveških odnosih. Ker življenje preživljamo med tistim, kar moramo, in tistim, kar hočemo, je tovrstni preskok tima v dodatno povezovanje preskok iz “moramo” v “hočemo”. Nemški pregovor pravi: “Priateljstvo je ljubezen s pametjo”.

Glede na to, da je delo, ki ga opravljate stresno in psihično naporno, ali ste imeli kdaj kakšne težave s tem? Dobi osebje tudi kakšne posebne bonitete v obliki svetovanj, skrajšanih delavnikov...

Pogovarjali smo se za bonitete na ministrstvu, vendar se zadeva ni premaknila. Načrtujemo vpeljati skupine z antistresnim programom.

Katere kvalitete opredeljujejo dobrega zdravnika NMP?

Zdravnik mora biti zdravnik. Morda je težje biti zdravnik na terenu: v jarku, v hlevu, na cesti, v stanovanju, v gozdu, obkrožen z očividci, ki so največkrat prizadeti zaradi dogodka. Pogosto mora urgentni zdravnik usklajevati delo gasilcev, policije, gorske reševalne službe, potapljačev, tehničnih služb. Mora se odločati na osnovi pomanjkljive anamneze, nepopolne heteroanamneze, brez obsežnega diagnostičnega arzenala. V urgentni ambulanti je urgentni zdravnik prva fronta, vrata za vhod bolnika v zdravstveno oskrbo. Urgentni zdravnik prenaša določene posege in zdravljenje iz intenzivnih in urgentnih oddelkov na teren, kar od njega zahteva dodatno obvladovanje veščin v neprimernem okolju. Idealen urgentni zdravnik je večšč, hiter, empatičen do bolnika in sodelavcev, dober poznavalec medicine in psihologije, organizator, improvizator, prilagodljiv, fizično dobro zmogljiv, pogumen, samokritičen, radoveden, optimističen in potrpežljivo vztrajen. Ali takšna oseba obstaja? Verjemite, da zadostuje že, če je v mislih urgentnega zdravnika to cilj njegovega gibanja in strokovne ter osebne rasti. Lucille Clifton je to najboljše strnila, ko je rekla: *“Tudi če se je zamajalo tisto, o čemer sem bila prepričana, to ni zamajalo mene same. Trdnost prihaja od znotraj, ne od zunaj”*.

Do sedaj so zdravniki za delo v prehospitalni enoti potrebovali specializacijo iz družinske medicine; letos pa se odpira nova specializacija urgentne medicine – nam lahko kaj več poveste o tem?

Specializacija iz urgentne medicine je postala realnost. Pred kratkim so me imenovali za nacionalnega koordinatorja za to specializacijo in čeprav sem se tega veselil, moram priznati, da v moji vesti to zbuja poudarjen občutek odgovornosti v delu za vse bodoče kolege specialiste urgentne medicine. Razpis, ki ga pričakujemo to

jesen, bo plačilo za entuziazem skupine ljudi, ki smo se trudili v tej smeri. Čeprav je že veliko narejenega, nas čaka še veliko dela. Specializacija traja 5 let in je oblikovno narejena po priporočilu EU in Evropskega združenja za urgentno medicino, vsebinsko pa je narejena po ameriškem vzorcu. V sebi združuje torej sistem, ki si želi dobro specializacijo (Evropa), in sistem, ki ima največ izkušenj (ZDA). Koncept specializacije predvideva možnost dvojnega, kombiniranega kroženja urgentne in družinske medicine. Zahvaljujoč razumevanju Katedre za družinsko medicino in pogovorom, ki sva jih imela s prof. dr. Kolškom, je zadeva zamišljena tako, da urgentni zdravnik z dodatnim kroženjem in izpeljavo modulov iz družinske medicine opravi tudi specialistični izpit iz družinske medicine in lahko pozneje, po več letih službe v urgenci, delo nadaljuje v družinski medicini. Naš koncept bomo to leto predstavili v Trondheimu na letnem kongresu International Association for Medical Education (in v reviji Medical Teacher).

