

# DIALIZNI GLASNIK

ŠTEVILKA 24

LJUBLJANA 1991

DVAJSET LET HEMODIALIZE V SLOVENIJI

Na vprašanja urednika Dializnega glasnika  
je odgovarjal prof. dr. Saša Luzar

Letošnjo jesen - 5. novembra 1990 - mineva dvajset let,  
odkar je bila v Sloveniji uradno izvršena prva kronična  
hemodializa. Vi, profesor Luzar, ste bili takrat zraven.  
Kakšen je bil začetek in kaj se je dogajalo pred tem?

Dializni center v Ljubljani je bil odprt 5. novembra 1970, to  
je deset let potem, ko je znani Scribner v Združenih državah  
Amerike prvim petim bolnikom montiral t.i. Scribnerjev šant na  
podlahet in jim tako omogočil, da so se začeli zdraviti s kro-  
nično hemodializo. Ta razvoj je od leta 1960 napredoval zelo  
počasi, tako da imamo v Evropi na primer leta 1965 vsega skupaj  
samo 43 dializnih centrov. Tega leta sem jaz prvičkrat imel pri-  
liko na lastne oči videti in doživeti dializo v takrat še zelo  
primitivnih razmerah v Freiburgu; tam sem bil na trimesečnem



izpopolnjevanju prav za področje nefrologije, katere razvoj sem takrat prevzel na nekdanji skupni interni kliniki v Ljubljani. Dializni oddelek v Freiburgu je vodil prof. Heinze, pri katerem se je kasneje dva meseca učila osnovnih prvin dialize sestra Vera, ki je kot vodilna sestra prevzela soorganizacijo dialize v Ljubljani, in kasneje tudi dr. Drinovec. Pomoč, ki nam jo je ves čas nudil prof. Heinze, je bila za naš center in njegov razvoj izredno dragocena.

Kakšna je bila takrat dializa?

Dializa, kakršno sem imel priliko videti v Freiburgu, je bila seveda dializa začetnih let. Rastopina se je pripravila v velikem kotlu, ploščni dializator je bilo potrebno za vsako dializo posebej sestaviti, trajala je dvanajst ur, zapletov pri bolnikih je bilo seveda mnogo več kakor v kasnejših letih. Tudi umrljivost je bila v teh prvih desetih letih, odkar je Scribner s kronično dializo začel, še zelo visoka in se je kot nekakšna trajna nadomestna terapija bolnikom, ki so doživeli končno odpoved ledvic, sprva zelo težko prebijala, ne samo zaradi visoke cene, temveč tudi zaradi nepopolne rehabilitacije in visoke umrljivosti.

So takrat že presajali ledvice?

Hkrati z razvojem hemodialize je šel tudi razvoj transplantacije ledvic. V prva šestdeseta leta pade tudi začetek prvih uspešnih transplantacij pri človeku. Obe metodi sta se v šestdesetih letih razvijali sicer kot komplementarni, čeprav so marsikje vide-

li v hemodializi in v odpiranju dializnih centrov samo pogoj in osnovo za začetek in razvoj transplantacije. Tudi v Jugoslaviji, kjer je bil prvi center za hemodializo odprt na Reki leta 1967, je bil ta odprt pri kirurgu-urologu prav z namenom, da se začne v njem dializirati bolnike in jih takoj tudi uspešno transplantirati.

Je takrat v ljubljanski bolnišnici sploh že obstajal poseben nefrološki oddelek?

Sredi šestdesetih let smo se na interni kliniki na Zaloški začeli nekoliko usmerjati: posamezni specialisti v posamezne veje interne medicine. Ena od teh vej, ki do takrat sploh še ni imela svojega lastnega obraza, je bila ravno nefrologija; kardiologija, hematologija in druge veje so bile že mnogo starejše, urologija pa ves čas sodi v kirurško stroko.

Ste takrat že imeli na voljo heparin ali kako drugo sredstvo proti strjevanju krvi med hemodializo? Iz prvih začetkov hemodialize v dvajsetih letih namreč vem, da je bila hemodializa sicer uspešna, a so pacienti čez nekaj časa umrli, ker se jim je strdila kri.

Tehnični pogoji prvih hemodializatorjev so bili seveda čisto drugačni, heparin pa smo v šestdesetih letih že poznali.

Kakšen položaj ste imeli takrat vi?

Bil sem vodja t.i. nefrološke službe v okviru interne klinike

na Zaloški cesti. Univerzitetni klinični center je bil zgrajen leta 1970, prve selitve vanj so se začele 1971. Se pravi, da je bila tudi prva hemodializa v Sloveniji izvršena na Zaloški, in sicer v prvem nadstropju interne klinike. Tam smo imeli dve sobi za štiri do pet bolnikov. Ta oddelek se je potem leta 1972 preselil v sedanje prostore v pritličju UKC.

