

Eldar M. Gadžijev

ŠKARJE, PROSIM

Poklicna avtobiografija slovenskega kirurga

1.

MOJ ZAČETEK NA TRAVMI

Jeseni 1972 sem bil sprejet na specializacijo splošne kirurgije na Travmatološkem oddelku v Ljubljani. To je pomenilo, da bom po končani specializaciji tu tudi delal. Kako sem bil vesel! Travma mi je bila všeč, ker poškodbe prizadenejo zlasti zdrave ljudi, ki se po zdravljenju večinoma lahko vrnejo na delo in se običajno spet vključijo v življenje.

Tisti dan sem se javil pri predstojniku, prof. Skergetu, ki me je poslal v sprejemno sobo oddelka, da bi spoznal kolege in začel z delom. Vstopil sem in se predstavil navzočim. Nedolgo zatem je po hodniku pritekla smejoča se mlada, brhka strežnica in takoj za njo galanten, nekoliko starejši primarij, prav tako široko nasmejan in z rokami, iztegnjenimi proti njej. Ko me je mimo hiteči primarij zagledal, me je z »Živijo, kolega!« na kratko pozdravil in že izginil za bežečim dekletom. Kot v opereti, sem si mislil in se nasmejal.

Sicer moj prihod na travmo ni bil prav nič opereten, bolj me je prevevala radovednost, kako bo potekalo moje delo in življenje. Kako se bom razumel s kolegi specialisti, kako bomo precej številni mladi specializanti, ki smo bili v paketu sprejeti na travmatologijo, deležni dovolj izpopolnjevanja in opravljanja operativnih posegov, ki so nas seveda najbolj zanimali. Pravijo, da je vsak začetek težak, in tudi moj je bil! V sprejemno so pripeljali ponesrečenca z veliko rano na plešasti glavi. Bil je nezavesten, negiben in bled. »Kolega, zašijte rano!« so mi naročili in pripravili set z instrumenti, kompresami, šivi in razkužilom. S tresočimi se rokami sem se lotil posega

in prestrašeno spraševal po analgeziji. Ni potrebna, saj nič ne čuti, so mi odgovorili. Čudno je bilo tole! Kar nekaj časa je minilo, da mi je nekako uspelo zašiti rano, pri tem pa sem začutil, da je poškodovanec postal povsem hladen. Umril je, po moji prvi operaciji je pacient umrl! Bil sem ves iz sebe, zmeden in prizadet. Kasneje so mi povedali, da je imel take poškodbe, ki niso združljive z življenjem, in da so ga že tako rekoč mrtvega pripeljali v sprejemno, le da bi mu zašili glavo – da ne bi bilo videti malomarno.

Kasneje so me pogosto pošiljali v septično ambulanto ali v šivalnico na urgenco. Na teh deloviščih smo specializanti oskrbovali in šivali majhne rane ali septične, gnojne spremembe na udih ali drugod na telesu. Pri tem smo bili večinoma prepuščeni samim sebi, čeprav nam je kakšen starejši specializant kdaj tudi kaj pokazal. Vendar gospodov specialistov v tistih ambulantnih operacijskih sobah ni bilo na spregled, razen kadar so imeli kakšne svoje, pretežno damske stranke. Načeloma sem vedel, kako moram oskrbeti rano: vse od čiščenja do lokalne anestezije in osvežitve robov rane ter nato šivanja, ki mora rano tako speti, da je evertirana, torej da so robovi obrnjeni navzven.

Kadar so bile rane na zahtevnejših delih, na primer na dlaneh, sklepih, obrazu, ali kadar so bile močno raztrgane, z zmečkano kožo, je bila oskrba marsikdaj bolj zapletena. Takrat ti je kot mlademu kirurgu zmanjkalo veščin in na pomoč so priskočile instrumentarke, ki so bile večinoma ne le pripravljene pomagati, ampak so znale tudi svetovati in pokazati kakšen trik. Ko sem se izobraževal za kirurga, in najbrž je bilo tako tudi prej in kasneje, so nam specializantom instrumentarke pomagale pri prvih

posegih, včasih pokazale, kako se kaj pravilno naredi, večinoma prijazno opozarjale na napake, nam svetovale in nas spodbujale. Takrat nas na vajah na fakulteti še niso učili prijeti peana (precepke, fine kirurške prijemalke, ki se uporablja večinoma za ustavljanje krvavitev v rani) ali pravilno striči nitke, kaj šele šivati ran. Prve prave napotke o malih kirurških spretnostih smo specializanti pridobili od medicinskih sester instrumentark. Kadar smo mladi, nadobudni specializanti vstopali v velike operacijske dvorane – ob tem neredko nekoliko prestrašeni ali nerodni, čeprav so nekateri bili bolj samozavestni – so nas instrumentarke tudi opozarjale na vzdrževanje sterilnega okolja. Med operacijo so nam pomagale pri asistenci in neredko, kadar smo imeli »dve levi roki«, pridržale operacijsko kljuko. Ob vsem tem so še skrbele, da je operater pravočasno dobil v roko, kar je pričakoval.

Občudoval sem njihovo pozornost, skrbnost in prijaznost. Vse od prvih stikov s tem profilom zdravstvenih delavk in delavcev (tudi moških je bilo nekaj), sem do njih čutil spoštovanje in določeno hvaležnost, saj sem se zavedal, kako pomembni so njihova pomoč, skrb in delo. Veliko odgovornost za tisto, za kar se nam je zdelo, da poteka gladko in samo po sebi, so nosile naše instrumentarke in njihova organiziranost. Kljub temu sem kmalu zaznal, da nekateri kolegi, posebej starejši specializanti ali mladi specialisti, niso kazali primerne spoštovanja do sodelavk. Neredko so se do njih vedli oholo, jih gledali zviška in bili včasih celo nesramni. Opazoval sem jih in se ob tem učil, česa naj ne bi nikoli počel! Motilo me je tudi, da so sestre instrumentarke skoraj vsi po vrsti tikali. Res je, da so bile nekatere mlade, druge manj mlade in večinoma vse simpatične, vendar to ni mogel biti razlog

za tikanje. Vzgojen sem bil v duhu spoštovanja vsakega človeka in doslednega upoštevanja dostojanstva žensk. Vedel sem, da so številne sestre poročene in imajo družine, da so v bistvu vse vendarle gospe, čeprav smo živeli še v socialistični družbi tovarišev in tovarišic. Svoje zasebno življenje in svet pa so imele seveda tudi neporočene. Razumel sem, če sta se sem in tja našli sorodni duši in je prišlo do trajnih zvez med nekaterimi kirurgi in instrumentarkami. Lepo!