Ste tudi avtor mnogih strokovnih prispevkov ter veliko časa posvečate raziskovalnemu delu; vas torej klinično delo manj zanima ali je raziskovalno delo tako pomemben del vašega področja?

Nič ni hujšega kot dejavno neznanje. Medicina je znanost in zdravstveni delavec mora uporabljati znanstvene metode, biti mora strokovnjak in znanstvenik. Kot strokovnjak razmišlja deduktivno (od splošnega k posameznemu) in kot znanstvenik se skuša dvigniti na abstraktno raven; išče do tedaj še neznan odnose med pojavi, tudi vzročne povezave. Z načrtnim znanstveno-raziskovalnim delom pa sistematično zbira nove informacije. Kot znanstvenik praviloma sklepa induktivno (od posameznega k splošnemu). Stritar je opazil, da je vedoželjnost, hrepenenje po znanju in spoznanju pravi kvas človeštva. Znanstveno-raziskovalni pristop odpre kliniku zaznavo in razsežnosti problema, klinik pa znanstveno-raziskovalnemu pristopu da smoter in namen, vrne mu posameznika, konkretno osebo, ki je več od zanimivega procesa. Raziskovanje je orodje, ne pa cilj. Ko smo leta 2006 videli, da so bila raziskovanja o kapnografiji, ki smo jih opravili v naši službi, v revijah *Circulation* in *Resuscitation* uvrščena med nove smernice pri oživiljanju, smo doživljali veliko zadovoljstvo in priznanje, da se lahko tudi v majhnih kolektivih odkrivajo velike stvari. Podobno je bilo pozneje glede raziskovanja o pomenu vazopresina pri oživiljanju. Kljub temu pa organizirano znanstveno-raziskovalno delo v predbolnišnični

urgentni službi v Sloveniji ni niti približno tako razvito, kot bi lahko bilo. Sedaj se s takšnim organiziranim pristopom ukvarjamo le v našem centru. Naš prihodnji cilj pa so multicentrične vseslovenske raziskave.

Kako pa je organizirana prehospitalna oskrba v Mariboru, na nacionalni ravni ter ali se lahko primerjamo s svetom?

OE NMP v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor zajema dve prehospitalni ekipi (tj. ekipi z zdravnikom), ki delujeta 24 ur dnevno, in ekipe za nenujne prevoze (v sklopu Reševalne službe). V našo službo sodi tudi Ambulanta za splošno nujno medicinsko pomoč in dežurna služba (locirana v pritličju kirurške stolpnice), izvajanje hišnih obiskov na domu in "dispečerska služba". Podobno so organizirani tudi ostali večji centri v Sloveniji. V slovenskem sistemu obstajajo t.i. prehospitalne enote (PHE), ki delujejo v večjih mestih - to so enote NMP z delno ali popolnoma lastnimi kadri, opremo in organizacijo, ki se ukvarjajo samo z nujnimi stanji. PHE delujejo kot sestavni del zdravstvenih domov ter se nahajajo v ali ob zdravstvenih domovih, lahko pa

tudi v ali ob bolnišnici in so tesno povezani z reševalno in dežurno službo. V manjših ZD so organizirane enote tipa 1B. To so enote NMP, ki delujejo v okviru zdravniške dežurne službe in reševalne postaje ter zagotavljajo neprekinjeno NMP z zdravnikom, zdravstvenim tehnikom in voznikom nujnega reševalnega vozila. V posebnih okoliščinah, ko enota 1B pokriva zelo velik ali geografsko težko dostopen teren in je zelo oddaljena od sosednjih enot in bolnišnic, se ji dodeli status okrepljene 1B. Bistvo te okrepitev je v dodatni ekipi zdravnika in zdravstvenega tehnika v času intervencije prve ekipe. 1C ekipe so ekipe, ki čez dan funkcionirajo po načelu PHE enote, ponoči pa po načelu 1B enote. V ZD-jih, ki nimajo svoje reševalne postaje, delujejo 1A enote. Zdravnik in zdravstveni tehnik v 1A enoti zagotavljata kratek odzivni čas in nudenje NMP do prihoda enote 1B, 1C ali PHE. Enota A2 je enota A, ki se organizira izjemoma pri zdravstveni postaji, pri kateri ni zdravniške dežurne službe. V pripravi je zakon o NMP (sedaj imamo le pravilnik), ki naj bi dokončno uredil financiranje, investicije, izobraževanje (specializacija in licence) in pripravljenost celotnega sistema NMP za izredne razmere. Velike enote v Sloveniji se lahko po