Ali ste takrat slutili, da bo dializni center postal najštevilnejši oddelek v novem Univerzitetnem kliničnem centru? Ste si predstavljali, da bo šel razvoj v tako smer? Ste si mislili, da bo samo v Ljubljani hodilo na dializo toliko ljudi, kot jih hodi danes?

Danes se ne spominjam več, kaj sem si takrat predstavljal, kakšen obseg bo stvar zavzela, a bistveno je bilo to, da je človek to videl in doživel. Jaz sem bil potem leta 1967 še dva meseca v Parizu, kjer se je leta 1960 začelo presajanje ledvic v Evropi. Francoski zdravniki so dokazali, da ob dobri organizaciji, na strokovni višini, z ustreznim odnosom do dela itn. ljudje lahko žive zadovoljivo življenje na dializi, zlasti pa še če so uspešno transplantirani. Če si prevzel na svoja ramena odgovornost za razvoj nefrološke službe, si moral ugrizniti v to, za nekatere zelo kislo jabolko. To je bila navsezadnje dejavnost, ki ni imela nobenega stika z dotedanjim načinom dela, zlasti za internista.

Kakšno je bilo takrat stanje nefrologije v Sloveniji?

Takrat je bilo za nefrologa bistveno, da bi ustvaril pogoje za

dializno zdravljenje: če tehnologija res omogoča življenje z umetno ledvico, je treba bolnikom s končno odpovedjo ledvic pripraviti takšno obliko zdravljenja. Od vsega začetka sem se zavedal, da je problem stroškov eden izmed primarnih problemov. Vendar so moje prve kalkulacije - mislim, da je bilo to leta 1969, ko sem o tem napisal članek v Zdravstvenem vestniku - bile take, da so bile sprejemljive tudi za širši krog zdravništva, ki vedno zelo kritično gleda, kdo posega v fond, iz katerega vsi črpamo sredstva za svoje delo. To se je videlo tudi kasneje, ko je dializa zaradi povečanega števila bolnikov terjala vedno več, a moje prve kalkulacije so bile sprejemljive: cena dialize letno za enega bolnika se je nekako ujemala s ceno za dva bolnika, ki sta se v tistih časih zdravila zaradi pljučne tuberkuloze. To pa je bilo s finančnega in seveda tudi z etičnega vidika popolnoma sprejemljivo.

Prej ste rekli, da je dializa takrat trajala po dvanajst ur. Kolikokrat na teden?

Dvakrat na teden po dvanajst ur. Preostali čas je pacient preživel doma, razen če so bili kakšni zapleti, na primer visoka temperatura, pirogena reakcija, infekcija. Takrat smo imeli v Ljubljani bogate izkušnje urologov z dializo ob akutni odpovedi ledvic, ki terja samo nekajdnevno premoščanje pri raznih poškodbah, nesrečah, sepsah ipd. Prof. Rakovec je prvo tako dializo naredil leta 1959. V šestdesetih letih - po odprtju dializnega centra na Reki - je bila akutna dializa v Jugoslaviji možna samo na urologiji v Ljubljani.

Je bila takratna dializa podobna današnji?

Ne. To se je dogajalo še na velikem bobnu, zelo podobno prvim Kolffovim poskusom takoj po koncu druge svetovne vojne na Nizozemskem. Tehnika pri teh prvih občasnih poskusih ni omogočala dolgotrajne dialize ali celo kronične dialize, ob kateri bi človek normalno živel. Zdravniki niso uporabljali Scribnerjevega šanta, temveč so na podlakti vpeljali dve stekleni cevčici, eno v arterijo, drugo v veno, ju s plastično cevjo zvezali z dializatorjem in tako omogočili kroženje krvi. Po koncu dialize je bilo treba stekleni cevčici odstraniti in žili podvezati; s tem je bil ta pristop uničen, tako da je bilo žil in mest za nadaljevanje dialize zelo malo. Taka dializa je bila torej mogoča samo nekajkrat. Če si je pacient v tem času opomogel, je ostal živ, če je prišlo do zapletov, pa ne. Smrt je bila večinoma le posledica osnovne bolezni oz. poškodbe, ne pa odpovedi ledvic. Ravno novina, ki jo je vpeljal Scribner, je sploh omogočila kronično hemodializo. Danes takih šantov sploh ne uporabljamo več. To je bil šant iz umetne snovi, ki je bila dokaj biokompatibilna in ni dražila tkiva. Ob koncu dialize je zdravnik obe cevčici, arterijsko in vensko, vtaknil drugo v drugo in povezal in kri je krožila do naslednje dialize. Možnost infekcije in tromboze je bila večja kot pri današnji AV-fistuli. Vse je bilo odvisno od nege šanta. Problem je bil v tem, da na mestu, kjer je cevčica prišla iz kože, ne bi prišlo do vnetja, do vdora bakterij ipd. Marsikaj so poskušali, a nobena metoda ni bila idealna. Velik korak naprej je pomenila t.i. Cimino-Brescijijska fistula, ki sta jo avtorja opisala okrog leta 1964.