Nikoli pa mi ni bila všeč komunikacija, v kateri so si kirurgi privoščili skoraj vse, instrumentarke pa so gospodom kirurgom samo stregle in vse tiho prenašale. Nisem moralist in vem, da je posebej po težkih operacijah, po napetih situacijah razumljivo, da se ekipa sprosti, vendar mora vse ostati v okvirih dostojnega, spoštljivega in prijaznega vedënja. V svoji kirurški praksi sem bil morda prav zaradi svojega razumevajočega odnosa do instrumentark od njih vedno deležen prijaznosti, pozornosti in pomoči. Zato so mi včasih brez težav k operaciji dodeljevali mlade, še neizkušene instrumentarke, saj sem razumel, da se morajo učiti in privajati na delo. Tako me je kaka neprijetna, zapletena situacija pri operaciji lahko kdaj tudi vznejevoljila, če nisem dobil v roke tega, kar sem potreboval – bil sem pač nekoliko razvajen, ker so izkušene instrumentarke že vnaprej vedele, kaj potrebujem, in mi tako pogosto kakega instrumenta niti ni bilo treba zahtevati, saj sem ga preprosto dobil v roke. Tako sem le izjemoma dobil v roke kakšen pean, ki zaradi izrabljenosti ni držal. Kadar se je to zgodilo, sem ga kratko malo odvrigel na tla! Grdo in neprimerno, vem, vendar sem to storil zato, da tisti instrument ne bi nikoli več prišel na mrežo (škatlo z instrumenti). Danes me je malo

sram in mi je tudi žal za takšno ravnanje, ampak takrat sem bil mlad in poln sebe.

Poleg dela v ambulanti sem imel na travmi zadolžitve tudi na bolnišničnem oddelku. Sodeloval sem pri prevezah ran in pregledih pacientov ter se učil odčitavati rentgenske slike poškodovanih delov skeleta in mavčenja. Ob veliki bolniški sobi je imel svoj kabinet mavčar Rudi, debelušen in prijazen možak. Bil je bolj blede polti z modrimi, prodornimi očmi in močnimi rokami. Specializantom je rade volje pokazal, kako se pripravijo mavčne obloge, kako se na poškodovan ud najprej naloži vata, kako se nato pravilno polagajo navlaženi mavčni povoji, kako se obloga zgladi in na koncu pusti, da se vse skupaj posuši. Medtem ko je pripravljaval mavec ali specializantom demonstriral, je vedno rad kaj pripovedoval, še najraje kaj žgečkljivega, erotično obarvanega, kot recimo tisto, kako je neka fina gospa tako divje jahala svojega ljubimca, da ga je celega metalo naprej in nazaj po postelji. Ob tem se nam je Rudi navihano smejal in nas opazoval. Specializanti smo se muzali ali se mu smejali, včasih pa mu je kdo celo rekel, da si vse le izmišljuje. Nič ni zameril in prav radi smo ga imeli.

Humor je bil sicer na kirurgiji redek. Človek bi pričakoval, da bi se kirurgi k šalam pogosteje zatekali, saj so te lahko način sprostitev po težjih operacijah. Vendar je bilo pripovedovanje šal izjema, morda je kdaj prišla kakšna na dan med preoblačenjem v garderobi, le redko pa na kakem sestanku. Težko najdem razlago, zakaj je bilo v mojem času tako, se pa spomnim, da so med kolegi krožile anekdote. Večkrat sem slišal, kako je slavni prof. Božidar Lavrič, ki je bil svojčas tudi osebni zdravnik maršala Tita, imel pacientko, ki mu je redno nosila

sveža jajca. Tako naj bi se nekoč neki mlad kirurg, ko je pridiralj okoli vogala, ker se mu je mudilo v operacijsko, zaletel v to gospo, ki je ravno nesla sveža jajca za profesorja. Košara je zletela po tleh in jajca so se razbila. Mladi mož se je na kratko opravičil s »pardon« in odhitel naprej, prizadeta gospa, ki je ostala brez jajc za svojega kirurga, pa je zaklicala za njim: »Nič pardon, jajca plačat!« To je bila ena od zgodb, ki je krožila po travmi.

Posebno poglavje na travmi so bile vizite. Glavno vizito je enkrat na teden vodil tedanji predstojnik Kirurške klinike prof. Martin Benedik, ki je bil na tem položaju med letoma 1964 in 1973. Sicer je bil torakalni kirurg in resen gospod, na poseben način dobrodušen in izkušen zdravnik. V življenju je veliko naredil. Bil je v partizanih in po vojni je ustanovil kirurški torakalni oddelek na Golniku. Ko je končal s predstojništvom na Kirurški kliniki, se je moral iz sobe vodje preseliti v drugo sobo, kjer naj bi kot nekdanji šef počakal do upokojitve. Ker se mi to nikakor ni zdelo lepo in prav, sem kot član delavskega sveta Klinike predlagal, naj mu dodelijo naziv svetnika in mu temu primerno tudi plačajo toliko, da bo imel enako plačo, kakršno je imel kot predstojnik. S predlogom sem uspel.

Na viziti nas je bilo vedno veliko, poleg predstojnika sta pred nami hodila še šef travme prof. Skerget ter vodja travmatološkega oddelka dr. Janez Prinčič, sin oficirja v kraljevi Jugoslaviji. Da je bil oficirjev sin, se mu je poznalo v komuniciranju, čeprav je bil sicer izvrsten travmatolog in tudi dober učitelj.

Poleg vsega resnega strokovnega dela, ki je spremljalo vizite, ne bom nikoli pozabil dne, ko smo vstopili v veliko bolniško sobo, v kateri je ležalo več kot dvajset bolnikov.

Predstojnik kirurgije je med bolniškimi posteljami stopal korak pred nami. V dolgi vrsti za njim so hodili vodje oddelkov, sobni zdravniki, gostje iz drugih bolnišnic, mi specializanti, študentje in glavne sestre ... Ko je predstojnik zagledal zmečkan papir na tleh, je glasno vprašal šefa oddelka: »Kaj je to?« »Tank!« je izstrelil Prinčič. »Kakšen tank, če je vendar papir?« je nejevoljno rekel predstojnik. »Zakaj potem sprašujete, kaj je, če veste?« mu je odvrnil šef oddelka Prinčič.

Podobno se je zgodilo tudi na stari travmi med vizito sobnega zdravnika. Bolnik mu je dejal, da vidi mravlje! »Konziliarno psihiatra, prosim!« je takoj naročil sobni zdravnik. Naslednji dan je želel videti mnenje psihiatra in na konziliarnem listu je prebral: »Pacient vidi mravlje. Jaz tudi!« Mravlje so namreč lezle mimo pacientove postelje ...

