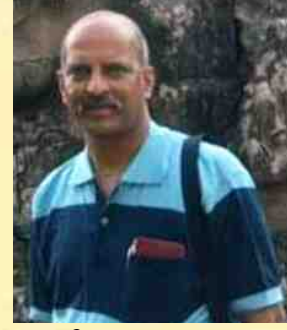


ज्ञान प्रबोधिनी प्रशाला ५१

51@51

आम्ही ५१!



गोष्ट क्र. २८

दैव तुम्हाला ज्या काही चांगल्या गोष्टी देते त्याचा तुम्ही चांगला विनियोग करायला हवा. मला अमुक एक मिळत नाही, त्यामुळे माझे कसे होणार असे म्हणण्यापेक्षा मला जे मिळते आहे ते नीट लक्षपूर्वक वापरेन असे ठरवले तर तुमचे बरेचसे प्रश्न सुटतात. तुमचे आयुष्य चांगले जाते आणि तुम्ही कामदेखील करू शकता. दुसरे म्हणजे आपल्यापेक्षा हुशार लोकांना तुम्ही प्रेरित केले आणि त्यांना मोकळीक दिली तर अधिक चांगली कामे होऊ शकतील. प्रेरित या शब्दाचा अर्थ असा, की एखाद्या हुशार पण तिरकस बुद्धीच्या (crooked) माणसाच्या विचारांवर आणि कृतींवर तुम्हाला नियंत्रण ठेवता आले तर you can make good out of him ! हे अवघड काम असते पण तुमच्या संगतीच्या परिणामामुळे त्याच्या मानसिकतेवर चांगला परिणाम होऊ शकला तर अनेक हुशार लोक एकत्र चांगले काम करू शकतील. जगात अशी बरीच उदाहरणे आहेत की एक स्मार्ट मालक आणि त्याच्या हाताखाली काम करणारी लोकं अतिशय हुशार आहेत आणि ते मिळून कंपनी चालवतात. त्यामुळे असेही मॉडेल आपण पहायला हवे. तुम्ही लोकांना चांगल्या प्रकारे प्रेरित करू शकलात तर तुम्हाला चांगले बदल दिसतील!

विनायक देसूरकर

(१९७५-१९८२-बारावी)



jpp51_51@jnanaprabodhini.org

वाटचाल – संजीवन ते दीनानाथ मंगेशकर रुग्णालय

कोविड १९ प्रसंगी दीनानाथ मंगेशकर रुग्णालयाचे योगदान

दीनानाथ मंगेशकर रुग्णालय आणि कोविड १९ वरील उपचार हे समीकरण गेल्या दीड वर्षांत सर्वांना माहित झाले आहे. ज्यावेळी कुठलेही हॉस्पिटल तयार नव्हते त्यावेळी सर्वात पहिल्यांदा दीनानाथमध्ये आपण कोविड रुग्णांवर उपचार करायची तयारी केली होती. २००९ साली ज्यावेळी स्वाईन फ्लूची साथ आली होती त्याचा अनुभव पाठीशी होता त्यामुळे आत्मविश्वास होता. डॉ. केळकरांनी मागे एका भाषणात सांगितल्यानुसार हा काही फक्त भावनिक निर्णय नव्हता. पूर्णपणे विचार करून आणि पूर्वतयारी करूनच हा निर्णय घेण्यात आला. सर्व सल्लागार आणि आमच्या गटाची आधी बैठक झाली आणि त्यामध्ये सर्वसंमतीने टप्प्या-टप्प्यामध्ये हॉस्पिटलचे बेड कोविड उपचारासाठी खुले करण्याचे ठरले. मागील वर्षी म्हणजे २०२० मध्ये जुन्या इमारतीमधील सर्व ४०० बेड आपण कोविड रुग्णांसाठी वापरत होतो. २०२१ च्या दुसऱ्या लाटेत ही सर्व कामे अगदीच थोड्या कालावधीमध्ये करायला लागली. एकाच महिन्यात रुग्णसंख्या झपाट्याने वाढली आणि ऑक्सिजनची मागणी वाढली अशावेळी आपले एकच हॉस्पिटल असे होते की ज्यामध्ये लिक्विड ऑक्सिजन साठवायची क्षमता जास्त होती. कोथरूड आणि परिसरात ऑक्सिजन बेड फक्त आपल्याकडे उपलब्ध असल्याने दीनानाथ रुग्णालयाच्या नवीन इमारतीमध्येही आपण आणखी बेड उपलब्ध करून दिले. ज्या-ज्या रुग्णांना औषध म्हणून ऑक्सिजन लागणार होता आणि त्यावर ते बरे होऊ शकत होते अशांना आपण नवीन इमारतीत दाखल केले. तिथे दोन मजले राखीव ठेवून दोन आठवडे उपचार केले. आता हळूहळू दुसऱ्या लाटेतील आकडे कमी होत असताना आपण लसीकरणकडे जास्त लक्ष देत आहोत. संपूर्ण देशात मुले सोडली तरी साधारण १०० कोटी लोकांना लस द्यावी लागेल. आणि जगातल्या कुठल्याच देशाला हे काम सहा महिन्यात पूर्ण करणे आव्हानात्मक आहे. लसीकरण झाले तरीही मास्क वापरणे आणि काळजी घेणे हे नक्की आपल्या हातात आहे. फार धाडसीपणा करू नये.