Šlo je za trajno podkožno AV-fistulo, ki jo narediš na kirurški način in zašiješ veno s strani na arterijo. Vena se zaradi pritiska arterijske krvi potem tako razširi, da je mogoč vbod tudi z debelejšimi iglami za vsako dializo.

Ali ste to novost uporabili tudi v Ljubljani, ko ste leta 1970 začeli s kronično dializo?

Ne. Prve dialize smo še zmerom delali s šantom. Fistula se je vpeljavala počasi. Leta 1965 v Freiburgu in leta 1967 v Parizu so bili, recimo, še samo šanti. Tam nisem videl še nobene fistule. Imeli smo Tesknerjeve šante, ki smo jih dobivali iz Italije. Bili so precej dragi. Ob koncu leta 1970 je prvo fistulo naredil prof. Košak pri eni od prvih bolnic, Čavičevi, ki je potem živelja še pet let. Ta pacientka je bila prva, ki je tako rekoč izsilila resno kronično hemodializo.

Kakšno je bilo stanje ob koncu šestdesetih let?

Imeli smo urološko zaledje, poznali smo osnovno tehniko, ki pa ni bila primerna za kronično dializo, ampak samo za akutno. To je bilo obdobje, ko je bil novi klinični center še v začetku gradnje. Ko sem se vrnil iz Pariza, sem ugotovil, da v novem kliničnem centru sploh ni predvideno zdravljenje s kronično hemodializo. V načrtu sta bili samo dve dializni mesti na intenzivnem oddelku za potrebe akutnih odpovedi. Naknadno sem predložil program za odprtje dializnega centra, na stari interni kliniki pa smo opremili pet dializnih mest. Uporabili smo monitorje italijanske firme Dasco, ki je bila ustanovljena šele

leto dni pred tem, ter njene po svojem avtorju imenovane Killove dializatorje. To so bile tri centimeter in pol debele plastične plošče, ki so imele vzdolžno izrezane tanke vdolbine. Med te tri plošče je bilo treba vložiti dve membrani, po katerih je potem tekla kri, v nasprotni smeri pa dializna raztopina. Umazanija iz krvi (kreatinin, sečnina) se je izločala na principu različnih koncentracij. Tak dializator je bil sicer učinkovit, bil pa je zvezan z nevarnostjo infekcije, saj smo ga sestavljali z rokami, plošče po dializi umivali, jih položili v posebno kad z raztopino formalina. Tudi membrane so ležale v taki raztopini, stoodstotno čisto pa kljub vsemu to ni moglo biti. Pogostnost reakcij, ki smo jih lahko pripisovali pirogenim materijam, predvsem pa bakterijam, je bila precej večja kot kasneje, ko smo prešli na sedanje dializatorje za enkratno uporabo. To delo je bilo zelo dolgotrajno, neprijetno, deloma tudi zdravju škodljivo, ker je osebje vdihovalo formalinove hlape. Dialize so sprva trajale po dvanajst ur, ki smo jih kasneje skrajšali na deset in devet ur.

Na tem področju ste orali ledino. To je bilo gotovo povezano z različnimi težavami. Le redki zdravniki ste sploh vedeli, za kaj gre. Kaj pa drugo zdravstveno in tehnično osebje?

Glede načrtov za dializni oddelek, ki je bil odprt na stari interni kliniki 5. novembra 1970, se seveda nisem mogel na nikogar opreti, ker nihče od tehničnega osebja v Jugoslaviji, Sloveniji in Ljubljani takrat ni bil seznanjen s principi dialize. Tako



sem moral na osnovi tistega, kar sem prebral in videl v Freiburgu in Parizu, sam amatersko skicirati, kako naj bo center opremljen, kje in kako morajo biti položene cevi za dotok in odtok dializne raztopine itn. To je potem izrisal gradbeni tehnik kliničnega centra, tako da je bilo to mogoče potem narediti. Vse je delovalo. Imeli smo pet dializnih mest, dve v eni in tri v drugi sobi. Tam smo imeli nameščen tudi demineralizator, ker smo nameravali uporabljati predelano vodo, a smo kmalu ugotovili, da so podatki za ljubljansko vodo še tako ugodni, da lahko uporabljamo kar vodo iz vodovoda.