Izraz vizita izvira iz latinske besede *visitare*, kar pomeni obiskati, večkrat videti, ogledati si, pa tudi preveriti, pregledati. Gre torej za pravo imenovanje tega, kar je namen zdravniškega obiska bolnišničnih sob. V angleščini se viziti reče *round*, kar lahko pomeni marsikaj, vse od obline, kolesa, runde (pijače ali pri športu) do rafala ali hoje okrog. Pri zdravniški viziti verjetno ni mišljeno le to, da se hodi po sobah, ampak tudi okoli postelj. Vsekakor je tudi angleški izraz primeren za zdravniško prakso, ki jo ubeseduje, a naše poimenovanje je večpomensko; kar pa seveda nikakor ne pomeni, da so naše vizite boljše in uspešnejše od *roundov*.

Vizita ni le del hišnega reda bolnišnice, temveč pomemben dogodek tako za osebje kot predvsem za bolnika. Vizita je namenjena predvsem obisku bolnika, ki pričakuje, da bo izvedel, kako mu gre in kakšni so načrti

za njegovo zdravljenje; torej kaj ga čaka. Ob tem je to tudi priložnost, da še kaj vpraša. Gre za komunikacijo, ki je pomembna v odnosu med bolnikom in zdravnikom. Je izhodišče zaupanja bolnika v zdravnika.

Vizit je več vrst: jutranje, popoldanske, včasih večerne, pa glavne, šefove, predstojnikove in vizite sobnega zdravnika, specializanta, včasih sestrske, celo fizioterapevske ... Slednjo sem doživel tudi sam, ko sem pred leti ležal v bolnišnici po operaciji. Do moje postelje je prišel mlad fizioterapevt, vprašal sem ga, ali bova imela fizioterapijo, vendar mi je odvrnil, da je prišel le na vizito, in me tako mimogrede vprašal, kako mi gre. Verjetno mi je zato, ker sem se pohvalil, kako dobro se tisti dan počutim, tisti dan fizioterapija odpadla.

Za pacienta je najpomembnejše, da je med vizito v postelji. Ali od nje kaj pridobi, pa je odvisno od cele vrste dejavnikov. Pomembno je, kdo je zdravnik, ki opravlja vizito, pomemben je čas vizite, kateri zdravniki so še v skupini, bolnikova pričakovanja in ne nazadnje njegovo bolezensko stanje.

Kot kirurg nikakor ne bi želel razpredati o vseh vizitah, posebej ne o dolgih vizitah internistov, se bom pa zadržal pri kirurških. Dovolj dobro jih poznam, ne le kot kirurg, tudi kot pacient. Vem, kaj pomeni čakati na vizito, vem, kaj pomeni, če je popoldne ni, kako je nerodno, če ne moreš izvedeti, kar bi rad. Kot pacient sem doživel tudi *blitz* – hitre vizite, celo take, da je zdravnik le pomolil glavo v sobo, pa tudi zame nekoliko neprijetne, ko se je kolega izjemno posvetil meni, druge bolnike pa le na kratko odpravil. Vem tudi, kaj pomeni, ko kot zdravnik ne moreš opraviti vizite, ker operiraš; ko te kličejo za popoldansko vizito v intenzivno, ti pa še vedno operiraš.

Laže je bilo, kadar je na oddelku dežuralo po več zdravnikov hkrati in si lahko kolega, ki ni bil s teboj v operacijski, prosil, naj opravi vizito. Kadar nisi našel nadzornega, pa si od operacije odpustil mlajšega kolega, da je šel na vizito, sam pa operacijo nadaljeval z instrumentarko. Popoldanska ali včasih večerna vizita je morala biti. In prav je tako.

Zdravniki želimo bolnika obveščati o njegovem stanju in predvidenih ukrepih, za kar moramo imeti sveže rezultate preiskav in podatke o stanju bolnikovih življenjskih funkcij ter seveda njegovo privolitev v načrtovane posege. Večine svežih laboratorijskih izvidov na jutranji viziti ni mogoče imeti, četudi sestre jemljejo kri zgodaj zjutraj. Prav tako na jutranji viziti še ni mogoče imeti dokončnega načrta ukrepov pri bolniku za tisti dan. Zato se poraja vprašanje, ali to morda zmanjšuje smiselnost zgodnje jutranje vizite. Menim, da je nikakor ne, saj je pomembno, da bolnika obiščemo, se z njim pogovorimo in mu odgovorimo na vprašanja.

Zgodnja jutranja vizita sobnega zdravnika, ponekod leččega zdravnika, je v bistvu najpomembnejša. Zdravnik izve, kako se bolnik počuti, si ga ogleda, ga pregleda, morda skupaj s sestro naredi prevezo ali pregleda druga mesta invazivnih posegov na telesu, pregleda in morda spremeni predpisano terapijo itd. Kaj vse lahko naredi, je odvisno od primera do primera, vrste obolenja ali poškodbe ter od organizacije na oddelku, urnika nege in siceršnjega hišnega reda. Nikakor pa ni dovolj, da zdravnik le pride v bolnišnično sobo, pogleda na temperaturni list in s pisalom označi nadaljevanje terapije. Tak način je bil sicer marsikje pogost v praksi, včasih je temu botrovala časovna stiska, drugič pa odnos zdravnika, ki je vizito

opravi bolj kot le formalno dejanje. Vizite, na katerih smo zjutraj poizvedeli, kako je s pacientom, njega pa seznanili, kakšni postopki so načrtovani, smo nekoč, če nam je le uspelo, opravljali zjutraj pred skupnim sestankom. Zato smo v službo pogosto prihajali pred uradnim začetkom delavnika. Kako je to izvedljivo danes, ne vem, vem pa, da je za bolnika tak pristop pomemben, saj se mu dan tako začne prijazno in je vsaj okvirno seznanjen s tem, kar ga čaka. Včasih mora sobni ali lečeči zdravnik, ko ga sestre obvestijo o rezultatih laboratorijskih preiskav, ponovno obiskati bolnika in se, kadar je to treba ali celo nujno, na izvid odzvati.

Del bolnišničnega vsakdana so tudi glavne vizite, katerim so od nekdaj velik pomen pripisovali šefi, predstojniki, profesorji. Na teh so predstojniki dobili vpogled v stanje bolnikov na svojem oddelku, zato so od sobnih zdravnikov neredko zahtevali vse pomembne podatke o pacientih. Potem so radi pokazali svoje znanje in izkušnje, odločali o zdravljenju in drugih ukrepih, pogosto postavljali vprašanja mlajšim kolegom ter izrabljali vizito za nekakšno izobraževanje podrejenih in mladih kolegov. Vizita je bila tako lahko poučna in koristna ne le za bolnika, temveč tudi za mlade kolege, včasih pa je bila celo prava »predstava« predstojnika. Z današnjega vidika je vprašljivo, do kolikšne mere je bila taka vizita racionalna in predvsem koliko so pri tem spoštovali zasebnost posameznega pacienta v sobah z več bolniki. Drugi so namreč še kako radi vlekli na ušesa, kaj govorijo o sosedu, in neredko so popoldne med obiski o tem – sicer bolj po tiho – že obveščali svoje obiskovalce.