rezultatih enakopravno merijo z vodilnimi enotami v svetovnem merilu. V zadnjem raziskovanju, ki smo ga objavili v *Resuscitation*, je bilo prikazano, da so naši rezultati na področju oživljanja na terenu med najboljšimi na svetu. Oskrba akutnega koronarnega sindroma, šoka, politravme, hude poškodbe glave, intoksikacij, ICV-ja (cerebrovaskularni inzulit) ipd. na terenu jasno pokažejo, da ekipe v Sloveniji svoje delo opravljajo zelo dobro. Čaka pa nas še realizacija nekaterih drugih ciljev na področju NMP v Sloveniji: sistemsko izobraževanje, povsem urejeno financiranje, enotna dispečerska služba, doseganje enotnega nivoja oskrbe v celotni Sloveniji, večja integracija bolnišnične in predbolnišnične urgence (urgentni centri), prestrukturiranje sedanje mreže (zasebništvo, majhni centri in podobno rušijo kohezijo dosedanje mreže), helikopterska služba za vzhodno Slovenijo, znanstveno-raziskovalno-pedagoško delo na področju urgentne medicine in razširjanje mednarodnega sodelovanja.

Kakšen je glede na vaše izkušnje odziv laične javnosti na ponesrečene ali nenadno obbolele? Ali pristopijo k pacientu?

V naši zadnji študiji, objavljeni v *Resuscitation*, smo za naše področje ugotovili, da le v 23 % vseh srčnih zastojev pride do oživljanja s strani laikov, čeprav se na takšen način preživetje na terenu zviša 2,6-krat in preživetje v bolnišnici 2,2-krat. Le 13 % kličočih na številko 112 ob srčnem zastoju sledi navodilom dispečerja, čeprav je preživetje v tem primeru 40 % (sicer pa 21 %). V tem raziskovanju smo del študije namenili laikom, pri katerih smo ugotovili obupno neznanje TPO, a hkrati tudi veliko željo po učenju in usmerjanju. Obstaja veliko brezno med pripravljenostjo in željo z ene strani in dejstvi na drugi strani. Strinjam se z vami, da je zadevo potrebno detabuizirati. Študentska pobuda z iniciativo »Za življenje« in podobne so najboljše pot. Učenje laikov je potrebno skrajno poenostaviti. Pri oživljanju je treba poudarjati pomen zunanje masaže srca, pri drugih posegih pa imeti pragmatični pristop, ki bo laikom dal občutek, da predvsem niso škodljivi, lahko pa pomagajo. Ključni problem je strah pred škodljivostjo. *Laik se znajde v razpoki zaradi slabe vesti, ker ne pomaga, in strahu, da bo škodoval.* Vest kot notranja čast narekuje akcijo, strah pa narekuje umik. Ampak strah in želja nista nikoli daleč drug od drugega. Kot je raziskovanje pokazalo, želja obstaja, in če ji damo pravo pragmatično usmerjenost, se bo tudi strah prelevil v previdnost in postal

koristen. Javno delovanje po sredstvih javnega obveščanja lahko prav tako odigra eno od ključnih vlog.

Kakšna pa je vaša funkcija v Delovni skupini za prehospitalno dejavnost pri Ministrstvu za zdravje?

