

Kako vidim mariborsko kirurgijo

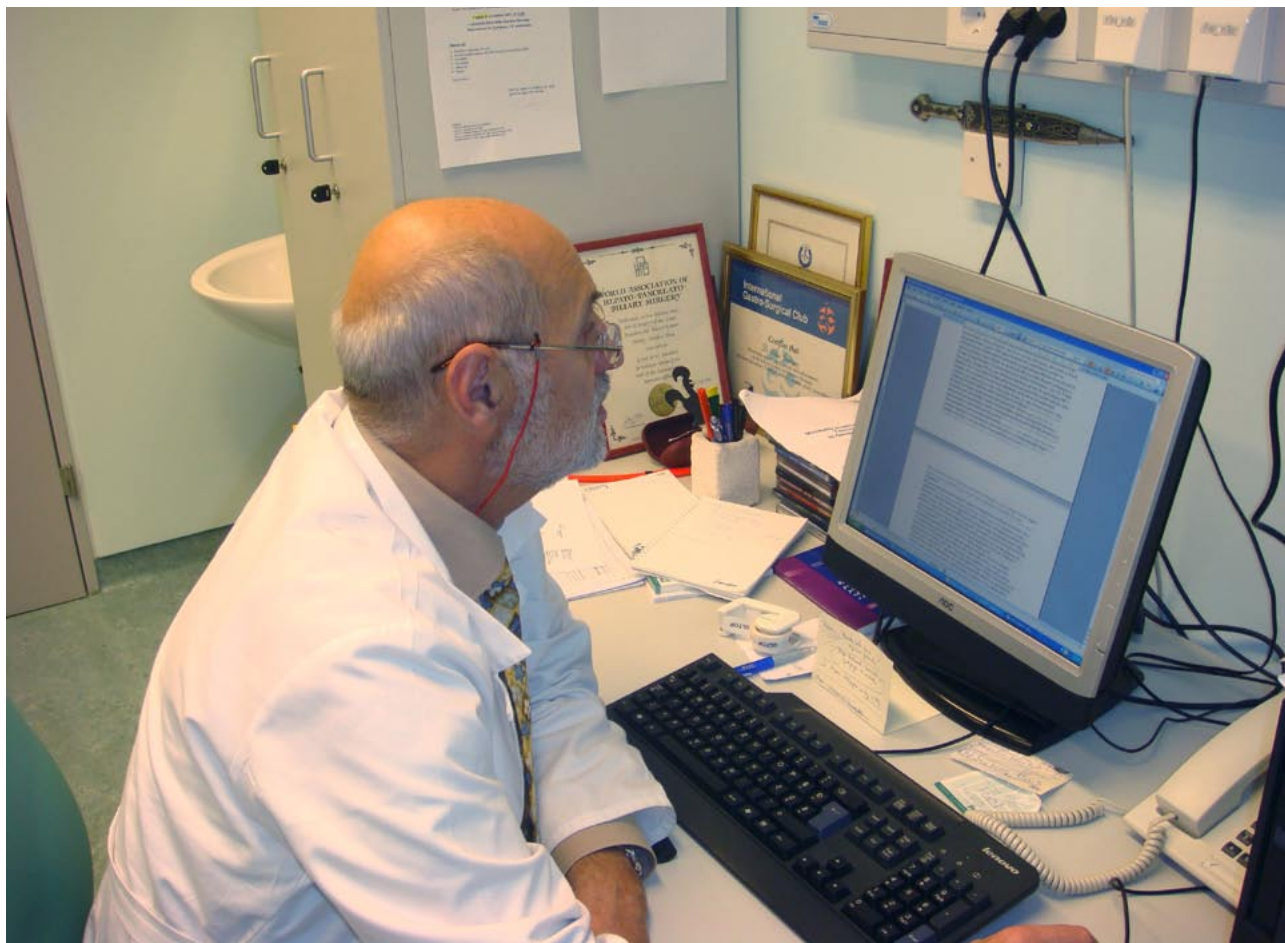
prof. dr. Eldar Gadžijev

Pogled nazaj?