#### Kadrovska problematika?

Nefrološka služba je bila takrat v začetku svojega razvoja. Takrat se je nehal specializirati dr. Jezeršek, kasnejši profesor, leta 1970 pa je na specializacijo prišel dr. Drinovec. Ko se je nefrološka služba preselila v UKC, smo dializo še vedno opravljali v starih prostorih na Zaloški, ker se dokončanje gradbenih del in opremljanje vedno bolj zavleče, kot si človek predstavlja. Trudili smo se, da bi rešili bolnike, ki so že nekaj mesecev pred uradnim odprtjem dializnega oddelka doživeli dokončno odpoved ledvic. Spomladi 1970 smo prosili urologe, da bi na njihovih monitorjih - imeli so dva monitorja in dve kadi, ki so jih leta 1968 dobili v dar iz Anglije zaradi pomoči naših kirurgov ob znani nesreči angleškega letala na Brniku - dializirali naše bolnike. Prof. Rakovec je privolil in potem smo se ob popoldnevih - dopoldnevi so bili namenjeni akutnim dializam - izmenjevali nefrologi (dr. Jezeršek, dr. Drinovec) in urologi in dializirali naše prve kronične bolnike. Te izkušnje so bile

zelo dragocene. Ena od njih je bila, da je treba zlasti v začetku upoštevati merila starejših dializnih centrov, posebno Scribnerja, ki je nanizal celo vrsto pogojev, ki jih je moral imeti kandidat za dializo. Njegovi pogoji so bili strogi zaradi tega, ker je bilo treba metodo dialize šele uveljaviti kot trajno obliko nadomestnega zdravljenja, to pa je bilo mogoče samo, če je dializa pokazala tudi trajne rezultate. Rezultat lahko pokažeš samo, če izbereš bolnike, ki imajo kar se da velike možnosti za preživetje. Zato bolnik ni smel biti starejši od 45 let, ni smel imeti hude hipertenzije, ni smel biti srčni ali sladkorni bolnik, ni smel imeti kake sistemske bolezni, moral je biti psihično trden in imeti je moral urejeno družinsko okolje, ki mu je trdno stalo ob strani in mu je moralno in materialno pomagalo.

Ali so prvi slovenski dializni bolniki izpolnjevali te trde, a najbrž upravičene Scribnerjeve pogoje?

Prvi bolniki so zvečine tako rekoč padli na kliniko, ne da bi se prej zdravili v kakšni nefrološki ambulanti. Imeli so visoko razvito uremično simptomatiko. Zato smo se ob njihovem dializiranju srečali z najrazličnejšimi komplikacijami, od krvavitev do perikarditisa itn. Od nekaj manj kot desetih bolnikov, ki so se aprila 1970 začeli dializirati, so vsi - nekateri prej, drugi nekoliko kasneje - po nekaj mesecih umrli. Med bolniki, ki so živeli dlje, sta bila že prej omenjena Čaličeva in Bučar. Ta je jeseni 1970 začel s peritonealno dializo, nato je prešel na hemodializo in bil leta 1972 transplantiran. Bučar živi še danes, prav kakor Perko, ki je bil transplantiran hkrati z njim.

Kako je bilo s selekcijo kasneje?

Vedno do neke meje, tudi zdaj, čeprav seveda po popolnoma drugačnih merilih, se je postavljalo vprašanje selekcije, izbora pacientov. Ni šlo samo za to, da izbereš nekoga, ki ima šanse, po vsem svetu so imeli zlasti velike probleme s tem, da so bile dializne kapacitete v začetku mnogo manjše od dotoka kandidatov. Mi smo s te plati imeli določeno srečo. Pri našem delu smo od vsega začetka naprej uspeli pokriti najbolj nujne potrebe. Nismo se na primer znašli pred takimi problemi kakor v Ameriki, kjer so ustanavljali posebne laične komisije, ki so na osnovi seznama - tega so dobili od zdravnikov - desetih ali dvajsetih kandidatov izbrali dva pacienta, za katera je bil na dializi prostor. Izbrati so ju morali ne na osnovi zdravstvenih kriterijev (te so že prej naredili zdravniki), temveč na osnovi drugih kriterijev, recimo socialnih. Mati z več otroki je imela več možnosti kakor mati z enim otrokom ali ženska brez otrok, mlajša oseba je imela več možnosti kakor starejša, prav tako samohranilec ali eminentna oseba, ki je imela večji družbeni pomen. S takimi stvarmi so se ukvarjali v Ameriki, v nekaterih drugih dializnih centrih pa so se postavljali na stališče, da kdor prej pride, prej melje: kdor se je prej prijavil, je prišel prej na vrsto, ne glede na vse druge okoliščine. Reči moram, da se problem selekcije v tako grobi obliki pred nami nikoli ni pojavil. Število naših pacientov je počasi naraščalo. Leta 1971 je bilo na novo sprejetih enajst, 1972 deset, 1973 dvanajst, 1974 triindvajset, 1975 enaindvajset, 1976 štiriin- trideset, 1977 osemindvajset, 1978 štirideset. V naslednjih letih se je število ustalilo med štirideset in petdeset novimi

bolniki.

Kako dolgo ste bolnike dializirali na stari interni kliniki na Zaloški cesti? Kdaj ste se preselili v Univerzitetni klinični center?

