

PROF. DR. MATEJ CIMERMAN

Si predstavljate, da bi morali na vse najtežje operacije v tujino?

Prof. dr. Matej Cimerman, specialist splošne kirurgije in travmatologije, se je izobraževal v Nemčiji, Avstriji in Severni Ameriki. Poleg splošne travmatologije se posebej ukvarja s poškodbami medenice in kolčne ponvice. Je voljeni predsednik Evropske organizacije za travmatologijo, AOTrauma Europe, kjer je tudi licencirani predavatelj. Redno predava na domačih in tujih kongresih. Trenutno je predstojnik Kliničnega oddelka za travmatologijo UKC Ljubljana. Na ljubljanski medicinski fakulteti je redni profesor za kirurgijo in je član Komisije RS za medicinsko etiko. Ukvarja se tudi z raziskovalnim delom in je avtor ali soavtor številnih člankov v priznanih tujih revijah.



Lucija Mulej

Na kliničnem oddelku za travmatologijo obravnavate najhujše poškodbe. Kakšno je letošnje poletje na vaši kliniki?

Res je, najtežje, vendar tudi najlažje, od prasko do politravme (hude poškodbe več organskih sistemov, ki ogrožajo življenje), bi lahko rekel. Zato je letna statistika našega oddelka neverjetna: več kot 70.000 prvih urgentnih pregledov, 50.000 kontrolnih pregledov, prek 5000 velikih operacij in nekaj sto najhujših poškodb. S tem se uvrščamo med največje travmatološke centre v Evropi. Kakšno je letošnje poletje? Slabo. Število poškodb običajno narašča od maja do junija, nato v juliju začne zaradi dopustov počasi upadati. Letos pa ni tako. Vsakodnevno sprejememo več najhujših poškodb, prednjačijo motoristi, padalci, planinci in seveda promet. Tu so običajno še vsakodnevne premestitve najzahtevnejših poškodovancev iz drugih bolnišnic. V zadnjem mesecu smo zaradi poškodb amputirali celo tri ude, kar se nam sicer zelo redko dogaja. Ker je polovica osebja na zasluženem dopustu, je tempo dela res zelo intenziven, lahko bi rekel, da delamo z najvišjimi obrati. Ker pa radi delamo in se dobro razumemo, lahko rečem tudi prijazneje: ni nam dolgčas.

V medijih beremo, da je v naših bolnišnicah kadra dovolj, a SB Jesenice je nedavno zaprla dva oddelka zaradi pomanjkanja medicinskih sester. Kako gledate na to problematiko?

Ali je kadra dovolj ali ne, je bolj retorično vprašanje. Na naši kliniki imamo na primer 39 specialistov travmatologov in nekaterim se to zdi veliko, če že ne preveč. Na podobno velikih ustanovah v Avstriji in Nemčiji je specialistov skoraj dvakrat toliko in tam je to normalno. Zakaj? Ker se v tujini bolj ali manj držijo evropske direktive o omejitvi delovnega časa in ker je delo v univerzitetni bolnišnici zelo specifično: gre za uvajanje novih metod, raziskovanje in

poučevanje, kar je povsem enakovreden del rutinskemu kliničnemu delu. To pa seveda zahteva bistveno več specialistov.

Kar zadeva medicinske sestre, pa je problem veliko bolj kompleksen in ga močno zaznavajo tudi v drugih evropskih državah. Na našem kliničnem oddelku trenutno najbolj primanjkuje srednjih medicinskih sester. Medicinske sestre so zame kakor angeli, ki stojijo ves čas ob pacientu, izvajajo najbolj elementarno nego, pacienta opazujejo in spodbujajo. In verjemite, to je res težko delo, podnevi, ponoči, na božič in novo leto. Tudi višje in diplomirane sestre so pri nas zelo obremenjene in res nesebično pomagajo srednjim. Kako bi privabili več srednjih medicinskih sester na kliniko? Skrbno jim bo treba urediti karierno pot. Ko srednja sestra po maturi začne delati na oddelku, ji kmalu postane jasno, da bo tako delo težko opravljala še prihodnjih 40 let. Zato ji moramo omogočiti pridobivanje dodatnih znanj in kompetenc, kar ji bo zagotovilo stalno napredovanje in višjo plačo, čeprav bo imela formalno »le« srednjo izobrazbo. Mislim, da to lahko izvedemo v UKC brez velikih problemov. Morda se na prvi pogled ne zdi veliko, vendar je to pomemben začetek in jasno sporočilo srednjim medicinskim sestram, da smo na njihovi strani in da jih podpiramo.