पूर्वी संजीवन चालवताना नियमित बैठकांमध्ये सतत चर्चा व्हायच्या. नवीन लोकांना आमचे विचार कळणे आणि त्यांनी तसेच काम करायला लागणे हे व्हायचे. हा प्रबोधिनीचा एक फायदा झाला. नंतरच्या काळात अशा बैठका फार झालेल्या नाहीत. आता दीनानाथ कशा पद्धतीने चालते हे विचारणे फारसे योग्य नाही कारण मी दीनानाथच्या व्यवस्थापनाच्या जबाबदारीमध्ये नाही. मात्र काय चालते हे मला माहित असते. तिथे देखील त्यांची एक बैठक नियमित होत असणारच आणि सगळ्याच संस्थांमध्ये अशा बैठका होणे गरजेचे आहे. त्यांना त्यांचा जो cohesiveness आहे त्याचा फायदा होत असणार. दीनानाथचा मुख्य फायदा असा आहे की आम्ही सर्व मुख्य डॉक्टर नेहमी स्टाफला दिसत असतो. कोरोना काळातही डॉक्टर केळकर रोज हॉस्पिटलमध्ये दिसतात. माझ्या ICU मध्ये मी रोज जात होतो. मी असे नाही केले की मी घरी बसतो आणि लोकांनी कोरोनाचे काम करावे. आपले सर्व डॉक्टर रोज हॉस्पिटलमध्ये दिसायचे. त्यामुळे नर्सिंग स्टाफ, non-medical staff, administrative staff या सर्वांना एक विश्वास होता, की आपली सगळी लोकं रोज इथे येतात आणि एक वेळ अशी होती की आता सर्वात सुरक्षित जागा कुठली असेल तर ती दीनानाथ आहे अशी खात्री सगळ्यांना होती. काही झाले तर पहिले ठिकाण म्हणजे दीनानाथ असे साहजिकच आपल्याला वाटते याचे कारण म्हणजे हा एकसंधपणा आहे. आजही ही संघभावना शिल्लक आहे. आमचे क्लिनिंग स्टाफ contracted आहेत ते हॉस्पिटलचे नाहीत. तरी त्यांच्यातील रोज येणारी माणसे मला खाली कुठेही भेटली तरी ओळख देतात आणि मला ते चांगले वाटते. दीनानाथमध्ये लोकांना एकमेकांबद्दल खात्री आहे आणि हे आमच्यावर असलेल्या प्रबोधिनीच्या संस्कारांमुळे आम्ही घडवू शकलो आहोत.

आप्यांनी दिलेला दृष्टिकोन

मेडिसीन हा आप्यांचा आवडता विषय होता. आप्या नेहमी म्हणायचे की Medicine is the right arm of Gospel. समाजात काही कार्य करायचे असेल तर ते औषधांच्या माध्यामातून करता येईल. कारण मी एखाद्याला एखाद्या वेळी जीवनदान दिले तर तू नेहमीच माझ्याकडे एका वेगळ्या दृष्टीने बघत असतो. नंतर कदाचित एखादी चूक झाली तरी तो माणूस आधी म्हणतो की हे डॉक्टर आहेत. त्यामुळे आपल्या वैद्यकीय ज्ञानाच्या जोरावर आपण समाज जोडू शकतो आणि त्याचा समाजाला नक्कीच उपयोग होऊ शकतो हे समजले. प्रबोधिनीमध्ये आम्हाला आरोग्य आणि आयुर्वेद याची आधीपासूनच ओळख होती. पूर्वी आजीबाईचा बटवा सर्वच घरात असायचा, त्याद्वारे प्रतिकार शक्ती चांगली रहायची आणि छोट्या-छोट्या आजारातून लोकही बरे होत असत. त्यावेळी आम्ही सर्व विविध ब्रांचेस मधून शिकून एकत्र आलो होतो. या सर्वांना एकत्र कसे ठेवायचे हा एक मोठा प्रश्न होता. एक तर सर्व प्रबोधिनीतील होतो. सर्वजण निवडून घेतलेले, बुद्धिमान असे १४०+ IQ असणाऱ्या लोकांना जोडून ठेवणे हे किती अवघड काम आहे हे आमच्यापेक्षा प्रबोधिनीतील लोकांना जास्त चांगले माहित आहे. त्यामुळे

आप्यांच्या कल्पनेतून सुरु झालेल्या विवेकानंद रुग्णालयाचे डॉ. अशोकराव कुकडे, आपले वामनराव अभ्यंकर अशा अनुभवी लोकांनी आम्हाला सल्ले दिले, की आधी एकत्र भेटा, जमून पहा आणि गट म्हणून टिकताय का ते तपासा आणि टिकलात तर पुढे जा. सहा महिन्यात असे लक्षात आले, की असे टिकणे अवघड काम आहे. हॉस्पिटल चालवणे हे पूर्वीच्या काळी धर्मादाय (act of charity) होते. मात्र कालांतराने corporate लोकांचे प्रस्थ वाढू लागले तसे मोठी-मोठी हॉस्पिटल बांधणे, त्याची व्यवस्था उभारणे, स्टाफ टिकवणे आणि सगळ्याचे व्यावसायिक, आर्थिक गणित सांभाळणे हे काम अवघड होत गेले. या सगळ्या पार्श्वभूमीवर आम्ही सर्वजण मध्यमवर्गीय घरातील होतो. मला आजही दीनानाथ सोडून कुठल्या हॉस्पिटलमध्ये जायचे हे विचारले तर विचार करायला लागेल. त्यामुळे तेव्हाही माझ्या मनात असे प्रश्न पडायचे. मी घरातील सर्वात लहान असल्याने कधी फार निर्णय स्वतःहून घेतलेले नाहीत. माझ्याहून लहान non medical मधील व्यक्तिला किंवा अगदी गावातील व्यक्तीला देखील माहित असते की पुण्यात आले की कुठल्या हॉस्पिटलमध्ये जायचे, पण मला फार त्यातली काही स्पष्टता नव्हती.

स्वप्न साकारताना ...

आमचे सगळ्यांचे शिक्षण नुकतेच संपले होते. आमची कुणाचीच काही गुणवत्ता सिद्ध (credentials) झाली नव्हती, कुणाकडे स्वतःची जागा नव्हती, प्रबोधिनीकडे स्वतःचे हॉस्पिटल नव्हते. आम्हाला असे हॉस्पिटल उभारायचे होते, की ज्यामध्ये उपचारासाठी जाताना रुग्णाला भीती वाटणार नाही आणि त्याला चांगले उपचार मिळतील. अनेक बैठकींमध्ये चर्चा होऊन तीन मुख्य तत्त्वे अंतिम झाली. आपण चालवत असलेल्या रुग्णालयात Rational-ethical-medical practice असली पाहिजे.