Leta 1972. To je pomenilo kvalitativni preskok. Takratni direktor Zemljarič je imel dovolj razumevanja za naše probleme. Potrebe so zaradi huraščajočega števila bolnikov namreč naraščale, v stari hiši za zdravljenje ni bilo več primernih pogojev, onkologi so silili, naj gremo ven, ker so potrebovali prostor za svoje bolnike. Klinični center je bil prisiljen najti prostor za nas, našel ga je v pritličju, kjer je dializni center še danes. Direktor Zemljarič si je dal dopovedati, da je to dejavnost, ki je pod pritiskom bolnikov, in da bo teh bolnikov čedalje več. Dializni bolniki niso umirali v takem številu, kot je bil priliv novih.

Je v tistem času zaživel tudi nefrološki oddelek v osmem nadstropju?

Tja smo se preselili že leta 1971. Jaz sem bil takrat še vedno vodja nefrološke službe, kakor se je ta reč imenovala. Šele leta 1975 smo enotno interno kliniko reorganizirali iz prejšnjih služb v klinike. Naj se vrnem h kadrovski problematiki v samem začetku. Sprva sem bil samo jaz, potem se mi je kot specialist pridružil dr. Jezeršek in kmalu za njim še dr. Drinovec. V naslednjih letih so potem vstopali novi specializanti, ki smo jih zaradi naraščajočega števila dializnih bolnikov mo-

rali angažirati tako, da smo jim podaljševali čas specializacije, čeprav jih praviloma ne bi smeli obremenjevati z rutinskim delom. Mi nismo imeli druge možnosti, zato so nekateri zdravniki morali za leto ali leto in pol podaljšati čas do svojega specialističnega izpita. To jim je še danes treba šteti v dobro. Leta 1971 je prišel k nam iz Švedske dr. Mulec, ki se je tam že med stažem ukvarjal s kronično hemodializo. Čeprav formalno še ni bil niti specializant, je imel zelo bogate izkušnje s problemi, ki nastajajo pri dializi kroničnih bolnikov. Izostren je imel tudi čut za zgodnje spoznavanje raznih pretečih situacij. Pri nas je uvedel Scribnerjev šant, AV-fistulo pa je nekoliko kasneje uvedel dr. Tomo Darjan iz Slovenjgradca. Tako s prihodom dr. Muleca nismo bili več odvisni od pomoči kirurgov, saj so prve šante, kot sem že rekel, delali vaskularni kirurgi, predvsem prof. Rakovec. Veliko veselje do kirurgije je imel mladi dr. Drinovec, ki je prevzel to delo, ko se je po enem letu dr. Mulec žal vrnil na Švedsko.

Kako je bilo s prvimi medicinskimi sestrami?

Vsakodnevno rutinsko delo na dializi je predvsem odvisno od medicinskih sester. Za hemodializo med višjimi medicinskimi sestrami ni bilo nobenega zanimanja. Prvo sestro, ki je bila pripravljena prevzeti organizacijo in vodenje tega novega oddelka, sem moral izbrati med srednjimi medicinskimi sestrami. Ime ji je bilo Vera, stara je bila devetnajst let, bila je inteligentna, nežna, krhka, a pokazala je veliko mero odločnosti in poguma. Takoj je bila pripravljena iti na ustrezno

učenje v Freiburg za dva meseca. Poleg nje smo ob koncu leta 1970 nastavili tri višje medicinske sestre. Vendar ni minilo dobrega pol leta, ko so vse tri višje medicinske sestre odšle iz zdravstvenih ali drugih razlogov. Tako smo spomladi 1971, ko smo že imeli program okoli desetih bolnikov za redno dializo, imeli samo še eno medicinsko sestro, ki je bila hkrati tudi vodja tega oddelka. Načelno sem sicer bil mnenja, da morajo v centru za dializo delati višje medicinske sestre, ker delo terja širšo razgledanost in visoko osebno odgovornost. Mladega človeka lahko postane strah, ker se zaveda, da je življenje bolnika med dializo odvisno samo od njegove skrbi, nadzora, znanja, spretnosti, hitrega reagiranja in podobno. Kljub temu smo si v položaju, v kakršnem smo bili, morali vsaj začasno pomagati s srednjimi medicinskimi sestrami, pa še te smo morali iskati po vsej Jugoslaviji, ker jih doma ni bilo. Iz stiske sta nam najprej pomagali dve srednji sestri iz Skopja, to sta bili sestri Liljana in Dobrica. Še zdaj se spominjam, kako sem jima po prihodu celo uro v slovenščini razlagal vse skrivnosti in posebnosti dialize. Pozneje sem zvedel, da sta že samo zaradi tega imeli velike težave, ker marsičesa nista razumeli. Kasneje sta ponoči študirali knjige, ki sem jima jih dal. Seveda sta se tudi onidve bali zahtevnega dela na dializi. Kasneje smo si vedno prizadevali, da bi si take požrtvovalne in inteligentne sestre ob delu pridobile dodatno izobrazbo. Večini se je to tudi posrečilo.