Poklic zdravnika je vsekakor poseben, zahteva veliko odrekanja. Kakšen je vaš vsakdan na UKC?

Poklic zdravnika kirurga je res zelo poseben. Najprej dolg študij, nato šest let specializacije in izpit. Po izpitu ti žena pripravi torto z napisom: Bravo, novi specialist. V resnici pa mora ta ponosni novi specialist za vse malo težje posege prositi starejše kolege za asistenco, še vedno se mu malo tresejo roke, skratka, občutek nesamostojnosti v letih, ko so njegovi sošolci z gimnazije že uspešni poslovneži, odvetniki, raziskovalci,

Medtem ko medicina v razvitem svetu hitro napreduje prav zaradi dobrega dela univerzitetnih kliničnih centrov, pri nas nesrečno stopica na mestu, pravi prof. dr. Matej Cimerman. FOTO ALEŠ ČERNIVEC

je zelo frustrirajoč. To govorim tudi iz lastne izkušnje, ko je bila hierarhija med mladimi in starejšimi kirurgi še zelo močna. Zdaj se je to demokratično malo zmeščalo in je prav tako. Po drugi strani pa ti da ta poklic tudi ogromno zadovoljstva. Občutki, ko greš iz operacijske dvorane in veš, da si opravil dober poseg, so nepopisljivi. Ko nato vidiš še pacienta, ki se mu stanje izboljšuje, pa je to dodatna čestjica na torti. In če spregovorim tudi kot predstojnik: prelep občutek je, ko vidim svoj tim travmatologin in travmatologov, njihovo prizadevanje za napredek, odlično kirurško tehniko in seveda tovariški odnos. Vsi za enega, eden za vse. Brez tega se takega dela ne da opravljati. Tudi drugo osebje naše klinike si zelo prizadeva, da bi kljub preobilici dela ostali prijazna klinika. Morda je tukaj priložnost, da se prav vsem sodelavcem

in sodelavkam javno zahvalim za vložen trud in prijateljski odnos.

Kako poteka vaš delovni dan?

Raport imamo zjutraj točno ob 7.15. Sam (in veliko mojih kolegov) pridem ob pol sedmih, v miru pogledam pošto in preletim urnik. Na raportu pregledamo vse hujše poškodbe in operacije iz dežurne službe in dežurni ekipi se zamenjata. Nato pregledamo vse operacije iz prejšnjega dneva – naši izdelki se dobro vidijo na rentgenskih slikah – in gremo skozi razpored operacij za tekoči dan. Občasno na konziliju predebatiramo zelo zahtevne primere. Ob sredah imamo po raportu izobraževanje, občasno ob četrkih še konferenco MM (mortality morbidity), na kateri predebatiramo primere z neugodnim potekom. Potem gremo na oddelke, kjer je vizita. Kolegi, ki so razpisani za prvo operacijo, gredo v operacijske dvorane. Po viziti je »suha vizita«, kjer predebatiramo vsakega pacienta posebej in pregledamo izvide, skupaj s timskimi sestrami, fizioterapevti in fizioterapevtkami, internistko in občasno tudi s psihologinjo in fiziatrinjo.

Potem odidemo na druga delovišča, ki jih je na naši kliniki veliko (enajst ambulant, urgencia, več operacijskih dvoran, delo v intenzivni negi in na oddelkih, delo s študenti ...), tako da res vsak brez težav najde svoje mesto. Uradno končamo ob 15.15. Ker je modra administracija pred leti uvedla evidentiranje delovnega časa, popularno štempljanje, imamo travmatologi veliko dodatnih ur, ki jih nato prekladamo iz meseca v mesec.

Se vas je kakšen primer v zadnjem času še posebej dotaknil?