ऑगस्ट १९९३ मध्ये 'ज्ञान प्रबोधिनी मेडिकल ट्रस्ट'ची स्थापना झाली. त्यावेळी वामनराव, गिरीशराव अशा ज्येष्ठांकडून आम्ही समजून घेतले की आम्हाला हा ट्रस्ट कसा चालवायचा आहे. कारण या सगळ्यामध्ये 'ज्ञान प्रबोधिनी' हे नाव असणार होते. त्यामध्ये सर्व उपचार पद्धती म्हणजे होमिओपॅथी, अॅलोपॅथी आणि आयुर्वेद अशा सर्वांना स्थान असेल, त्यासोबत पॅरामेडिकल सारख्या गोष्टी आणि त्याच्या प्रशिक्षणाची ही सोय असली पाहिजे असे ठरले. पण केवळ ट्रस्ट स्थापन करून काही होणार नव्हते. हॉस्पिटल कुणाजवळच नव्हते. त्यामुळे आपल्याला परवडेल असे हॉस्पिटल चालवायला घेण्यासाठी शोध सुरु झाला. या सर्व काळात मी माझ्या क्षेत्रातील उच्चशिक्षण म्हणजे मेंदू आणि हृदयाच्या शस्त्रक्रियेतील भूल पद्धतीचे शिक्षण घ्यायला त्रिवेंद्रमला गेलो होतो. आम्ही सर्वच जण स्वतःचे शिक्षण घेत, प्रॅक्टिस करत असताना शनिवारी-रविवारी भेटत असू. त्यातून ट्रस्टची स्थापना आणि संजीवन रुग्णालय चालवायला घ्यायचा निर्णय झाला.

संजीवन रुग्णालयाला धोंडुमामा साठे मेडिकल कॉलेज अॅटॅच होते, त्याचे ट्रस्टी आपल्या माहितीचे होते. त्यांनाही हॉस्पिटल चालवायला कुणीतरी हवे होते आणि ही मुले काहीतरी करतील असं त्यावेळेला वाटले असावे. कारण त्यावेळी पुण्यातील मोठ्या रुबी हॉल हॉस्पिटलनेही संजीवन रुग्णालय चालवायची परवानगी मागितली होती. ज्यावेळी डॉ. केळकर आणि डॉ. गोडबोले ट्रस्टींना भेटायला गेले तेव्हा त्यांना प्रबोधिनीबद्दल माहिती होती. ही मुले काहीतरी वेगळे करू शकतील असे त्यांना वाटले आणि १९९४ मध्ये संजीवन चालवायला आपल्या ताब्यात मिळाले. ताबा मिळायला मध्ये सहा महिने गेले, कारण हॉस्पिटल चालवायला घेण्यासाठी लीजप्रमाणे काही पैसे आपण त्यांना द्यायचे होते. मोठ्या प्रमाणावर निधी संकलन तेव्हा झाले आणि अर्थातच मोहनराव गुजरार्थी आणि प्रबोध उद्योग यांचा मोठ्या प्रमाणावर हातभार लागला. प्रबोधिनीत शिकलेले निधी संकलनाचे विविध मार्ग वापरून रक्कम उभी करण्यात आली आणि त्याचे डिपॉझिट जमा करून आपण संजीवन रुग्णालय चालवायला घेतले.

१९९४ साली जानेवारी मध्ये त्रिवेंद्रमहून परत आलो. संजीवनमध्ये सुरुवातीला दुपारी साधारण OPD बंद झाली की तिथे कुत्री येऊन बसायची आणि सगळे अॅडमिनिस्ट्रेटर एकीकडे बसायचे. होमिओपॅथी हॉस्पिटल असल्याने अॅडमिटेड पेशंट असा काही फारसा भाग नव्हता. बहुतांश हॉस्पिटल रिकामे असायचे आणि एखादा-दुसरा पेशंट चार बेडच्या ICU मध्ये असायचा. एक नवीन इमारत नुकतीच बांधली होती आणि साधारण १०० बेडचे हॉस्पिटल तिथे झालेले होते. अशा सर्व परिस्थितीमध्ये आपण हॉस्पिटल चालवायला सुरुवात केली. सुरुवातीला डॉक्टर केळकर, डॉक्टर गोडबोले आणि नंतर मार्च १९९४ पासून मी तिथेच रहायला गेलो. संजीवनच्या एका बाजूला वरती आम्ही तिथे एकत्र रहायचो. त्याच्या खालच्या मजल्यावर रुग्णांच्या खोल्या आणि तळ मजल्यावर OPD अशी रचना होती. एक्स-रे करायचा असेल तर डॉक्टर गोडबोले जायचे कारण तंत्रज्ञ फार कमी होते आणि ते ही केवळ दिवसा असायचे. त्यावेळी अगदी दिवे लावणे, फरशा दुरुस्त करणे ही कामे देखील आपली लोकं उत्साहाने करीत. नवीन गोष्ट होती आणि आता आपलच आहे तर आपणच काम केले पाहिजे असा भाग होता, हळूहळू अनेकजण त्यामध्ये सामावले गेले. रात्री आमचा रिसेप्शनिसट आणि टेक्निशियन एकच असायचा.

तो गरज पडली तर एक्स-रे काढायचा अन्यथा टेलीफोन घ्यायचा. इथे चांगले उपचार मिळतात ही ओळख निर्माण करण्यात आमचा साधारण १९९६ पर्यंतचा कालावधी गेला. १९९६ साली आमच्या OPD स्थिरस्थावर झाल्या होत्या. संजीवनमध्ये सर्व डॉक्टर आम्ही निवडून घेतले. त्यावेळी काही अर्ज मागविणे अशी पद्धत नव्हती. ज्यांच्या ओळखी होत्या किंवा ज्यांच्याबद्दल ऐकले होते अशांच्या भेटी घेऊन त्यांना विचारायचो. विविध क्षेत्रातले तज्ज्ञ डॉक्टर निवडले. जनरल सर्जरीला डॉक्टर केळकर आणि डॉक्टर कुर्लेकर होते. भूलतज्ज्ञ म्हणून मी आणि डॉक्टर जितेंद्र क्षीरसागर असे दोघे जण होते. ENT ला डॉक्टर सचिन गांधी होते. ओर्थोपेडीक्सला डॉक्टर मिलिंद मोडक होते. ICU मध्ये काही आधीपासून काम करणारे डॉक्टर होते. त्यामुळे एक साधारण हॉस्पिटल चालवायला एक मूलभूत ढाचा लागतो तो आमच्या जवळ होता.