Le mesec manj kot osem let je minilo od mojega prihoda v mariborsko, takrat splošno, bolnišnico (SBMB). V naši deželi je žal prehajanje zdravnikov iz večje ustanove v drugo redek in neobičajen pojav, kar pa je drugod v Evropi in po svetu normalno. V času mojega delovanja v Mariboru se mi je zgodilo marsikaj na vseh pomembnih področjih življenja in me tudi pred leti močno ustavilo pri aktivnostih, načrtih in željah. Med zadnjo klinično konferenco v kirurški stolpnici sem imel pred zbranimi kolegicami in kolegi mariborske kirurgije lahko bi rekli poslovlilni govor z naslovom "Kako vidim mariborsko kirurgijo". Tu v pisni obliki predstavljam misli, mnenja in želje, ki sem jih takrat posredoval kolegom.

"Ne bom govoril o preteklosti mariborske kirurgije, želim pač spregovoriti o njej v obdobju od mojega prihoda do danes in o tem kaj ji želim v prihodnosti.«

It is easy to walk on water if you know where the rocks are!



Mariborska kirurgija ima vse oddelke, ki sestavljajo popolno kirurgijo v slovenskem prostoru. Ima 60 kirurgov, 28 anesteziologov, 34 kirurških specializantov pa še gostujoče specializante, sekundarije in študente. Na kirurgiji imamo še vedno premalo negovalnega osebja, medicinskih sester in tehnikov pa seveda administrativno osebje. Pomembno je tudi, da imamo 13 doktorjev znanosti, 15 magistrstov znanosti, 15 primarijev in skupaj 32 fakultetnih učiteljev ter asistentov.

»In kaj se je zgodilo v času mojega delovanja v SBMB?«

Every progress also contains transitority!

Ker smo izpolnjevali vse predpisane pogoje po merilih za pridobitev naziva smo dobili kirurško kliniko. Poleg zaslužnosti vseh, ki so s svojim delovanjem, aktivnostjo in delom pripomogli k temu je prim. Ferik zagotovo bil tisti, ki je znal zbrati in urediti vse potrebno, da smo se lahko prijavi na komisiji za napredovanja Ministrstva za zdravje, ki odloča o pridobitvi naziva klinika. Na mariborski MF smo dobili Katedro za kirurgijo in Katedro za anesteziologijo. Tu moram izpostaviti zasluge dveh kirurgov: doc. Dr. Vojka Flisa in prim. Gregorja Pivca, sicer direktorja bolnišnice, pri tem, da sploh imamo MF v Mariboru. Za to, da je lahko Katedra začela delovati, pa je potrebno izraziti zahvalo vsem kolegom, ki so ne glede na to, ali imajo akademski naslov ali ne, bili pripravljeni sodelovati pri predavanjih in vajah iz Kirurgije. Potem,



ko sem odstopil z mesta vodje katedre, je to ne prav hvaležno mesto prevzel prof. dr. Miksić.

Po strokovno organizacijski strani je bilo pomembno, da smo organizirali sobe za intenzivno nego na oddelkih. S prim. Zvonkom Borovšakom sva pripravila po mojem dober elaborat o organiziranju »prave« intenzivne nege za potrebe SB MB, vendar je žal finančna služba v tem videla prevelik strošek...

Smo pa uspeli vpeljati samoplačniške operacije za tujce z vso organizacijsko logistično strukturo. Problem v celi Sloveniji je žal ta, da nihče ne ve, koliko dejansko stane kirurško zdravljenje in je cena vedno le nek približek pravi ceni.

Prvi specialistični izpit v Mariboru smo imeli na kirurgiji, ko ga je polagal kolega Arpad Ivanec in smo se potrudili, da je bil izpit tudi pomembnosti primerno slovesno organiziran.