Dolgih vizit si razen predstojnikov ni mogel privoščiti nihče od kolegov. Vsi so bili razpisani na svoja delovna

mesta in urnik je bilo, še posebej v operacijskih dvorah, nujno spoštovati. Podobno je veljalo za delo v ambulantah in drugod.

Danes je z vizitami marsikaj drugače. Bolniki »pripadajo« tistemu zdravniku, ki jih je sprejel v ambulanti in jih ambulantno tudi pripravil za predviden poseg. Tako bolniki pogosto prihajajo skoraj neposredno na poseg in po njem odhajajo čim prej spet domov. Zanje so vizite seveda aktualne predvsem po posegih, opravi pa jih zdravnik, s katerim se običajno že poznajo. Vseeno je pomembno, da so bolniki v ustanovah čim bolj varni pred nepredvidenimi zapleti in morebitnimi napakami, predvsem v času dežurstva, da so z njihovim posegom in stanjem seznanjeni tudi drugi kolegi.

Ima pa vsak kirurški oddelek svoj red in urnik. Vse naj bi bilo smiselno organizirano, da bi potekalo gladko. Pri tem je treba vnaprej poskrbeti za to, kar potrebujejo bolniki. To je potrebno za njihovo varnost, učinkovito zdravljenje in čimprejšnji odpust, kar je danes posebej poudarjeno. Prav naglo odpuščanje iz bolnišnice zahteva od zdravnika zelo natančna navodila bolniku, odlično komunikacijo in pripravljenost na morebitne kasnejše zaplete.

A če se vrnem k vizitam, natančneje k jutranji viziti: ta je v bistvu »neprava« vizita, lahko jo imenujemo kar »sedeča«. To pomeni, da poteka v konferenčni sobi, kjer se zbrani posvetijo vsakemu bolniku, in sicer tako, da o njem poroča sobni ali lečeči zdravnik, ki je zato vsekakor moral prej opraviti svojo pravo jutranjo vizito. To je čas za pregled izvidov preiskav, morebitnih konziliarnih pregledov, posredovanja ugotovitev dežurnega in negovalnega kadra (navzoče so tudi nekatere sestre), pregleda

temperaturnega lista in skupnega dogovora o nadaljnjih postopkih. Taka »antivizita« lahko vzame kar nekaj časa.

Koliko je po njej potrebna še vizita vseh zdravnikov neposredno pri bolnikih, je gotovo zanimivo vprašanje. Morda je smiselno, da v takem primeru bolnika obiščejo predstojnik in tisti zdravnik, ki bo dežural, ter poleg njiju še sobni zdravnik oziroma operater. Da bi šli vsi zdravniki k bolniku, je neizvedljivo in nepotrebno. Mnogi morajo namreč drugam na svoja delovna mesta.

Taka vizita – obisk v sobi – je pomembna predvsem s človeškega vidika. Zbrani zdravniki bolnike pozdravijo in nagovorijo, predstojnik jim s svojo navzočnostjo sporoči, da mu ni vseeno zanje, čeprav niso njegovi pacienti, ob tem pa spoznajo še tiste zdravnike, ki bodo tisti dan dežurni in bodo najbrž popoldne pri njih opravljali vizito. Bolniki radi vidijo, da jih pozdravi predstojnik ali profesor, ki je vendarle avtoriteta in nekako odgovoren za njihovo varnost, včasih si ga upajo celo kaj vprašati. Bolniki pogosto pričakujejo, da bodo od predstojnika izvedeli še kaj več o svoji bolezni oziroma stanju ali da jim bo ta potrdil, kar jim je povedal že sobni zdravnik. Pa še svojcem se lahko pohvalijo, da so govorili s profesorjem.

Vizite v sobah za intenzivno nego na kirurškem oddelku, kjer običajno ležijo pacienti po operaciji ali zaradi kakšnega zapleta, so večinoma del glavne oddelčne vizite. Pri tem so poročila o opažanjih negovalnega kadra izredno pomembna in na intenzivni bi bilo prav, da bi vizito vedno opravljali ne le predstojnik in zadolženi za sobo, temveč tudi operater ležečih bolnikov in tisti zdravnik, ki bo dežural. Seveda naj bi sobni zdravnik pred glavno vizito pri bolnikih natančno opravil še svojo vizito.

O vizitah na specializiranih oddelkih intenzivne terapije, ki jih vodijo anesteziologi (reanimatologi, intenzivisti) in o pristojnostih ter odgovornostih zdravnikov do tamkajšnjih pacientov smo imeli v stroki veliko razprav. Vzniknila so pomembna medicinska in etična vprašanja: Kdo je v intenzivni odgovoren za kirurškega bolnika, kdo je tisti, ki naj naroča relevantne preiskave, odloča o potrebni agresivni terapiji ali diagnostičnih postopkih? Ali naj kirurga o tem zgolj obveščajo ali naj ta odloča ali soodloča? Na Komisiji RS za medicinsko etiko smo menili, da za bolnika v kirurški intenzivni terapiji odgovarjata oba, operater ali zdravnik, ki je kak (npr. endoskopski ali drugačen invazivni) poseg opravil, in anesteziolog oziroma reanimatolog intenzivist, ki je v enoti zanj zadolžen. To pomeni, da morata oba pri bolniku, po možnosti skupaj, opraviti tudi vizito. Oddelki za intenzivno terapijo že imajo take in drugačne vizite, v bistvu so tam zdravniki navzoči tako rekoč neprestano in sproti seznanjeni s problemi, stanjem, izvidi in potrebami pacientov. Vsak kirurg pa mora na intenzivno k svojemu pacientu prihajati redno in nujno v dogovoru z bolnikovim intenzivistom. Ne le na viziti, tudi sicer, včasih ob dobrem sodelovanju in zaupanju kar po telefonu, se morata specialista skupaj odločati o potrebnih ukrepih. Vendar zaradi poteka dela pri sprejemanju skupnih odločitev neredko prihaja do logističnih problemov. Kirurg je zaradi operacije lahko prav tisti čas nedosegljiv ali odsoten zaradi kakega drugega razloga, na primer konziliarnega pregleda na drugi kliniki ali oddelku. Vendar bi odgovoren kirurg v takih primerih, kadar ve, da bo nedosegljiv, moral najti ustrezno zamenjavo, namreč dovolj seznanjenega in strokovno kompetentnega kolega, ki bo odločal namesto njega,

vendar s tem prevzel tudi odgovornost za tisti čas, ko operater ne bo dosegljiv.