संजीवन रुग्णालयात मिळालेले अनुभव शिक्षण

संजीवनमध्ये बऱ्याच गोष्टी शिकता आल्या. एक म्हणजे संजीवन हे आमचे पहिले रुग्णालय, त्यामध्ये चाचपडत आम्ही शिकत गेलो. नंतरच्या काळात आपले शिरीष जोशी आणि इतरांनी रुग्णालयाचे व्यवस्थापन कसे चालते याच्यावर सत्रं घेतली. दर बुधवारी रात्री आमची बैठक व्हायची, ती रात्री ९ वाजता सुरु होऊन कधी संपायची याचा नेम नसायचा. त्यामुळे बहुतेक वेळेला रात्री एक-दोन वाजता आम्ही पाच-सहा जण त्या बैठकीनंतर खाली गप्पा मारत उभे असणार असे चित्र त्या वेळी नेहमी असायचे. कर्मचाऱ्यांचे युनियन हा एक वेगळा भाग होता, ज्याच्याशी आपला कधी संपर्क आलेला नव्हता. प्रबोधिनीत आपण एका वेगळ्या वातावरणात राहतो त्यामुळे आपल्याला ही अशी कल्पनाही नसते. विशेषतः उद्योग-व्यवसायात अडचणी का येत असतील तर युनियनचा गैरवापर हे त्यामागील महत्त्वाचे कारण असू शकते. त्यामुळे युनियनशी कसे संबंध निर्माण करायला पाहिजे यासंदर्भात शिरीष जोशी यांनी आम्हाला बरेच समजावून सांगितले. आप्पांचे पुतणे कर्नल पेंडसे लष्करातून निवृत्त होऊन प्रबोधिनीचे काहीतरी काम करण्याची इच्छा असल्याने आम्हाला जॉइन झाले. ते आधी बजाजमध्ये काम करायचे पण तिथे त्यांचे मन फार रमले नाही आणि आमच्या इथे अॅडमिनिस्ट्रेटरची गरज आहे हे समजल्यावर ते लगेच आम्हाला येऊन जॉइन झाले. त्यांना कामगार व त्यांच्या संघटनेबरोबर काम करण्याचा चांगला अनुभव होता. त्यांच्याकडून आपण कर्मचारी वर्गाकडे कसे बघितले पाहिजे आणि कर्मचाऱ्यांचे नेतृत्व तुमच्याकडे कसे पाहत असते हे आम्हाला शिकायला मिळाले. त्याचा फायदा आम्हाला दीनानाथमध्ये झाला, कारण दीनानाथमध्ये अजून अशी बाहेरची युनियन नाही आणि आपले कर्मचाऱ्यांशी अतिशय चांगल्या प्रकारचे संबंध आहेत. कर्मचाऱ्यांना आपल्यावर विश्वास आहे. १९९८ पर्यंत अशा सगळ्या गोष्टी आम्ही शिकलो आणि आमचे चांगले नाव (credentials) तोपर्यंत तयार झालेले होते. १९९३ साली हॉस्पिटल चालवायला देता का असे विचारले, तर कुणी दारात उभे करणार नाही याच्यापेक्षा 'तुम्ही हॉस्पिटल चालवाल का?' असे लोकांनी विचारणा करण्याइतकी प्रगती आपण केली होती.

अमेरिकेत आपले एक सुहृद डॉ. देशपांडे. अमेरिकेतल्या मोठ्या हॉस्पिटल्समध्ये कोणत्याही उपकरणांचे नवीन मॉडेल आल्यावर अनेक नवीनच किंवा चांगल्या अवस्थेत असलेली पूर्वीची मॉडेलस् इतरांना वापरण्यासाठी उपलब्ध करून दिली जात असत. त्यातल्या आपल्याला उपयोगी असलेल्या चांगल्या गोष्टी मिळवून डॉ. देशपांडे त्या भारतात पाठवायचे. त्यांनी १९९६ साली भारतात असेच काही मॉनिटर आम्हाला पाठवले. प्रबोधिनीचे चांगले काम चालू आहे म्हणून त्यांनी ही मदत पाठवली होती. या मॉनिटरचा आकार म्हणजे पूर्वीच्या टीव्ही सारखा होता. आत्ताचा मॉनिटर लॅपटॉपपेक्षा थोडासाच मोठा असतो. हे त्याकाळचे आधुनिक असे मॉनिटर्स होते आणि मग आता मॉनिटर्ससाठी एक नवीन १० बेडचे ICU निर्माण करायचे ठरले ते आमचे पहिले expansion



दहा बेडच्या ICU चे उद्घाटन

होते. हा संजीवनच्या इतिहासातील एक टर्निंग पॉइंट होता, कारण त्यानंतर वॉर्डमधले पेशंट बाहेरच्या हॉस्पिटलकडे न पाठवता आपल्याच ICU मध्ये त्यांच्यावर उपचार करू शकलो. त्यावेळी सर्व विस्तार झाल्यावर १२५ बेडचे हे हॉस्पिटल झाले. काही वर्षातच असे चित्र दिसायला लागले की हॉस्पिटल ९० ते ९५ टक्के भरलेले असायचे. हॉस्पिटल रिकामे आहे असे दिवस पुन्हा आले नाहीत. त्याकाळी पुण्याच्या लोकसंख्येचा विचार केला तर त्या प्रमाणात आजच्यासारखी बेडची उपलब्धता ही कमीच होती. दहा वर्षांच्या लीज नंतर २००३ साली पुन्हा सहा वर्षांकरिता नव्याने करार झाला. २००९ मध्ये मात्र त्यांचे ट्रस्टी बदललेले होते आणि त्यांचे विचार काही वेगळे होते. त्यांच्या आर्थिक मागण्या पूर्ण करणे काही आपल्याला शक्य नव्हते. शिवाय २००९ मध्ये दीनानाथचे कामदेखील जोरात सुरु झालेले होते. २००९ मध्ये दीनानाथची दुसरी फेज सुरु करण्याची योजना असल्याने २००९ मध्ये आपण संजीवन हॉस्पिटल सोडण्याचा निर्णय घेतला.

संजीवनमुळे दिवालीबेन मेहता चॅरिटेबल ट्रस्ट यांच्याबरोबर आपले संबंध दृढ झाले. डॉक्टर देशपांडेनी पाठवलेले मॉनिटर कस्टममधून कसे सोडवून आणायचे यासंदर्भात डॉक्टर पराग माणकीकर गेले होते. त्यावेळेला दिवालीबेन मेहता चॅरिटेबल ट्रस्टचे मुख्य ट्रस्टी काकाजी यांना जाऊन पराग भेटला. काकाजी हिऱ्याचे मोठे नावाजलेले व्यापारी. Amsterdam आणि Belgium सारख्या ठिकाणी त्यांची ऑफिसेस होती आणि ते सामाजिक कामांना प्रचंड मदत करत. आजही काकाजी हयात नसले तरी त्यांचा ट्रस्ट अशी कामे करत असतो. काकाजी आणि अमेरिकेतील share and care charitable trust मुळे बरीच मेडिकल इन्फ्रामेंट भारतात यायची आणि ती मुंबईला काकाजींच्या ओळखीतील बिपिन जोशी म्हणून मित्राच्या गोडाऊनमध्ये दादरला उतरवली जायची.