Probleme zaradi premajhnega števila in prevelike fluktuacije medicinskih sester imamo še danes. Kako je bilo s tem v minulih dvajsetih letih?

Organizacija dela na dializi terja delo v dveh, treh izmenah. To se ni skladalo s takratnimi navadami in pogledi, ko višja medicinska sestra nikjer ni delala v izmenah, ampak je samo dežurala, prav kakor zdravniki. Tudi zaradi tega smo imeli veliko težav. Poleg tega se je sestram delo na dializi zdelo tako naporno, da ga lahko zdržijo največ tri leta, potem si morajo poiskati drugo delo. To se ni skladalo s potrebami dializnega oddelka. Prizadeval sem si, da ustvarimo take delovne razmere, da bo osebje ustrezno materialno stimulirano in bo ob tem delu normalno živelo, rojevalo in vzgajalo otroke in tako naprej. Delo sestre na dializi je predvsem odvisno od izkušenj in znanja, ki si ga ob tem delu pridobi, šolanje ji tega namreč ne more dati. Če hočemo, da je varnost bolnikov na visoki stopnji, potem delo na dializi ne prenese velike fluktuacije. Ta problem je bil ne samo v začetku, temveč tudi pozneje, eden od osrednjih problemov na našem oddelku.

#### Drugi problemi?

Prejle sem rekel, da nikoli nismo bili pod takim pritiskom izbora med številnimi kandidati za maloštevilna dializna mesta, da bi si morali pomagati s posebnimi komisijami kakor v Ameriki. Vendar smo leta 1976, 1977 prišli na mejo možnega in sprejemljivega. Širjenje kapacitet je potekalo počasneje kakor naraščanje števila bolnikov in tako smo bili v teh letih prisiljeni dializirati dva bolnika hkrati na enem monitorju, tako da ne eden ne drugi občasno nista bila ustrezno zavarovana. Nazadnje smo imeli že na sedmih mestih po dva bolnika isto-

časno. Leta 1977 se nam je potem posrečil večji nakup s pomočjo kliničnega centra. Od takrat naprej se v tako težkih in nenormalnih pogojih nismo več znašli. Leta 1980 smo potem imeli na voljo že 25 dializnih mest, od leta 1982 naprej pa 35 mest, kolikor jih imamo še danes. Pri tem so nam v nemajhni meri pomagale tuje firme, pri katerih smo kupovali dializatorje. Te firme so začele monitor obravnavati kot del potrošnje in so nam za 2000, kasneje za 1500 prodanih dializatorjev podarile po en monitor, ki je pri nas veljal za osnovno sredstvo. Tako so na jugu Jugoslavije mnogo centrov sploh lahko odprli. Veliko težav pa smo imeli s carinskimi in drugimi jugoslovanskimi uvoznimi predpisi. Tudi z električnim tokom so bile težave: pri nas ne sme priti do redukcij, saj morajo stroji teči nepretrgano. Ob koncu sedemdesetih let smo imeli probleme tudi s plačevanjem. Vsake toliko časa sem bil naprošen od lekarne, naj stopim do glavnega računovodje, da bi ja plačal neki račun za dializatorje, ker sicer ne bomo dobili novih. Najraje so imeli plačnike, ki so bili v skladu s svojim planom vedno enaki, dializa pa je vsako delo hotela več, ker je tudi bolnikov bilo vedno več in več. Že leta 1980 smo predvideli, da bi okrog leta 1984 v Ljubljani morali odpreti nov satelitski center za dializo z omejenim nadzorom, a se je to - zaradi velikega prizadevanja prof. Drinovca - posrečilo šele letos.

5. novembra 1970 je bil torej v Ljubljani uradno odprt prvi center za kronično hemodializo v Sloveniji. Kateri je bil naslednji? Morda v Mariboru?

Kmalu za nami so se dializni oddelki začeli odpirati v sklopu



internih oddelkov drugih regijskih bolnišnic. Zanimivo je, da so prvega - dobrega pol leta za nami - odprli v Slovenjgradcu in ne v večjih krajih, na primer v Mariboru ali Celju, kjer bi človek to prej pričakoval. A to je odvisno tudi od drugih dejavnikov, od trenutnega kadrovskega sestava, ambicij, motivacije. Vodil ga je in ga še vedno vodi dr. Jurij Simoniti, šef internega oddelka pa je takrat bil dr. Rajšp, izredno sposoben in aktiven internist. Dializni center je upravičen, če je za ledje bolnišnice okrog sto tisoč prebivalcev. Novi dializni centri so se v Sloveniji različno hitro odpirali. Danes deluje v desetih regijah dvanajst dializnih oddelkov: dva v Ljubljani, pa v Murski Soboti, Ptuju, Mariboru, Slovenjgradcu, Celju, Trbovljah, Novem mestu, na Jesenicah, v Šempetru pri Novi Gorici in v Izoli. S tem so osnovne potrebe pokrite.