Kako so vizite resnično pomemben del bolnišničnega vsakdana, sem spoznal že kot specializant, ko sem jih opravljal z različnimi učitelji, zdravniki. Ob njih smo se urili v različnih postopkih, prijemih, diagnostiki in vsem drugem. In med vodilnimi specialisti, ki so na travmi vodili posamezne oddelke, nikakor ne morem mimo primarija Rada Uršiča.

Ko sem krožil na njegovem oddelku, sem imel v ambulanti priložnost obravnavati primer utesnitvenega sindroma goleni. Pri tem sindromu (*tibialis anterior*) gre za utesnitev mišic, živcev in žil znotraj kostno-žilnega prostora goleni, ki ob otekanju tako prizadene tkiva, da ta lahko odmrejo. Do tega lahko pride zaradi poškodbe, pa tudi med predolgo hojo po trdi podlagi ali med pretirano vadbo, ko se poveča pritok krvi v mišico, in ta oteče ter pritisne na okoliško vezivno fascijo mišic. Ko pritisk v delu goleni naraste še zaradi izločanja tekočine v tkivo, se najprej ustavi odtok krvi iz mišice, nato pa še arterijski dotok, in tako pride do bolečega brezkrvja (ishemije). Rešitev je operacija, pri kateri se po vsej dolžini goleni zareže koža in vezivna opna (fascija), da se pritisk sprosti. Svoj primer sem kot specializant dobro rešil in pacientu se je stanje lepo popravilo.

Zato mi je primarij Uršič naročil, naj napišem članek o tem sindromu z opisom lastnega primera, ki bi ga objavil v strokovni reviji. Naloge sem se seveda lotil, začel sem pisati in članek tudi napisal, vse skupaj pa dal pregledati primariju. Ko mi je vrnil besedilo, sem skoraj obupal, saj je bilo vse rdeče od popravkov. Vendar me to ni ustavilo. Članek sem popravil, mu ga dal ponovno v pregled in

čez čas je prišlo do moje prve strokovne objave, kar mi je veliko pomenilo.

Še enkrat sva imela s primarijem zame neprijetno situacijo. Kot mlajši dežurni sem na travmi ponoči sprejel na opazovanje poškodovanca s topo poškodbo trebuha. Tope poškodbe so tiste, pri katerih ni prekinjena koža trebuha, ni torej rane, so pa zaradi delovanja sil poškodbo utrpela notranja trebušna tkiva in organi. Pri pacientu sem sumil, da gre za poškodbo vranice, vendar je bil poškodovani sprva neprizadet, dokler ni sčasoma le postal vse bolj cirkulatorno nestabilen. Pri poškodovancu je bilo težko vzdrževati primeren krvni tlak, zato sem zbudil srednjega dežurnega kirurga (dežurali smo nadzorni, srednji in mlajši kirurg), ki mi je svetoval, naj pacienta zdravim konservativno in ga nalivam. To je pomenilo, da naj naročim infuzijo tekočin z elektroliti in glukozo, če bi bilo potrebno, pa tudi s sredstvi, ki vzdržujejo volumen cirkulirajoče krvi in se ne izločajo prehitro skozi ledvice. To sem storil. Najprej smo mu dali infuzijo, in ko se je razvila anemija, smo mu dali še transfuzijo. Vso noč sem se ukvarjal z njim, a zjutraj so morali poškodovanca vendarle nujno operirati zaradi poškodovane vranice. Primarij Uršič, ki je bil tisto noč nadzorni, mi je dal hudo lekcijo, češ da bom jaz kriv, če poškodovanec ne bo preživel ali če se mu bo zapletlo po operaciji. Na srečo se je vse dobro končalo, za poškodovanca in zame. Res je, primarij je imel presneto prav, in še danes se obtožujem za to, ker ga nisem ponoči poklical, da bi se pravočasno odločili za ustrezno zdravljenje.

Dežuranje na travmi je bilo naporno in poškodovance so reševalci kar naprej vozili k nam. Pa vendar se je enkrat zgodilo drugače. S kolegom Pavletom Košorokom

sva v poletni noči utrujena slonela ob oknu, a si nisva upala iti počivat, saj sva pričakovala, da bodo reševalci pripeljali še koga. Ni dolgo trajalo, ko sva zaslišala sireno, ki se je približevala. »No, pa imava delo,« mi reče Pavle in zavzdihne. »Mogoče pa pelje na dermo,« sem mu rekel in se zasmeljal. Pavle se je nasmehnil šali in že sva zagledala rešilni avto, vendar se ni ustavil pred našim vhodom, temveč, glej čudo, je zapeljal pred vhod Dermatološke klinike. Samo spogledala sva se in odšla na kratek počitek.

V dežurstvu sem prvič prišel v stik z jetri, največjim organom in tudi največjo žlezo človeškega telesa, ki je najbolj zaznamovala mojo poklicno pot. Neko noč so me poklicali na asistenco izkušnemu kolegu specialistu, ki je operiral poškodovanca s krvavitvijo v trebuhu. Ko sva odprla trebuh, se je pokazalo, da so bila jetra močno poškodovana. Noben poseg ni pomagal, šivi niso bili učinkoviti in rešitve ni bilo videti. Kirurg se je nato odločil odstraniti žolčnik, kar me je začudilo. »Nekaj morava narediti v tem času, preden bo poškodovanec izkrvavel,« mi je dejal operater, ki mu nikakor ni bilo lahko.

Kasneje, ko sem bil že specialist za jetra in sem temu organu posvetil precej raziskav pa tudi eksperimentov na živalih za obvladovanje jetrnih poškodb, mi je bilo jasno, kaj bi lahko takrat naredili. V medicini je tako, da šele z njenim razvojem skozi čas dosežemo dodatna znanja, ki omogočajo reševanje problemov, ki so bili prej nerešljivi. Če bi takrat vedeli in znali to, kar vemo danes, bi lahko s kompresami naredili objetrno tamponado – komprese, položene med jetra in trebušno prepono ter zadnjo steno trebuha, bi lahko s pritiskom ustavile krvavitev. Jetra bi

lahko ovili tudi v vikrilsko mrežico in jih stisnili, vendar tudi takih mrežic takrat še ni bilo.

Med specialisti travmatologi me je najbolj navdušil asist. Branko Korošec, ljubezniv, večinoma nasmejan kirurg, ki me je veliko naučil. Bil je pravi mojster natančnega operiranja. Neverjetno lepo je ravnal s tkivi, brez vsake grobosti, brez nepotrebnih prijemov in dodatnih pritiskov na tkivo. Bil je odličen učitelj, prijazen in razumevajoč ter tudi strog do tistega, kdor ni bil dovolj nežen s tkivom. Največ se je ukvarjal s poškodbami podlahti in komolca ter je dosegal odlične rezultate pri zdravljenju pacientov.