Ta skupina koordinira delo sistema NMP v Sloveniji, sestavlja pravilnik in zakon o NMP, skrbi za politiko financiranja NMP in mrežo, spodbuja razvoj stroke, opravlja strokovne nadzore in ima svoje delovne skupine. Osebnostno vodim skupino za izobraževanje, ki je med drugim prispevala k razvoju specializacije, ima pa tudi nalogo urediti kontinuirano izobraževanje za laike, profesionalce in druge profesionalne skupine (gasilci, policija, gorska služba reševanja, reševalci iz vode in podobno). Cilj je tudi posodobiti koordinacijo izobraževanja pri Rdečem križu.

Kaj pa počnete v prostem času?

Kaj je prosti čas? Prosto od česa? Celoten naš čas je eno samo življenje, ki je sestavljeno iz številnih vzporednih dogajanj, v katerih govorimo le o našem življenju. Če pri tem mislite, kaj počnem izven delovnega časa, moram priznati, da mi še vedno največji užitek predstavljajo pogovori z ženo. Običajno bereva iste knjige in se ukvarjava z raziskovanjem starih biblijskih knjig in izrekov v izvirnikih, če je le mogoče (ali ni Gibran ugotovil, da je duhovno prebujenje najbolj bistvena stvar v človeškem življenju in edini smisel bivanja ter da nas že ljubezen do ene osebe lahko popelje v ta svet?). Diskusije, razmišljanja, asociacije, ki jih porajajo ti teksti, predstavljajo za mojo osebnost vitalno dogajanje. Wordsworth je zapisal: »Čeprav smo daleč na kopnem, naše duše vidijo to nesmrtno morje, ki nas je naplavilo semkaj». Zelo rad berem. Trenutno berem dve zelo zanimivi knjigi. O ženskem arhetipu (medicina se feminizira!), knjigo z naslovom *Ženske, ki tečejo z volkovi* (Clarissa P Estes), in dobrega starega Spinozo (*Dve teološko-politični razpravi*). Običajno se z ženo sprehodiva ob četrtkih po Ptuj in takrat kupim eno od slovenskih beletrističnih izdaj in uživam v zlahtni govoricni pesnikovi. Zaradi potrebne fizične kondicije večkrat na teden pretečem daljše razdalje ob Ptujskem jezeru, kar mi omogoča tudi meditacijo. Poleg tega rišem, slikam in z ženo hodim v naravo. V nedeljo zvečer s prijatelji igramo nogomet. Rad potujem, poslušam dobro glasbo, gledam dobre filme, zahajam v gledališče in predvsem rad opazujem vse, kar se da opazovati, in se pogovarjam z ljudmi, ki v pogovoru

ponujajo svoje izkušnje, osebnost in drugačen pogled ter razodenejo svoje metafizične razsežnosti.

Imate kak nasvet za študente medicine?

Čeprav je ljubezen do znanja sorodna modrosti, je znanje možno posredovati, modrosti pa ne. Bolj kot je um obtežen z znanjem, manj je sposoben razumevanja. Študij medicine je čas učenja, zbiranja informacij in veščin. Vendar je že med študijem pomembno graditi tudi svojo osebnost zdravnika. Učitelji v medicini niso samo predavatelji in zdravniki. Učitelji medicine so vsi zdravstveni delavci, s katerimi se študentje srečujete. Opazovanje teh ljudi lahko v nas sproži klico razvoja potrebnih lastnosti za uspešno delo zdravnika. Ne smemo pozabiti, da je vsak bolnik naš učitelj, bodisi specifične klinične slike bodisi potrebnih lastnosti.

“Ko se nekega jutra zbudite z diplomo zdravnika v roki, je to začetek zanimivega prijateljstva med vami in medicino, polno nepričakovanih pričakovanj in polno dilem ter odločitev.”

Morda za konec še kakšna zanimiva zgodba iz terena?

Ugotavljam, da je situacija podobna življenju. Nekaterim zgodbam se smejimo, nekatere nas še vedno žalostijo ali skrbijo. Nekatero postanejo “case reporti”, nekatere razglasimo za banalnosti. Vse pa nas učijo. Ko se nekega jutra zbudite z diplomo zdravnika v roki, je to začetek zanimivega prijateljstva med vami in medicino, polno nepričakovanih pričakovanj in polno dilem ter odločitev.