Po mojem prihodu je precej kolegov začelo s podiplomskim študijem in kar nekaj jih je nadaljevalo z že začetim pa odloženim študijem. Dobili smo nove fakultetne učitelje, primarije, doktorje znanosti in magistre in veliko asistentov, od katerih pa nekateri žal le nosijo ta naziv! Ob ustanovitvi MF in zagonu podiplomskega študija smo imeli veliko priložnost omogočiti našim kolegom kirurgom, sicer strokovnjakom na svojih področjih, da bi pridobili možnost opraviti podiplomski študij, pa žal ni bilo pravega poguma in volje to izpeljati ne s strani fakultete in ne s strani mariborske Univerze. Problem s pomanjkanjem učiteljskega kadra na MF bo zato še dolgo pereč.

Na raziskovalnem področju je bilo aktivnih premalo kolegov. Tu sicer izstopajo nevrokirurgi in žilni kirurgi, pri ostalih pa tudi zaradi obilo rutine ni bilo posebne naklonjenosti za raziskovalno delo. Vseeno pa smo pridobili raziskovalni program "Nujna stanja v trebuhu" in v okviru tega tudi napisali knjigo "Žakljev akutni abdomen", ki naj bi izšla še letos. Vključili smo se v nekaj mednarodnih študij in na abdominalni kirurgiji začeli s študijami, ki bodo, upam da kmalu, rezultirale z nekaj doktorski disertacijami.

Kljub navidezni banalnosti naj le poudarim, da smo začeli tudi z razkuževanjem ob bolniški postelji. S tem bi lahko začeli prej, pa smo morali čakati nabavo košaric za razkužilo skoraj eno leto...

Imamo pa tudi »morbidity moratlity« sestanke, ki so žal še preveč redki a so se »prijeli« vsaj na nekaterih oddelkih; na vseh oddelkih pa bodo sedaj prisiljenih to delati v skladu z zahtevami uprave oziroma Ministrstva. Vpeljali smo klinične konference. Te še živijo in smo se jih morda navadili ali pa menimo, da so vendarle

koristne. Tudi jutranji sestanki kirurških šefov s poročanjem o dežurstvih nekako živijo! Pomembno je, da si lahko tam kolegi povedo še kaj več in da je zato manj govorjenja po hodnikih. Dobili smo priznano izvajanje programov kirurških specializacij sicer še ne na vseh področjih, pa vendar. Za doseganje priznavanja popolnih programov bi morali dvigniti raven in obseg terciarnosti na kirurgiji!

Menim, da je strokovne povezanosti in sodelovanja med oddelki še premalo. Na vsakem od kirurških oddelkov imajo nekaj s čemer se lahko enakovredno primerjajo v Evropi, imajo tudi prodorne in sposobne posameznike, ki včasih niso virtuozi kot operaterji, ki pa imajo druge pomembne in kakovostne lastnosti in sposobnosti, ki pa žal niso vedno prav dobro sprejeti in tudi ne dobe ustreznega položaja ali priznanja na oddelkih. Vrhunskost kirurgije se najbolj izkaže pri reševanju zapletenih primerov in prav v takih primerih je zelo pomembno dobro strokovno sodelovanje. Tu nam še ne gre dovolj dobro.

Ob vsem, kakor je dobro in ne dovolj dobro, včasih tudi izrazito premalo dobro na naši kirurgiji, se mi postavljajo tale vprašanja:

Kakšni so naši interesi? Kje je naša vzajemnost? Kje občutek pripadnosti Mariborski kirurgiji? Kje zavest, da mora vsak prispevati k uspešnosti in ugledu mariborske kirurgije? Videvamo in hvalimo strokovnost in organiziranost kirurških oddelkov v tujini, včasih hočemo kaj spremeniti, izboljšati pa baje naletimo na zid! Kaj je ta

zid in kdo je v njem? Menim, da smo prepogosto tudi sami kirurgi del tega »zidu«!

In kje je naša kirurgija na področjih kot so: celoživljenjsko izobraževanje, zdrava tekmovalnost in obenem sodelovanje, natančno dokumentiranje in analiziranje svojega dela, primerjanje rezultatov z drugimi in objavljanje svojih rezultatov; sposobnost izvajati najzahtevnejše posege?