V našem poklicu niso učitelji le tisti, ki imajo učiteljski naziv, temveč vsi kolegi, ki so nam na poklicni poti pomagali, svetovali, nas usmerjali oziroma preprosto – učili. Zdravnik med svojim strokovnim razvojem pogosto celo doživi, da mu mnogo več znanja posredujejo neakademski, praviloma starejši kolegi, in ne tisti z akademskimi nazivi. Docenti in profesorji, ki univerzitetno poučujejo in vodijo raziskave, so – razen izjem – pogosto manj vpeti v delo na bolnišničnih oddelkih in ambulan-
tah. Mentorji študentov in specializantov, ki so včasih samo asistenti, pa so tisti, ki kolegom posredujejo največ praktičnega znanja.

Kot učenec kirurgije sem pridobil zanimive izkušnje. Od svojih učiteljev – tistih, ki so bili to po nazivu, in drugih, ki to formalno niso bili – sem doživel precej različnih pristopov pri posredovanju izkušenj in posebnih znanj. Dejstvo pa je, da sem se veliko naučil z asistiranjem kirurgom ali v pogovorih z njimi. Nikoli jih sicer nisem naravnost prosil, naj mi kaj pokažejo, temveč sem znanje črpal iz spremljanja njihovega dela, tehnike

in taktike operiranja. Vseeno menim, da je kolege le prav kaj vprašati in jim celo povedati svoje mnenje. Seveda pa lahko človek ob izražanju lastnih pogledov na poteze drugih pri posegih naleti na sila različne odzive.

A kar zadeva psihološko ali duhovno plat mojega dela, od učiteljev v tem smislu nisem prejel ničesar. V naših odnosih je bila določena meja, distanca. Žal v razmišljanju o strokovnih dilemah, posebej ko smo se večkrat morali sami odločati za ukrepanje pri pacientih, specializanti nismo naleteli na razumevanje, še manj na duhovno podporo svojih učiteljev. Komur kaj ni uspelo narediti, kot bi želel ali kot bi bilo prav, ali kdor je imel kakšno vprašanje, ta o tem ni imel govoriti z nikomer. Tudi specializanti smo se med seboj le redko pogovarjali o takih problemih. Vsakdo je bil prepuščen samemu sebi, pri učiteljih in starejših kolegih ni bilo nikakršne empatije. Veljalo je, naj se vsakdo sam spopada s svojimi psihološkimi problemi in duševnimi stiskami.

Posredno pa sem se lahko učil tudi iz negativnih izkušenj. Na primer takrat, ko se je operater, celo učitelj, med operacijo ustavil in se odločil za umik. Take situacije so me spodbudile k dodatnemu učenju anatomije ali iskanju napotkov oziroma izkušenj drugih kirurgov v literaturi. V kirurgiji lahko učenec veliko pridobi, če mu učitelj asistira. Sam sem kot učitelj imel takle pristop: pred posegom sem z mladim operaterjem prediskutiral primer, včasih tudi s skico predstavil predvideni poseg in ga ob tem opozoril na morebitne pasti in probleme, ki se lahko pojavijo med operacijo. Med samim posegom pa pomoč ni pomenila tega, da bi sam v vlogi asistenta praktično izpeljal poseg, kar se je pri nekaterih učiteljih dogajalo, kot tudi ne, da bi operaterja »za roko« vodil skozi opera-

cijo. Tak pristop je sicer možen, a bolje je učencu dobro predstaviti operativno polje in ga opozarjati, kako nujno je predvidevanje naslednjih korakov operacije.

Dokler učitelj uči, je odnos med zdravnikoma pretežno spoštljiv, kar je logično. A ko učenec stopi na samostojno pot, nadaljnji odnos postane odvisen predvsem od učenčeve čustvene in duhovne inteligence. Ta odnos je tako različen in nepredvidljiv, kot smo različni ljudje. Če je poučevanje dolžnost, hvaležnost v odnosu med učiteljem in učencem ni zares upravičena, spoštovanje naj pa vendarle ostane, prav tako tudi pripravljenost na pomoč učitelju ali njegovim bližnjim. O tem nam govori že Hipokratova prisega in ne nazadnje je tako tudi prav.

Včasih je odnos z učenci lahko tudi globlji. Že vrsto let se mi javljajo trije kolegi, moji nekdanji učenci, ki me občasno pokličejo ter vprašajo, kako mi gre. Vsi so iz krajev bivše skupne države. Nobeden od njih ne pričakuje kakršnihkoli uslug ali pomoči, čeprav me sem in tja povprašajo za mnenje o kakšnem kirurškem vprašanju. Ko sem bil bolan, me je obiskalo nekaj mojih nekdanjih učencev. Kako lep občutek je to! Njihova spodbuda je veliko prispevala k moji odločenosti za bojevanje z boleznijo.

Ko sem bil še v vlogi učenca, pa sem moral kot kirurški specializant spoznati vse kirurške oddelke. Povsod sem se česa naučil, kaj operiral in največkrat tudi asistiral, predvsem kot druga asistenca. Ta praviloma pripada mlajšemu kolegu, ki »drži kljuke in gobec«. Specializant naj bi tako s kljukami razpiral operacijsko rano, ne da bi ob tem kaj komentiral ali govoril. Vendar sem na nekaterih kirurških oddelkih kot specializant lahko celo začel operacije – zarezal sem kožo, podkožje in vezivni snop med mišicami ali v same mišice v steni, kadar rez ni

bil na sredini trebuha. Operacije sem lahko tudi zaključeval, zapiral rane, včasih celo opravil del posega in pri nekaterih prijaznih kolegih izpeljal kar vso operacijo. Pri takih posegih sem sicer imel nekaj treme, vendar je bil prvi asistent vedno izkušen kirurg, zato sem se počutil varnega, prav tako sem poseg prej tudi dobro naštudiral.

Kot travmatološkega specializanta so me zelo zanimala poškodbe rok, zato sem svoje kroženje na plastični kirurgiji podaljšal za en mesec. Tam je primarij Rafael Šabec izvajal izvrstne operacije rok in imel o kirurgiji rok tudi predavanja. Pri njem mi je bilo veselje asistirati in tako neposredno doživljati pravilno reševanje problemov zgornjih okončin. Struktur na roki je veliko in potekajo tako, da omogočajo kompleksno delovanje prstov in dlani. Prav zgornja okončina je tista, ki je človeku omogočila njegovo posebno vlogo v naravi.

Ker je prostora v dlani malo in so zato vse njene strukture zgoščene, je operacije dlani treba izvesti čim natančneje. O roki sem se veliko naučil tudi od dr. Marka Godine, ki je bil začetnik mikrokirurgije v Sloveniji. Uvedel je minuciozno, tj. zelo fino, natančno šivanje malih žil pri reševanju odrezanih prstov. Z reimplantacijo, ki poteka pod mikroskopom, je z novo mikrokirurško tehniko tako mogoče odrezane prste uspešno prišiti nazaj. Kako mi je bilo hudo, ko smo med nekim strokovnim posvetom v predavalnici Kliničnega centra v Ljubljani od predavatelja izvedeli, da je dr. Marko Godina nesrečno preminil v prometni nezgodi med Zagrebom in Ljubljano!