संजीवनमध्ये सुरुवातीचे जे सगळे instrumentation चे काम होते त्यातही मी बारकाईने लक्ष घालत असे. त्यामुळे काकाजींच्या मुंबईच्या गोडाऊनमध्ये जाऊन दिवसभर बसायचे असे माझे नेहमीचे काम असायचे. कधीतरी आठवड्यातून-महिऱ्यातून आम्ही काकाजींच्या गोडाऊनवर जाऊन आपल्याला काय-काय लागते ते शोधायचो आणि ते ट्रकमध्ये घालून संजीवनमध्ये घेऊन यायचो. त्यातून दोन-चार महत्त्वाच्या गोष्टी सुरू झाल्या, एक म्हणजे दीनानाथचे व्हाईस क्लिनिक. व्हाईस क्लिनिक हे आता भारतभर आणि भारताच्या आजूबाजूच्या ५-६ देशांमध्ये अतिशय फेमस आहे. या व्हाईस क्लिनिकची सुरुवात कशी झाली हा फार रंजक प्रसंग आहे. काकाजींच्या गोडाऊनमध्ये आम्हाला दुर्बिणीसारखा एक स्कोप सापडला. हा स्कोप थोड्या वेगळ्या प्रकारचा होता आणि त्याला ३० Degree चे Angulations होते. त्यामुळे त्यातून बघितले की ३० अंशावर काय आहे हे दिसायचे. त्याचा मुख्य फायदा काय तर माणसाच्या तोंडात तो स्कोप घातला तर तुम्हाला त्याचे स्वरयंत्र दिसू शकायचे. याचा डॉक्टर सचिन गांधींना खूप फायदा झाला आणि त्यांच्या व्हाईस क्लिनिकची सुरुवात तिथून झाली.

त्यामुळे कुठून काय निर्माण होऊ शकते हा आमच्या त्यावेळच्या शिक्षणाचा एक भाग होता. काकाजींच्या गोडाऊन मधून मॉनिटर मिळाले. त्याशिवाय surgical items सारख्या इतर ज्या गोष्टी उपयोगी पडू शकतील अशा आम्हाला मिळत होत्या. त्यामुळे १९९८-९९ साली we were at par with the remaining world in terms of Medical Equipments. डॉ. केळकर या काळात त्यांचे टाटामधील ट्रेनिंग संपवून जपानहून भारतात परत आलेले होते. त्यांनाही त्यामुळे अनुभव होता आणि जे नवीन डॉक्टर येत तेही आम्हाला नवीन गोष्टी सांगत. दिवालीबेन मेहता चॅरिटेबल ट्रस्ट बरोबर त्यावेळी जो ऋणानुबंध जुळला त्याचा आम्हाला खूप फायदा झाला. इस्त्रायल सोबत आमचे काही Tie-up सुरू होते आणि त्यामुळे डॉक्टर केळकर आणि डॉक्टर गोडबोले यांचे इस्त्रायल दौरे सुरू होते. अशा सर्व गोष्टींचा फायदा आम्हाला दीनानाथचे डिझाईन आणि प्लॅनिंग करण्यात झाला. दीनानाथ झाल्यावर यात काय विशेष असे वाटायला लागले. अमेरिका-ब्रिटन सारखे मॉडेल्स आता पटकन replicate करता येऊ लागले आहेत. आज तुमच्याजवळ जागा असेल तर हॉस्पिटल सुरू करणे हे तसे सोपे काम झालेले आहे. हे सर्व आम्ही त्यावेळी अनुभवातून शिकत गेलो आणि त्यामुळे कुठे अडचणी येतात आणि त्या कशा सोडवायच्या अशी आम्हा सर्वांना आजदेखील जाणीव आहे. त्यामुळे एखादी नवी गोष्ट कमीत कमी खर्चात आजही उत्तम रीतीने आम्ही करू शकतो.

दीनानाथ मंगेशकर रुग्णालय - समर्थपणे पेललेले आव्हान

लता मंगेशकर फाउंडेशनला सरकारने १९८८ साली जागा दिलेली होती. नियमानुसार तुम्हाला दहा वर्षात काही करता आले नाही तर ती जागा तुम्हाला परत द्यायला लागते. १९९८ साली परत त्यांच्याशी आपला संपर्क आला. १९९३ साली आपण त्यांना विचारलं होते मात्र आपला ट्रस्ट नवीन असल्याने चर्चा पुढे जाऊ शकली नव्हती. मात्र १९९८ पर्यंत संजीवन चांगल्या पद्धतीने आपण चालवत होतो. नवीन व्यक्तींची त्यात भर पडत गेली.

लता मंगेशकर ट्रस्टने आपल्यावर जेव्हा हे काम सोपवले तेव्हा महाराष्ट्रात शिवसेना सत्तेत होती आणि आमच्या बुधवारच्या बैठकीत त्यावर बराच खल झाला, की आपण साहचर्य करणार का ? १२५ बेड पासून १००० बेडचे हॉस्पिटल चालवायला घेणे ही खूप मोठी उडी होती यात वादच नाही. त्यावेळी अनेक चर्चा झाल्या, अनेकदा असे प्रसंग होते, की हे खूप जिकरीचे काम आहे आणि आपण करायला नको असेही वाटत होते. मात्र १००० बेड हे काही एका टप्प्यात होणार नव्हते. पहिल्यांदा ५५० बेड कार्यान्वित होणार होते आणि मग टप्प्या-टप्प्याने १००० बेड्सचे हॉस्पिटल सुरू होणार होते. त्यावेळेला सर्वात आधी शिवसेनेच्या लोकांशी चर्चा करायला लागणार होती, मग युनियनच्या लोकांशी चर्चा आणि त्यामध्ये आपले रुग्णालय चालवणे हे मुख्य काम बाजूलाच राहिल का अशी एक शंका होती पण या सर्वातून किमान चर्चा चालू



दीनानाथ मंगेशकर हॉस्पिटल फेज १ बांधकाम

ठेवूयात आणि पुढे काम करूयात असे ठरवून आम्ही लता मंगेशकर मेडिकल फाउंडेशन बरोबर चर्चा, मुंबईत जाऊन माननीय बाळासाहेब ठाकरेंची भेट अशा सर्व गोष्टी केल्या. या सर्व काळात एखादे मोठे हॉस्पिटल बांधायचे असेल तर काय तयारी करावी लागेल याबाबत बैठकांमध्ये प्रचंड विचार झाला. दीनानाथची पहिली इमारत बांधली तेव्हा जितके microplanning आणि लोकांचे inputs आम्ही घेतले त्यापेक्षा कदाचित कमी inputs दुसऱ्या इमारतीच्या वेळी आपल्याकडे आले असतील.