Klub temu, da je lastno izobraževanje, kot tudi izobraževanje drugih na mariborski kirurgiji dobro, je tega vendarle še premalo. Tekmovalnost, ki sem jo videl in kolikor sem jo videl, ni bila prav zdrava. Žal se med kirurgi raje omalovažuje kot pa se veseli uspeha drugega in še sploh uspeha mlajšega kolega. Dokumentiranje in analiziranje našega dela pa je slabo in premalo urejeno, zato pa nas bo v to silila uprava in Ministrstvo, namesto, da bi si sami to uredili tako, da bi iz tega lahko dobili čim več. Obstojata nekaj zelo dobrih računalniških programov, ki bi jih morali ali kupiti ali pa napraviti svoje podobne in nam prilagojene. Kar se tiče najzahtevnejših kirurških posegov pa lahko rečemo, da jih izvajamo vse več in vse bolj uspešno.

Kritičen pogled?

»Če samokritično pogledam še na svoje delovanje na kratko lahko rečem, da sem za abdominalno kirurgijo napravil dovolj, za celo mariborsko kirurgijo pa premalo.«

Good policies are home grown knowledge has to be acquired not transferred. Dobro, h »kliničnosti sem v tem obdobju prispeval 143 bibliografskih enot in dobil 141 citatov, kar nekaj kolegom sem bil mentor podiplomskega izobraževanja in še nekaterim pomagal pri pripravi in izdelavi takšnih ali drugačnih tretjestopenjskih diplomskih nalog. Lahko rečem, da so bila za vsakega moja vrata odprta!

Na abdominalni kirurgiji, kjer so se sicer že lotevali vseh področij in posegov, sem vpeljal anatomsko orientirane operacije jeter in žolčnega sistema, intraoperativno UZ preiskavo in nekatere pomožne metode ob pomoči in izvedbi intervencijskih radiologov. V mojem času je najverjetneje predvsem per se in manj zaradi mojega spodbujanja prišlo do obrata razmerja števila laparoskopskih in odprtih holecistektomij, ki je bilo prej v prid odprtih.

In kaj ni šlo tako kot sem načrtoval?

Omenil sem že projekt intenzivnih neg. Tu naj bi bil glavni razlog denar, ki bi ga morala SBMB vložiti v izved-



bo tega, predvsem zaradi številnih kadrov, ki bi jih take nege zahtevale. Zelo sem se, žal neuspešno, zavzemal za smiselne združitve nekaterih diagnostičnih in kirurških oddelkov ali kirurških področij med seboj. To bi zagotovo dvignilo kakovostno raven in predvsem omogočilo hitrejšo in tudi boljše oskrbo bolnikov. Kaže, da je to bilo preuranjeno za naše razmere ali pa sem bil pre malo uporen. Nekateri projekti za katere smo se nekateri zavzemali, kot je n.pr. urgentni center – tu je skoraj izgorel prim. Jože Ferk - pa dnevni hospital in oddelek za paliativno oskrbo, so obtičali ali poniknili deloma zaradi spreminjajoče se politike, deloma zaradi denarja, včasih pa tudi zaradi menjave prioritete.

Nekaj, kar me najbolj muči pa je, da nimamo eksperimentalne kirurgije in da mi to ni uspelo izpeljati, kot tudi nismo uspeli vzpostaviti skupaj z MF močnega oddelka za znanstveno raziskovalno delo in eksperimentalno medicino. Upam, da bo pri tem uspel doc. Vojko Flis in da mu boste pri tem vsi po svojih močeh pomagali.

Ni uspelo uvesti transplantacije ledvic, katere organizacija vendarle mora biti uglašena na republiški ravni in izpeljana kompleksno znotraj UKC Maribor.

Žal mi tudi ni uspelo bolj povezati anestezije s kirurgijo. Vzroki so mnogoteri in predvsem interesi zaenkrat še preveč divergentni.

»In kako gledam na bodočnost mariborske kirurgije?«

Verjeti v medicino bi bila največja norost, če ne bi bila celo večja ne verjeti vanjo (Marcel Proust).

Kakšno bo lahko mesto mariborske kirurgije v Sloveniji in tudi širše?