Na našo kliniko pacienti ne pridejo prostovoljno kot na naročeni poseg, ko so skopani in v svežem spodnjem perilu. Pridejo dobesedno s ceste, zavedajoč se, da se jim je v delčku sekunde življenje povsem spremenilo. Zato so razumljivo



Čeprav se je medicina neprestano razvijala, se populacija stara, kar pomeni, da je pacientov vse več in več, opozarja predstojnik oddelka za travmatologijo na UKC Ljubljana. FOTO OSEBNI ARHIV

na začetku nerazpoloženi, nezapljivi, nekateri celo jezni. Med zdravljenjem pa se vse bolj zavedajo, da smo na njihovi strani in da le pomagamo materi naravi pri procesih celjenja. In naš odnos s pacienti postaja vse boljši in pristnejši. To se najbolj začuti na vizitah, ko te postanejo bolj sproščene in se kdaj skupaj s pacienti celo od srca nasmejimo. Ker vse spremljamo do konca rehabilitacije tudi v kontrolnih ambulantah, nekatere več mesecev ali celo let, postanemo s takšnimi pacienti pravi prijatelji. In takih prijateljev imam veliko, o konkretnih primerih, ki jih obravnavamo zdaj, pa seveda ne morem in ne smem govoriti.

Kaj UKC kot univerzitetni center pomeni za narod, državo?

Vsak omikan narod in država potrebuje univerzitetni klinični center, tukaj ni prav nobene dileme. Glede na velikost države jih je lahko seveda tudi več. V Sloveniji imamo dva, v Ljubljani in Mariboru. Le vrhunska učna bolnišnica zagotavlja, da se ohranja najvišja raven medicine, ki jo lahko država izvaja z lastnimi kadri in resursi. In kaj je specifičnega pri taki ustanovi? Tak center mora biti sposoben obravnave najzahtevnejših pacientov in izvajanja najtežjih posegov, s čimer je zadnje upanje za najtežje bolnike. Poleg tega mora uvajati nove metode zdravljenja iz tujine in hkrati na podlagi znanstvenoraziskovalnega dela aktivno prispevati k novemu znanju na način, da lahko tudi tuje institucije pozneje implementirajo naše novo znanje. Tretja in ravno tako pomembna naloga pa je izobraževanje na vseh ravneh. V UKC

UKC je bil zgrajen davnega leta 1975 in bo kmalu srečal abrahama. Ustanovljen je bil kot vrhunska terciarna ustanova za republiko Slovenijo in mestna bolnišnica za ljubljansko regijo. Taka kombinacija ni najbolj običajna, vendar ni nemogoča. Dobra stran takega koncepta je širok nabor pacientov, kar omogoča, da se študenti in specializanti med šolanjem srečajo s kar najbolj pisano paleto diagnoz in bolezni. Predpogoj za uspešno delo take institucije pa je, da je logistično in kadrovsko pravilno dimenzionirana (v bistvu malo predimenzionirana). In to je UKC na začetku nedvomno bil. Časi pa so se spreminjali, mi smo rasli, UKC je ostajal enak. Če ponazorim na primeru travmatologije: ko sem postal specializant v poznih osemdesetih, smo imeli okoli 190 postelj, štiri operacijske dvorane, en hodnik v polikliniki in kirurško urgenco. Takrat na primer še nismo operirali hrbtenic, sklepna kirurgija je bila v povojih, poškodbe starostnikov so bile še obvladljive in naredili smo okoli 2500 operacij na leto. Po skoraj 40 letih je, ne boste verjeli, na naši kliniki povsem enako. Ista logistika, isti prostori, le kirurgov je malo več. Operiramo vsaj še enkrat toliko, tudi v dežurstvu, z istim številom operacijskih dvoran in postelj. Čeprav se je medicina neprestano razvijala, uvajali so se novi načini zdravljenja, se populacija stara, kar pomeni, da je pacientov vse več in več. Zlomi kolkov pri starostnikih so se od 1990 podvojili in so presegli magičnih 1000 na leto. V 50 letih nismo za širjenje UKC Ljubljana za kirurgijo naredili skoraj nič in podobno velja tudi za večino drugih dejavnosti z nekaj malega izjemami. In počasi se je koncept UKC spremenil v svoje nasprotje: večina kapacitet je povsem natrpanih z nujnimi primeri, časa in prostora za omenjene terciarne dejavnosti pa skorajda ni več. Končni udarec terciarju je zadala epidemija covid-19. Pravi *knock down*.