Profesor Luzar, v imenu bralcev Dializnega glasnika se vam najlepše zahvaljujem za pogovor.

"SREČA TE IŠČE, UM TI JE DAN..."

Slavko Smerdel

Dializiranci smo ljudje, ki čestokrat razmišljamo, kaj smo se v svojem življenju pregrešili, da nam je usojeno tako življenje. Naše življenje je povsem odvisno od dializnih aparatov in od prizadevnosti zdravstvenega osebja. Delajo se razne zdravstvene analize, s katerimi so občasno seznanjeni tudi bolniki. Kdor si prizadeva razumeti hemodializo in jo ocenjevati kot veliko znanstveno pridobitev v zdravstvu in jo razumeti kot edino rešilno bilko za preživetje, temu je ta medicinski poseg vedno dobrodošel in hvalevreden.

Tudi sam bil v začetku dializiranja v resnih dvomih, ali se sploh še splača živeti. Bližam se že osmim letom dializiranja in reči moram, da postajam iz dneva v dan večji optimist. Razumljivo je, da je počutje dializiranca v marsičem odvisno od lastne dobre volje. Ne da bi se hotel hvaliti, bom skušal opisati, kaj vse sem postoril v tem času, da mi postaja življenje čedalje lepše in da se resnično veselim vsakega dne.

Prvi dve leti dialize sem bil vseskozi zelo utrujen. Skoraj vsak drugi mesec sem moral zaradi nizkega hemoglobina dobiti transfuzijo krvi. Bil sem tako utrujen, da skoraj nisem mogel več niti ležati. Razmišljal sem, kaj naj storim, da se mi bo to stanje popravilo. Začel sem s sprehodi, najprej po ravnini, pozneje tudi po hribih. Vedno pa sem se izogibal asfaltnih poti in prometa. Sedaj prehodim dnevno povprečno 10 km v spremstvu psa in to ob vsakem vremenu. Prebral sem knjižico prof. Draga Ulage "Hoja" in ugotovil, da sem povsem na pravi poti, le da jaz med potjo še opazujem naravne zanimivosti, jih fotografiram in

si sestavljam album.

Postavil sem tudi zunanji tuš, ki je priključen na vodovod. Letos sem ga napolnil z vodo že 25. februarja, ker od takrat ni bilo pravega mraza. Vsak dan se tuširam najmanj dvakrat - po končanem dopoldanskem sprehodu in zvečer pred spanjem.

Poudariti moram, da nisem bil že več kakor štiri leta prehlajen in prav toliko časa nisem dobil transfuzije krvi.

Ob bližnjem potoku, ki je oddaljen od mojega stanovanja 30 minut in se vije po prekrasni dolinici, obdani z grički, sem dal postaviti brunarico 3 x 2 m. V njej imam kavč, delovno mizo, peč in še druge potrebščine. V tej brunarici, imenovani Rakov hram, ki stoji ob Rakovem potoku, preživim pretežni del prostega časa in to največ ob delu in sprehodih. Urejam arboretum z gozdnimi in travniškimi rožami, skrbim za biovrt, ki ga gnojim le s pokošeno travo, škodljivce pa zatiram s koprivno vodo. Za hobi zelo rad z nožem oblikujem razne lesene predmete.

Vem, da si marsikdo težko privoščiči vse navedeno in še marsikaj drugega. Toda z dobro voljo se da marsikaj narediti. Najslabše je, če se bolnik vda v usodo in čaka trenutke, ko bo vsega konec. Pravijo, da sta KORAJŽA in pa DOBRA VOLJA že pol zdravja.

Tudi jaz sem pogosto slabo razpoložen in kar "polomljen", zlasti zjutraj, ko vstanem. A po rolkanju in uporabi drugih športnih rekvizitov postanem nestrpen in komaj čakam na sprehod.

Ob koncu moram še povedati, da tudi meni ne gre vse gladko. Imam že tretjo fistulo in zaradi slabega ožilja mi bodo morali narediti četrto fistulo še na nogi.

Moj pozdrav je: KORAJŽA VELJA!

Max Frisch

SKICA NEKE NESREČE

(nadaljevanje in konec)

V neki ulici čaka, Marlis je pozabila ruto, pražzaprav ne čaka na Marlis. Kaj bi počel, ko bi bil sam? Ko vidi, da Marlis prihaja, da spet stoji pred neko izložbo, si kupi HERALD TRIBUNE, da bi zvedel, kaj se dogaja po svetu. Čez nekaj časa, ko dvigne pogled izza časopisa, Marlis ni videti nikjer.

...

Kasneje Marlis reče: Oprosti! Kupila je smešno čepico! Ne! se zasmeye: Zate! Marlis je kar najboljše volje. Ko Viktor odpre avto, njeno vprašanje: Naj vozim jaz? Vozil bo on. Zakaj vedno samo on? Nujno jo prosi, da ga pusti za volan. Tega zdaj ni mogoče razložiti. Ti ni všeč? V mislih ima pisano čepico. Prvič se Viktor boji ceste.