पहिल्या इमारतीच्या वेळी हॉस्पिटलच्या बाजूचा परिसर देखील कसा चांगला असावा आणि छोट्या-छोट्या सुविधाही कशा असतील असाही विचार आम्ही केला. अगदी आवारामध्ये मॅकडॉनल्ड आणि बर्गरकिंग ही दुकाने देखील असू शकतील का, अशीही चर्चा आम्ही केली होती. मला आठवतंय मी आणि डॉक्टर केळकर एकदा मुंबईहून एस्टी ने एकत्र येत होतो तेव्हा असे पंधरा मुद्दे लिहून काढले की आपल्याला काय काम करायचे आहे आणि ते पॉईंट्स आम्ही संजीवनमध्ये डॉक्टर केळकरांच्या ऑफिसमध्ये मागे फलकावर लावून ठेवले. **Manpower, Equipment, Construction, Hospital clinic services, Nurses, Landscaping, Canteen** अशा सर्व गोष्टींचा आम्ही बारकाईने विचार केला होता. या सर्वांचा उद्देश एकच होता, की खरोखरच काटेकोर नियोजन करून मोठे हॉस्पिटल एका वर्षात उभे करता येईल, हे आम्हाला शक्य करायचे होते. २००० ते २००१ मध्ये आम्ही हे शक्य केले.

२२ मे २००० पर्यंत आमचे बिल्डिंग प्लॅन्स पक्के झालेले होते आणि पहिली कुदळ मारली. नोव्हेंबर २००१ मध्ये हॉस्पिटल बांधून पूर्ण होईल असे आमचे नियोजन होते. असे आम्हाला दीनानाथच्या फेज २ च्या वेळी जमले नाही. आपण एक नवीन पायंडा सुरू केला होता. १९९५ साली आपण संजीवनमध्ये ICU सुरू केले तेव्हा पहिले दोन दिवस आपण लोकांना पाहायला खुले केले होते तेच आपण दीनानाथच्या वेळीही सुरू ठेवले. त्यावेळी आठ मजली हॉस्पिटल लोकांना फिरून दाखवले होते आणि तिथल्या सोयी समजावून सांगितल्या होत्या.

नूतन कल्पना - ॲम्ब्युलन्स सेवा

डॉक्टर प्रसाद राजहंस इंग्लंडहून भारतात परत आले ते आम्हाला जॉइन झाले. त्यांच्याकडे ॲम्ब्युलन्स सेवा चालू करायची संकल्पना होती आणि त्यावेळी ती कल्पना नवीन होती. रोटरी क्लब आणि चितळे बंधू मिठाईवाले यांनी देणगी म्हणून आपल्याला पहिली रुग्णवाहिका दिली. त्यामागे हृदयविकाराचा झटका आलेल्या रुग्णाला घरातून रुग्णालयात आणायला रुग्णवाहिका वापरायची अशी संकल्पना होती. पहिल्या काही वर्षांनंतर त्याची उपयुक्तता लोकांना इतकी पटली, की



पुण्यातील सर्व हॉस्पिटल्सने रुग्णवाहिका सुरू केल्या. एक काळ असा होता की पुण्यातील प्रत्येक हॉस्पिटलच्या रुग्णवाहिकेचा वेगळा क्रमांक होता. उदाहरणार्थ जहांगीरसाठी १९५२, संचेती १८५१, जोशी हॉस्पिटलसाठी वेगळा नंबर अशी रचना होती. आता एकाच क्रमांकावर रुग्णवाहिका उपलब्ध होते, ही संकल्पना रुजायला साधारण पुढची दहा वर्षे गेली. सर्व लोकांना एकत्रित आणणे हे किती कष्टाचे काम आहे हे त्या निमित्ताने डॉ. प्रसादला लक्षात आले. या कल्पनेचा आपल्याला दीनानाथसाठी उपयोग झाला. पॅरामेडिकलचा जो आपला उद्देश होता तो आपल्यापेक्षा लोकांनी जास्त वापरला आणि त्यातून पुण्याच्या आजूबाजूला अनेकांनी अशी कॉलेज सुरू केली. आपण सुरू केलेल्या नवनवीन संकल्पना अशा वाढत गेल्या.

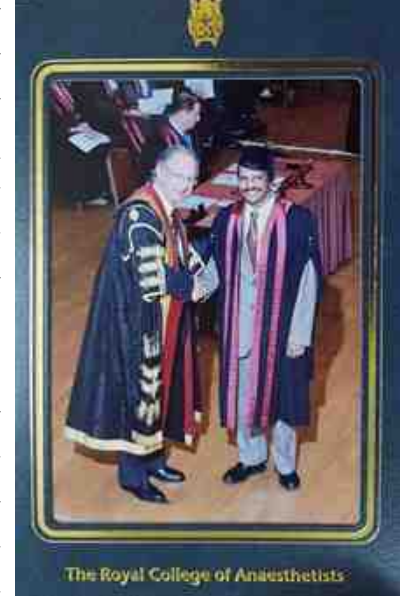
आपली रुग्णालयाची फी ही सगळ्यात कमी नाही, मात्र सेवेच्या दर्जेच्या तुलनेत कमी आहे. आपण low cost नक्की नाही मात्र affordable cost मध्ये नक्की सेवा देतो. मुंबई, दिल्ली, बेंगलोर अशा शहरातील हॉस्पिटल बरोबर दीनानाथ मधल्या शुल्काची तुलना केली तर आपल्याला गरीब हॉस्पिटल म्हणतील. त्यांची मानके वेगळी असतात, आपली मानके

वेगळी आहेत. मात्र आपले उद्दिष्ट स्पष्ट आहे. डॉक्टर-रुग्ण हे नाते आपल्यासाठी महत्त्वाचे आहे. आणि सेवेच्या दर्जाशी cost ची तुलना केली तर आपण सरस आहोत असे आपण नाही तर पेशंट स्वतः म्हणतात. Ethical practice हे आपले तत्त्व आहे. उगीच जास्तीच्या टेस्ट केल्या जाणार नाहीत. आपल्याकडे महागडी मशीन्स आहेत म्हणून रुग्णाला विनाकारण टेस्ट करायला सांगणे असे आपण करत नाही.