Da se razumemo, sanacija UKC je nedvomno potrebna, predvsem je nujno povsem obnoviti stare objekte na Zaloški 2, npr. našo »staro travmo«. Da ne bom izgubljal besed z opisovanjem te stavbe, ki si že davno ne zasluži več imena bolnišnica, vabim drage bralce, da pridejo in si to podrtijo od blizu pogledajo. Torej ne gre le za sanacijo, gre za odločitev, kako bomo povečali zmogljivosti UKC. Na kirurgiji to zelo konkretno pomeni povečanje števila operacijskih dvoran in intenzivnih postelj, seveda z ustreznimi kadrovskimi zasledbami. Namesto povečanja posteljnega fonda pa je čim prej treba zgraditi primerno negovalno in rehabilitacijsko ustanovo. To je *conditio sine qua non* oz. predpogoj, da se sploh lahko pogovarjamo o rešitvi vrhunske medicine v Sloveniji. Ali bi to naredili z novim UKC, z novo mestno bolnišnico ali s preureditvijo kapacitet na starem mestu UKC, pa je drugo vprašanje. Ampak verjemite, z odgovorom, še bolj s konkretnimi dejanji, se že zelo mudi.

Glede opreme lahko odgovorim za našo kliniko. Pred leti nam je uspelo obnoviti dve operacijski dvorani na »stari travmi«, tako da imamo zdaj solidno opremljene operacijske prostore. Tudi artroskopsko enoto smo pred kratkim zamenjali, staro bi z veseljem odkupil Tehniški muzej Bistra, skupaj z Inštitutom za radiologijo smo zagotovili zelo sodobne intraoperativne rtg-aparate z možnostjo CT, tudi vsadke imamo najsodobnejše.



Kljub posameznim poskusom in entuziazmu se nam ne uspe iztrgati iz krča nekakšnega izrednega stanja, ko na vse pretege poskušamo oskrbeti le najnujnejše paciente. Če zdravniki samo gasimo požare, razvoj vrhunske medicine ni mogoč.

Od sodobne opreme nam trenutno manjka navigacija, ki omogoča zanesljivejšo orientacijo pri minimalno invazivnih operacijah in zmanjša obremenitev z rgt-sevanjem tako za paciente kot osebje. Še enkrat, predvsem potrebujemo nove operativne zmogljivosti, prostore in seveda ustrezno osebje.

Interdisciplinarnost je beseda, ki se pogosto uporablja. Na UKC je takšen pristop spontan, se strinjate?

V UKC Ljubljana je zbranih veliko vrhunske strokovnjakov in izjemna količina medicinskega znanja. Torej, tu je pravi raj za interdisciplinarni pristop po principu lepega slovenskega pregovora: več glav več ve. In če je to res kje potrebno, je prav na področju travmatologije. Ko je oče travmatologije prof. Lorenz Boehler kmalu po prvi svetovni vojni na Dunaju ustanovil prvo travmatološko bolnišnico, je bil prepričan, da je za optimalno obravnavo poškodb potreben poseben specialist (travmatolog). In ta koncept je sprejela večina srednje Evrope, vključno s Slovenijo. Travmatolog v Boehlerjevih časih je bil šolan za oskrbo vseh poškodb, dobesedno od glave do pet. Vendar je hiter razvoj medicine povzročil pojavljanje vedno novih specializacij in subspecializacij, tako da je originalna Boehlerjeva ideja kmalu postala le še romantična želja. Travmatologi smo zadržali obravnavo najpogostejših poškodb, to pa so poškodbe mišično-skeletnega

systema in seveda celostni pogled na poškodovanca. V času subspecializacij, ko se o ozkem področju ve zelo veliko in se širok pogled na celotnega pacienta lahko malo zamegli, je tak celosten pristop še posebej pomemben. Za poškodbe drugih organskih sistemov travmatologi seveda pokličemo kirurge ustreznih specialnosti. Nemalokrat se zgodi, da se ob najtežjem poškodovancu zbere cela paleta vrhunske strokovnjakov različnih specialnosti: anesteziolog, ki vodi reanimacijo, travmatolog, ki koordinira diagnostiko in zaporedje posegov ter učvrsti zlome, nevrokirurg, ki bo oskrbel poškodbo glave, abdominalni kirurg, ki bo oskrbel poškodbo jeter, plastični kirurg, ki bo rekonstruiral poškodovane živce, in interventni radiolog, ki zna zelo elegantno ustaviti krvavitev tako, da zamaši krvavečo žilo. In vsem naštetim kolegom seveda pomagajo tudi visoko izšolane medicinske sestre in tehniki ter radiološki inženirji. Vsi ti vrhunski strokovnjaki se lahko zberejo v minutah, tudi ob treh ponoči. Toliko kadrov in operativnega časa je potrebno za obravnavo najzahtevnejših pacientov, obravnava pa lahko traja tudi 12 ur in več.