Med kroženjem po oddelkih sem svoje izobraževanje za en mesec podaljšal tudi na nevrokirurgiji. Na oddelku je takrat s svojimi dolgimi in uspešnimi operacijami prekinjenih živcev na zgornjih udih začel dr. Vinko Do-

lenc. Tudi njemu sem asistiral, pravilneje rečeno, gledal skozi priključek na operacijski mikroskop, ki ga je kirurg uporabljal pri svojem natančnem delu. Ob koncu kroženja mi je kolega Dolenc dal celo zašiti en živec. Bil sem navdušen, nikoli pa nisem izvedel, kakšen je bil končni rezultat, saj se to pokaže šele po zelo dolgem času po posegu. Precej dolgo namreč traja, da živec od mesta zašitja zraste do predela, ki ga oživčuje.

Specializacija v nobenem drugem poklicu ni tako pomembno in predvsem dolgo obdobje usposabljanja, kot je v medicini. Tako se čas do primerno visoke usposobljenosti pomakne kar daleč prek mladih let v obdobje, ko si človek ustvarja družino in naj bi si že zagotovil ekonomsko varnost ter stabilnost. Vendar specializanti in mladi specialisti kirurgi največ dežurajo, praznike največkrat preživljajo v bolnišnici, so najbolj izpostavljeni stresu in obremenitvam ter materialno nikakor niso preskrbljeni do te mere, da bi si lahko z družino privoščili življenje, ki bi jim omogočalo tudi primerno regeneriranje. Dejstvo pa je, da so mladi vzdržljivi in prodorni, da so lahko spretni in ob dobri asistenci lahko učinkovito osvojijo kirurške veščine, zato so že kmalu sposobni uspešno izpeljati tudi zahtevne operacijske posege.

Trditev se zdi drzna, vendar poznamo mlade kolege, predvsem v tujini, ki opravljajo tudi najtežje posege. Ob tem je pri nas še vedno problem, da posamezni specialisti tudi v svojih poznejših letih niso kirurško izživeti, ker so bili zaradi takih ali drugačnih okoliščin pri svojem operativnem delu prikrajšani: lahko so imeli nadrejene, ki so večino operacij hoteli opravljati sami, lahko je bilo na oddelku veliko kolegov iste generacije in tako preprosto ni bilo dovolj operacij za vse; ali pa so bili sami premalo

vztrajni, da bi dobili operacije. So tudi taki specialisti, ki preprosto zaupajo le sebi, in zato menijo, da morajo čim več narediti sami. Prav tako nekateri vodje pri razporejanju operacij dajejo prednost najspretnejšemu specialistu. Ta zato največ operira in ima torej največ izkušenj, s tem pa tudi najboljše rezultate, kar ustvarja začarani krog. Žal tudi ni več običajno, da bi kirurg vzgajal svojega naslednika ali celo več naslednikov, da bi jim torej predajal vse svoje znanje, jim asistiral in prepuščal operacije. V takih zgodbah so specializanti tako predvsem pisci kirurških popisov, držalci kljuk in garači v ambulantah. Eden od mladih kolegov je nekoč napisal, da bi lahko imeli kar »specializacijo iz ambulantne kirurgije«. Večina mladih zdravnikov pa se za specializacijo kake operativne stroke odloča ravno zaradi želje po učinkovitem poseganju v patologijo z operacijami, ki so še vedno najradikalnejši način zdravljenja.

Zdravniki, ki so usmerjeni v kirurško reševanje zdravstvenih težav, so vedno nekako posebni ljudje – ne moti jih, da režejo človeka in posegajo v njegovo telesno integriteto, čeprav večina o tej svoji nagnjenosti in drugačnosti sploh ne razmišlja. Poleg poznavanja kirurške patologije si želijo čim prej osvojiti obrtniški del, torej operacijsko spretnost in tehniko z vsemi pravimi pristopi in malimi skrivnostmi, ki jih obvladajo starejši operaterji. To je logično, normalno in prav, saj imajo kot mladi veliko moči, da se lahko precej hitro in dobro naučijo tudi najzahtevnejših posegov.

Na specializaciji začenjajo kolegi z manjšimi operacijami, zaradi septične patologije s preprostejšimi posegi in oskrbami na površini telesa, postopno pa prihajajo do vse zahtevnejših posegov. Prav je, da ima specializant

že pred lažjimi posegi kolokvij pri mentorju, kjer izkaže svoje teoretsko znanje in poznavanje operiranja manj zahtevne patologije. Že pri manjših posegih se specializant lahko dobro nauči skrbnega ravnanja s tkivi, pravilnega prijemanja instrumentov in ravnanja z njimi. Nauči se tudi izvajanja pojasnilne dolžnosti, torej pogovora z bolnikom, v katerem mu razloži potek posega na način, da ga bo bolnik razumel in z njim soglašal. To je obvezen del etičnega ravnanja zdravnika, preden se posega loti, četudi gre le za manjši poseg v človekovo telesno integriteto. Tudi najmanjši poseg je namreč za bolnika njegov najpomembnejši poseg! Tako je bilo, tako je in bo. Pred poseganjem v notranjost človeškega telesa pa mora specializant poleg nujnega kolokvija pri mentorju večkrat tudi asistirati pri takem posegu. Če je le mogoče, mora na patologiji poseg ali vsaj del posega opraviti na truplu, nato pa pod vodstvom mentorja med eno od njegovih operacij tudi sodelovati. Pri endoskopskih posegih mora poseg vaditi najprej na tečajih, kjer usposabljanje poteka na modelih oziroma t. i. »trainerjih« in včasih tudi na živalih ali živalskih tkivih.

Del specializacije iz kirurgije sem opravil na kirurškem oddelku Bolnišnice dr. Petra Držaja v Šiški. Tam so takrat najpogosteje operirali abdominalno patologijo in proktologijo, v dežurstvu pa tudi poškodbe. Bili so hitri in spretni pri operacijah kolkov, sicer pa za tiste čase napredni in uspešni na področju kirurgije debelega črevesa. Proktologija je bila pod vodstvom dr. Tineta Velikonje takrat sploh na najvišji ravni. Enega od oddelkov je vodil prim. Oskar Končan, pravi gospod in odličen kirurg, pri katerem so poleg operacij žolčnika veliko operirali tudi črevo in želodec. Drugega je vodil prof. Miro Pleterski,

bivši oficir in vojaški kirurg, ki se je izpopolnjeval v Veliki Britaniji in je med drugim izvajal za tisti čas zahtevne operacije žolčnih vodov s posebno metodo po Rodneyju Smithu. Šlo je za to, da je kirurg po odstranitvi patološke spremembe na sotočju žolčnih vodov dve cevki (eno za desni, drugo za levi jetrni žolčni vod) speljal skozi vijugo jejunuma v zdrava jetrna žolčna voda. Ob pomoči primernih sond je cevki nato speljal še skozi jetrno tkivo in skozi trebušno steno navzven, kjer ju je pričvrstil na kožo. Pri tej metodi ni bilo šivanja med žolčnimi vodi in črevesom, s tem pa tudi manj možnosti, da bi se taka povezava zaradi brazgotinjenja zožila.