२००० ते २००१ च्या दरम्यान आपण नवीन गट बांधायची तयारी सुरू केली. संजीवन चालवायचो तेव्हा ऑफिस मधील तीन जण म्हणजे कर्नल पेंडसे, रिसेप्शनिस्ट, टेलिफोन ऑपरेटर हे फक्त आपले non-medical staff होते. दीनानाथमध्ये मात्र आता जितके डॉक्टर आहेत त्यापेक्षा जास्त लोक आपल्याला कामासाठी लागतात. ही सर्व टीम तयार करण्याचे काम १९९९-२००० साली झाले. विनय चुटके, गणेश डांगी, तुषार कानडे, सचिन क्षीरसागर, अमोल साने हे नव्याने गटात सामील झाले. तेव्हा एका नव्या टीमची गरज होती आणि त्या वेळी नवीन उत्साह हवा होता. सिनिअर टीम म्हणाल तर कर्नल पेंडसे, कर्नल देशमुख असे काही लोक होते.

२००० नंतर मी वर्षभर भारताबाहेर होतो. त्यावेळी जगातील मोठी हॉस्पिटल कशी चालतात हे मला पहायचे होते. मला इंग्लंडमध्ये जायचे होते. हा पूर्णपणे माझा initiative होता. त्यामध्ये हॉस्पिटलने सांगितले असे काही नव्हते. २००१ मध्ये मी पहिल्यांदा परत आलो तेव्हा दीनानाथचे बांधकाम सुरू होते. I was very surprised to see. ठरलेल्या वेळापत्रकानुसार कामे झालेली होती आणि नोव्हेंबरमध्ये दीनानाथ सुरू झालेले होते. मी सर्व संपवून २००५ साली भारतात आलो. मला जसे पाहिजे होते, माझ्या मनात जसे १९९९-२००० प्लॅनिंगमध्ये होते तसे हॉस्पिटल मला पहायला मिळाले. I was very satisfied with that.

दुसरा भाग असा की मी १९९१ साली श्रीचित्राला cardiac-neuro anesthetic चे ट्रेनिंग घ्यायला गेलो होतो. आमचे प्रोफेसर मोहनदास म्हणून श्रीचित्राला संचालक होते. १९९८ साली हे प्रो. मोहनदास मला पुण्यात भेटले आणि त्यांनी मला विचारले की सध्या काय करत आहेस? त्यावेळी मी म्हटले होते की, आम्ही एक संजीवन नावाचे हॉस्पिटल चालवत आहोत पण इथून पुढे आमच्या समोर मोठे काम करायचे ध्येय आहे आणि कदाचित आयुष्यभर आम्हाला तेच पुरू शकेल. त्यावेळी



लता मंगेशकर फाउंडेशनशी फक्त बोलणे सुरू झालेले होते. आणि मला आजही वाटते की मी त्यांना जे काही त्यावेळी सांगितले त्याचे खरे reflection २००२ मध्ये आम्हाला हवे तसे दीनानाथ बांधून झाल्यावर दिसले. अजूनही मला विचाराल की सुपर स्पेशलिटीची मारत बांधली असली तरी मला आजही जुनी इमारत जवळची वाटते कारण त्याच्यातील प्रत्येक भाग कसा असेल याची पूर्ण संकल्पना आमच्या डोळ्यासमोर होती. नवी इमारत बांधताना आलेल्या अडचणी, बदलेले सरकारी नियम, त्यामुळे बांधायला लागलेले तीन मजली पार्किंग, त्यामुळे वाढत गेलेला बांधकामाचा कालावधी, त्यामुळे पैसे आणि contractor आणि मजुरांचे निर्माण झालेले प्रश्न अशा सर्वांमुळे साधारण दोन वर्षे त्याला उशीर झाला. २०१४ साली ती इमारत सुरू झाली आणि नवी इमारत पहायला सर्वांसाठी आम्ही खुली केली. त्या इमारती मधले escalator हे सर्वांचे आकर्षण होते. अशा प्रकारे नवीन प्रकारचे पूर्ण वातानुकूलित असणारे मोठे हॉस्पिटल बांधणे हे जिकरीचे काम होते. त्यासाठी लागणारी ऊर्जा आपणच आपली निर्माण करतो. आपले स्वतःचे gas fired powered station आहे. ही संकल्पना जगातील मोठ्या-मोठ्या हॉस्पिटलमध्ये आहे, ती आपण इथे राबवली. अमेरिकेत बोस्टनच्या मुख्य हॉस्पिटलला असे जे gas fired powered station आहेत तसे आपण केलेले असल्याने आपल्याला बाहेरच्या वीजपुरवठ्यावर (MSEB) अवलंबून राहायला लागत नाही. त्यामुळे स्थिर ऊर्जा उपलब्ध होते अन्यथा दुर्दैवाने सरकार हॉस्पिटलला commercial दराने वीज देते ती घ्यायला लागते.

सुरुवातीच्या काळापासून आत्तापर्यंत अनेक नवीन-नवीन ट्रीटमेंट प्रोटोकॉल आले आणि त्याच्याशी सुसंगत असे प्रशिक्षित डॉक्टर आपल्याला हवे असायचे. काही डॉक्टर जे मला इंग्लंडमध्ये माहीत होते त्यांना मी डॉक्टर केळकरांना भेटायला पाठवायचो. पण अर्थात मी सांगितलं म्हणून कुणाला घेतले जायचे नाही तर विचार जुळले आणि गुणवत्ता असेल तरच त्यांची निवड व्हायची. मी introduce केले हे सर्वांना माहीत असते पण मी recommend करत नाही. आजही मी नवीन डॉक्टरांना सांगतो की तुम्ही हॉस्पिटलमध्ये जायचे, स्वतः लोकांशी बोलायचे आणि तुला हॉस्पिटलने घेतले तर घेतले, माझी ओळख आहे म्हणून तुला थोडीसुद्धा मदत करू शकणार नाही. मी वर्षातून तीन-चार महिने इथे नसतो त्यामुळे असे नको व्हायला की मी नसताना तुम्हाला कुठल्या तरी कारणाने बाहेर पडायला लागले. तुम्ही व्यवस्थापनाशी