...

Ona je otrok.

...

Njegov potni list je v predalu.

...

Prav zabaven si videti! Na glavo mu je nataknila pisano čepico, da ne bi bil videti tako resen. Viktor se čudi, ko se Marlis pripne. Brez opozorila. Ko preklopi, pusti čepico na glavi. Pogled nazaj, da ne bi v koga trčil. Samo nobene napake zdaj -

...

To torej je bil Aiuges Mortes.

...

Marlis ima sina, ki hodi v šolo; študirala je v Parizu; ločuje se; je ženska, ne otrok.

...

Konji v Camargui. Včasih reče kaj ona, včasih on. Na srečo malo prometa. Potem skuša Viktor misliti poklicno. Kdaj je človek mrtev? Vprašanje pri presaditvi srca. Zaloti se v trenutku, ko reče: Jutri moram zamenjati olje! namesto da bi rekel, kaj misli. Preveč poenostavlja.

...

Nekoč, ko je bila otrok, je jezdila.

...

Viktor vozi za belgijskim avtodomom, ne da bi ga prehitel; ko ga končno prehitijo, gre za las, a bilo je nevarno. Marlis nič ne reče.

...

Pacienti ga cenijo; njegov mir, njegovo zanesljivost, njegovo samozavest itn.

...

Zdaj ima smešno čepico na glavi ona. Tebi pristaja vse! reče Viktor, vendar gleda na cesto. Ali jo sploh posluša? Marlis mu bere iz GUIDE MICHELIN, da se bo veselil jamskih slikarij v Altamiri, da ne bo mislil na menjavo olja, da bo vedel, zakaj se peljeta v Altamiro. Rada bi ga razvedrila.

...

V primerjavi z drugimi ljudmi je vedno imel srečo, kar zadeva zdravje, poklic in sploh, ne samo kot alpinist (Piz Buin) -

...

Marlis reče: Ali že spet misliš na hrano? Viktor ne misli na nič, temveč gleda na cesto; povedati je hotel nekaj v zvezi z Montpellierom, ker je zagledal kažipot: MONTPELLIER 12 KM. Bolje bi bilo, ko ne bi rekel ničesar.

...

Viktor jo odnese z lažjimi poškodbami, z nekaj urezninami na sencih, a se kasneje ne spominja nobenega tovornjaka s priklopnikom. Ona umre med prevozom v montpelliersko bolnišnico. On se ne spominja niti drevoreda, kjer se je zgodilo, kjer zdaj med platanami leži prevrnjeni priklopnik; pri sodnem ogledu se mu zdi, da je prvič na tem drevoredu s križiščem, kjer ga zaslišijo (v francoščini) in kjer zve, da je imel prednost: da torej ni kriv.

...

Kasneje postane primarij.

...

Celo desetletje nikoli ne spregovori o nesreči pri Montpellieru; ne ve, kako je prišlo do nje.

...

Nekateri znanci približno vedo.

...

Postane šef klinike, oče dveh otrok, veliko potuje, vendar nikoli v Španijo.

...

Zdravnik, ki na večer pred operacijo pripoveduje o samem sebi, je nekaj nemogočega, to ve; kljub temu na lepem omeni svojo nesrečo pri Montpellieru v Franciji: Imel sem prednost, kakor rečeno, torej nobene krivde... Potem reče: Kako sva pravzaprav prišla na to nesrečo? Tudi pacient tega ne ve. Zakaj mu kratko malo ne reče lahko noč in kar se v takih primerih reče: Zdaj boste spali, če ne, pokličite nočno sestro. A to je rekel že prej. Potem je s posteljne omarice vzel eno od knjig, ne da bi prebral več kakor naslov. Odložil jo je nazaj na posteljno omarico. Kar je pravzaprav hotel reči: Nikar naj vas ne skrbi, saj bom zraven, ne bom operiral, a zraven bom, nikar ne bodite v skrbeh itn.

...

Očitno razočarani pacient si ne drzne vprašati, zakaj ne bo operiral šef osebno.

...

Njeno vprašanje: Si prepričan?

...

Več o nesreči nikoli ne pove.

...

Marlis je videla tovornjak, posvarila ga je, on je videl tovornjak, a ni zaviral; imel je prednost. Morda je celo dodal plin, da bi pokazal, da ima prav. Ona je zakričala. Žandarmerija iz Montpellierera mu je dala prav.

Prevedel Stanko Jarc

Dializni glasnik  
Številka 24  
Ljubljana, novembra 1991

Izdaja in ureja Zveza društev ledvičnih  
bolnikov Slovenije

Uredniški odbor:  
dr. Jože Drinovec, Stanko Jarc, Jože Škrlj, Zmaga Žuntar

Urednik: Stanko Jarc

Razmnožil v 600 izvodih Jože Ajdovec