Lahko navedete kakšen primer takšne sinergije požrtvovalnih strokovnjakov?

Pred časom smo operirali hudo poškodovanega motorista vso noč, skupaj z abdominalnimi kirurgi. Začasno smo oskrbeli zlome dol-

gih kosti in poškodbe v trebuhu. Po nekaj dneh stabilizacije v enoti za intenzivno terapijo na respiratorju smo nato dokončno oskrbeli zlome dolgih kosti. Operacija je zavzela cel dopoldanski termin v operacijski dvorani. Ostalo je še nekaj sklepnih zlomov, ki bodo prav tako zahtevali več ur subspecialistične kirurške obravnave. Takšni interdisciplinarnosti zlepa ni para v svetu, verjemite. Če ima poškodovanec zlomljeno hrbtenico s poškodbo hrbtenjače, imamo poseben tim spinalnih kirurgov v pripravljenosti, ki takoj prileti od doma, razbremeni hrbtenjačo in zlomljeno hrbtenico stabilizira. Tudi ta oskrba je na voljo le v redkih svetovnih centrih. Seveda si lahko to privoščimo predvsem zaradi ekstremno nizke cene dela vrhunske strokovnjakov, zato bodo tudi na tem področju potrebne sistemske rešitve. Tak način dela bo težko vzdržan na dolgi rok. Spinalni kirurg za nekaj ur dolgo nujno operacijo sredi noči dobi toliko, da komaj plača varuško za otroke. Brez heca, tako gre to.

Kakšni so obeti stroke za prihodnost?

Stanje vrhunske medicine v Sloveniji je skrajno resno, res bijemo plat zvona. Medtem ko se medicina v razvitem svetu hitro razvija prav zaradi dobrega dela univerzitetnih kliničnih centrov, pri nas nesrečno stopica na mestu in razlika se bo vedno bolj večala. Kljub posameznim poskusom in entuziazmu se nam ne uspe iztrgati iz krča nekakšnega izrednega stanja, ko na vse pretege poskušamo oskrbeti le najnujnejše paciente. Če zdravniki samo gasimo požare, razvoj vrhunske medicine ni mogoč. Če se res strinjamo, da v Sloveniji potrebujemo vrhunsko medicino, seveda potrebujemo tudi klinična centra. Taka prava, kjer je dovolj časa, prostora, kadrov in resursov za razvoj vrhunske medicine. Torej da ali ne? In to takoj! Vmesne poti ni.



Občutki, ko greš iz operacijske dvorane in veš, da si opravil dober poseg, so nepopisljivi. Ko nato vidiš še pacienta, ki se mu stanje izboljšuje, pa je to dodatna češnjica na torti.

izobražujemo v kliničnih predmetih študente medicine, farmacije, zdravstvene fakultete, specializante in bodoče akademske kadre. Vse to, poleg ustreznih kadrov, ki jih v UKC nedvomno imamo, zahteva tudi ustrezne prostore in čas. Tega pa v UKC močno primanjkuje. Zaradi te specifične vloge bi morala imeti oba UKC v naši državi prav poseben status. Si predstavljate, da bi morali na vse najtežje operacije v tujino? Kaj bi se zgodilo, če bi potrebovali najtežjo operacijo takoj, na primer po hudi poškodbi? Da bi medicinci spet hodili študirat v Gradec in na Dunaj kot v starih časih (vsaj v zadnjih letnikih na klinični pouk), raven medicine pa bi iz leta v leto padala? In prav to se bo zgodilo, če ne bomo UKC resno podprli. Tukaj in zdaj. V Sloveniji se moramo dokončno odločiti, kakšen UKC potrebujemo in kako ga bomo financirali. Stanje je zelo resno in na žalost prav nič ne pretiravam.

Začela se je sanacija stavbe UKC. Koliko let so stari prostori in kako sodobna je oprema?

I FEEL SLOVENIA

KOPER CAPODISTRIA

#ifeelsLOVEnia #visitkoper www.visitkoper.si

Poletna doživetja v Kopru

10 nepozabnih. Izberite svoje!