Lahko bi bilo pomembnejše kot dosedaj, če bi mladost znala vse kar zmore in starost zmogla vse kar zna, bi bil kratek odgovor, če se poslužim dela stare burmanske modrosti. No tisti če-ji, ki se meni vidijo kot pomembni, pa so vendarle sledeči: Če bo delo kakovostno kljub ne najboljšim pogojem, če se bo vlagalo čim več v znanje in izobrazbo, če se bo lastno delo objektivno in kritično dokumentiralo in ocenjevalo, če se bo klinično raziskovalo, če se bo pri raziskovanju povezovalo z drugimi področji medicine in vedami, če se bo na kirurgiji boljše sodelovalo med seboj – konziliji ob bolniku, oz če bo uveljavljen multidisciplinarni pristop pri reševanju problemov.

Mariborska kirurgija bo uspešnejša, če se boste zbirali ob bolniku in ne »pošiljali listkov«, če boste zavzeto, hitro in natančno reševali zapletene primere z angažiranjem vseh razpoložljivih potencialov in če boste obravnavali prav vsak smrtni primer in vsak zaplet pri zdra-

vljenju ter si zapisali vsak neljubi dogodek pri operaciji ali drugih invazivnih posegih, tudi če ni prišlo do zapletov.

In še nekaj malo »zasoljenih« če-jev: zelo pomembno in dobro bi bilo, če bi bolniki videvali ob svojih posteljah hkrati anesteziologa in kirurga, če boste znali videti tudi prek plota svojih vrtilčkov – to velja predvsem za šefe- in če ne boste med tistimi, ki penzijo dočakajo pač pa tisti, ki si jo zaslužijo – boljše seveda.

»V tej zvezi bi želel povedati še nekaj o odnosih o komuniciranju na kirurgiji«

Ena meni najljubših misli je tista od Toneta Pavčka, našega pesnika: "Sreča ni v glavi in ne v daljavi, ne pod palcem skrit zaklad, sreča je ko se delo dobro opravi in ko imaš nekoga rad!"

Menim, da bi se morala komunikacija na vseh ravneh od zdravnik - bolnik, zdravnik – zdravnik, zdravnik – ostalo zdravstveno osebje, do zdravnik – javnost v UKC Mb in ne le na Kirurški kliniki še bistveno izboljšati in spremeniti. Mnogokrat sem poslušal kolega, ki je z učeni besedami z resnostjo na obrazu in sila pomembno držo pripovedoval bolniku kaj mu je in kaj ga čaka. Bolnik je večinoma tiho poslušal in včasih malo zbegano gledal okoli. Največkrat je dejal ali dejala: »vi že veste saj ste zdravnik«, kar mi je dalo vedeti, da vsaj pol od tistega kar je bilo povedano ni bilo razumljeno. No taki prizori in tako komuniciranje je danes preživeto. Pa ne zato, ker se bojimo tožb, ne! Gre za to, da moramo bolnika pritegniti v proces zdravljenja kot partnerja, končno kot tistega, kateremu se bo dogajalo kar bomo storili in prav je, da storimo takrat, ko to napravimo najboljše kot zmoremo! Le dober človek je lahko dober zdravnik in kirurg mora biti predvsem zdravnik. Komunikacija med kolegi kirurgi mora biti predvsem spoštljiva. Ne glede na razlike v starosti in izkušnjah bi morali vedno starejši kolegi upoštevati pri mlajših kolegih to, da so tudi oni zrele osebnosti, s svojim ponosom in integriteto. Postanimo sposobni veseliti se uspeha drugega, saj njegov uspeh pripomore k ugledu vseh nas in naše ustanove. Tisti ki je nekaj uspešno napravil bo, ko bo videl, da je to lepo sprejeto s strani kolegov, z veseljem tudi delil uspeh z njimi in rad pokazal kako je uspel.

Ob svojem odhodu želim vsem kolegom predvsem uspešno strokovno delo, zadovoljstvo pri delu, prijazne odnose in zavzetost za prav vsakega bolnika! Hvala ker sem bil lahko z vami in ker ste bili vi z menoj!