Ko sem bil v Šiški, so me prav te operacije najbolj zanimale, in kasneje sem jih, nekoliko po svoje, nekaj časa tudi izvajal. V tisti bolnišnici sem se veliko naučil, saj so bili kolegi kirurgi radodarni in so specializantom nemalokrat prepuščali svoje operacije. Ampak to je veljalo za starejše specializante, pri mlajših, kamor sem spadal sam, pa se je prof. Pleterski strogo držal načela, da lahko le asistiramo. Posebej prijazen do specializantov je bil dr. Damijan Meško, pa tudi dr. Marjan Jeršek je znal svoje operacije prepustiti kolegom in ob tem zelo učinkovito asistirati. Drugi po starosti na oddelku prof. Pleterskega je bil dr. Možina, kirurg, ki je imel med pacienti svojo klientelo – vinogradnike in poljedelce s Primorske. Na svoj posebni način je bil prijazen do specializantov. Bil je šaljivec. Ko smo neko jutro sedeli na sestanku in je dežurni končal s svojim poročilom, mu je eden od specializantov, zazrt v njegove noge, rekel: »Dr. Možina, veste, da imate eno modro in eno črno nogavico?« Dr. Možina je pogledal v svoje gležnje in mu odgovoril: »Ja, pa res – no, doma imam pa še en tak par!«

Med specializacijo mi je uspelo izpeljati za tiste čase pomembno delo. Bilo je obdobje samoupravljanja in nekim brihtnežem je prišlo na misel, da bi morali samoupravljanje uvesti tudi v medicinskih ustanovah. Noro bolna ideja! Takrat sem bil član delavskega sveta in tako sem imel vpogled v marsikaj. Bil sem tudi član partije in prav tam so to idejo porivali naprej. S kolegom dr. Alešem Brecljem, prav tako članom partije, sva sklenila, da na kirurgiji ne sme priti do samoupravljanja. Zato sem napisal članek, v katerem sem kirurgijo primerjal z vojsko, kar sem utemeljeval z veliko odgovornostjo, potrebo po hierarhiji in redom, brez katerega na kirurgiji ne gre. V članku sem se še vprašal, zakaj samoupravljanja ne silijo v vojsko, in s tem najbrž najbolj razkuril pobudnike. Do samoupravljanja na kirurgiji ni prišlo, so pa moj članek še kar nekaj časa obravnavali na Visoki šoli za politične vede kot primer povsem neprimerne, nekonstruktivnega, skoraj sovražnega razmišljanja.

Med kroženjem po oddelkih sem bil kot specializant tudi na Interni kliniki, in sicer pri mentorju dr. Matiji Horvatu, ki je vodil intenzivno sobo kardiološkega oddelka. Pri njem sem doživel svojo prvo reanimacijo. Med vizito je pri starejši bolnici v intenzivni sobi prišlo do nenadnega zastoja srca. Dr. Horvat me je pozval, naj jo reanimiram, in to najprej s prekordialnim udarcem, to je udarcem s pestjo v predel prsnice. Metodo sem poznal, vendar je še nikoli nisem izvedel. Pristopil sem k postelji, bil sem precej vznemirjen, ampak odločen, da mi bom uspelo. Po prsnici sem udaril kar močno in učinek je bil takojšen. Bolnici se je vrnil utrip, kmalu je prišla k sebi in dr. Horvat me je z nasmeškom pohvalil.

V tistem času so internisti imeli svojo nogometno ekipo, redno so trenirali in odigrali že nekaj tekem, med drugim s kolegi iz drugih slovenskih bolnišnic. Nas kirurge so izzvali, da bi se z njimi srečali na nogometni zelenici. S kolegi smo nekako sestavili ekipo in se enkrat pred tekmo celo sestali na treningu. Prva tekma z internisti je bila kot športni praznik. Ob pomožnem igrišču Olimpije za Bežigradom se je zbralo veliko gledalcev – medicinskih sester, zdravnikov in drugega bolnišničnega osebja. Poskrbeli smo tudi za rešilni avto, ki je bil parkiran na stezi ob igrišču. Gledalci so imeli nekaj pripomočkov za ustvarjanje hrupa in nasploh je vladalo zelo navijaško vzdušje. Tekma je bila zabavna, saj smo se kirurgi zbegano pojali po igrišču in skoraj brezciljno tekali za internisti, ki so že igrali po svojem ustaljenem sistemu. Kar precej smo se brcali po nogah in dela za sodnika je bilo veliko. V naši ekipi je bil branilec dr. Branko Korošec, velik in močan mož. Zato so se nasprotniki, ko je bil na vrsti »finfer«, strel iz petmetrskega vratarjevega prostora, umaknili daleč nazaj na svoj del igrišča. Branko se je zagnal in brcnil, a žoga je odletela le kakih slabih deset metrov po igrišču. Internisti so se spogledali in se brž pognali na našo stran. Ker pa smo bili kljub vsemu zelo zagreti, jim le ni uspelo. Tako jim je naš dr. Prinčič le vzel žogo in preprečil en njihov napad. A za njim se je takoj zapodil eden od internistov in ga meni nič, tebi nič brcnil v zadnjico. Prinčič je ob tem najprej zastal, nato pa stekel za napadalcem in ob tem kričal: »Držite me, če ne, ga bom ubil!« Res smo ga zadržali. Internist je dobil rdeči karton in slavni Jakše, takrat najbolj znan slovenski nogometni sodnik, mu je rekel: »Gospod doktor, dol z igrišča!« A niti to niti podpora naših navijačev ni pomagala,

tekmo smo izgubili s 4 : 2. Sam sem dal celo en gol, a kaj, ko so jih oni štiri. Še nekajkrat smo igrali z internisti, a smo vedno izgubili, čeprav smo imeli kasneje za vratarja dr. Boga Hrabarja, ki se je za žogo celo metal po tleh in izvajal nekakšne parade. Čez čas je kirurško navdušenje nad nogometom zamrlo, le najbolj športu naklonjeni kolegi kirurgi so še brcali v ekipah z medicinskimi tehnikami in laboranti.