बोलून स्वतः गुणवत्ता सिद्ध करून स्थिर व्हायला पाहिजे. अर्थात मी recommend केलेली माणसे ही उत्कृष्ट दर्जाची असल्याने असे काही प्रश्न त्यांना आले नाहीत. जाहिरात देऊन आपण डॉक्टर घेत नाही. जे स्वतःहून येतात, ज्यांच्याशी विचार जुळतात असे लोक आपण जोडून घेतो. नाहीतर प्रत्येकालाच दीनानाथमध्ये यायचे असते. माझे अनेक मित्र आहेत की जे मला म्हणतात तू दीनानाथमध्ये आहेस तर एखादी OPD मिळेल का मला हे जरा बघ. पण असे काही मी ठरवत नाही किंवा कुणीच ठरवत नाही. आपल्याला पुढच्या दहा वर्षांचा विचार करता नवीन लोक लागणार आहेत मात्र आपले नियम काही कठोर आहेत. तुमचीच मुले विनासायास इथे येऊ शकतील असे नाही. त्यांनाही स्वतःला सिद्ध करायला लागेल.

२०१० साली आम्ही संजीवन ते दीनानाथ असा सर्व प्रवास एकत्र भेटून लिहिला. अगदी १९९३ पासूनची सगळी मंडळी एकत्र आली आणि त्यांनी त्याचे कथन केले. आता पुन्हा दीनानाथला २० वर्षे झाली असताना असे संकलन व्हायला हवे तर त्यातूनही लोकांना प्रेरणा मिळू शकेल असे नक्की वाटते.

जन्म मृत्यूच्या सीमारेषांचे साक्षीदार

माझ्या आयुष्यात मनाला हुरहूर लावून जाणारे प्रसंग खूप कमी आलेत. एकदा मी असाच प्रसंग बघितला श्रीचित्रामध्ये माझा दुसरा दिवस असेल. तिथे १९९३ साली मेंदूमध्ये रक्तस्राव झालेली नुकतेच लग्न झालेली तरुण पेशंट होती. दुर्दैवाने तिला aneurism होता आणि त्यातून थोडा रक्तस्राव झालेला होता. लवकरात लवकर ऑपरेशन करणे हा त्याचा एक भाग असतो. मात्र त्यासाठी शिरेमधून जाऊन मेंदुपाशी पोचून तो रक्तस्राव थांबविणे असे ते ऑपरेशन होते. ऑपरेशनल व्यवस्थित चालू होते, तो रेडियोलॉजीस्ट जागेवर होता पण त्याकाळच्या तंत्रज्ञानानुसार त्याला एक ग्लू इंजेक्ट करायचा होता जो aneurism बंद करणार होता. हा ग्लू इंजेक्ट केल्यावर दुर्दैवाने त्या ग्लूमध्ये catheter अडकला जो की ग्लू इंजेक्ट केल्या-केल्या लगेच काढायला लागतो. त्याच्यामध्ये catheter अडकला तर काही उपयोग नाही कारण तुमचा catheter मांडीतून मेंदूमध्ये गेलेला असतो. त्या ऑपरेशनने प्रयत्न करून पटापट तो खेचला पण प्लॉस्टिक असल्याने तो तुटला. त्या पेशंटच्या त्या मेंदूच्या बाजूला पूर्णपणे स्ट्रोक किंवा ब्रेन अटॅक आल्यासारखी परिस्थिती घडली. एखाद्या संस्थेत आपण शिकायला जावे आणि तिथे दुसऱ्या दिवशी ज्या ठिकाणी खूप तंत्रज्ञान वापरतो तिथे असा प्रसंग घडतो आणि तो पेशंट पुढच्या ४८ मृत्युमुखी पडला हा माझ्या दृष्टीने खूप मोठा धक्का होता. गेल्या ३० वर्षांत एवढे दोनच प्रसंग मला आठवतात जे प्रचंड धक्कादायक होते.

असाच एक दुसरा प्रसंग. मला अचानक एका पेशंटचे ऑपरेशन करायला लागणार आहे असे सांगितले. ऑपरेशन गुंतागुंतीचे होते आणि माझ्या मते पेशंटचे ऑपरेशन करायला नको होते. मेडिसीनमध्ये एक चांगले असते की mortality meeting नावाची एक संकल्पना असते. Anesthesia मध्ये Anesthesia मुळे माणूस मेला असे कधी घडत नाही. त्यामुळे भूलतज्ञ Mortality meeting ला नसतात. माणूस तुमच्या उपचारामुळे गेला असे नाही तर त्याला कसे वाचवता आले असते अशी चर्चा होते. परवा आमच्या इथे असाच प्रसंग घडला. मी आधी म्हटलं तसं मला प्रोसेस मध्ये रस आहे. मला अर्धा तास आधी सांगितले की पेशंटला भूल घ्यायची आहे आणि असे-असे ऑपरेशन आहे तर मग दोन component असतात. मी त्याला भूल देऊन मोकळा होणार, ऑपरेशन झाले की पेशंट घरी जाणार हा एक component. तो तसा या पेशंटच्या बाबतीत करणे सोपे होते का? तर थोडे अधिक कष्टाचे काम होते. पण माझ्या क्षमतांचा वापर मी सहजरित्या करू शकत होतो आणि ते मी केले. पण त्या ऑपरेशनचा विचार करत असताना माझ्या असे लक्षात आले की हा पेशंट इथे यायला नको होता. म्हणजे हा पेशंट ऑपरेशनलाच यायला नको होता कारण ऑपरेशन करून त्यातून जे फलित निघणार ते निष्फळ असणार आहे. मग हा पेशंट इथे का आला? हा trauma मला जास्त आहे. हा पेशंट ऑपरेशनला इथे आला त्यापेक्षा ऑपरेशन न करताही त्याला सुखाने मृत्यू येऊ शकतो तर आपल्यामुळे त्याचा मृत्यू लवकर होणार आहे असे वाटून जाते.

मी cardiac मध्ये असल्याने जन्म-मृत्यू काय असतो हे रोज बघतो. असे प्रसंगही कधी-कधी येतात, की पेशंट आल्यावर तुम्हाला माहित असते की ७०% हा पेशंट जाणार आहे पण ऑपरेशन केले तर ३०% शक्यता आहे हा पेशंट जगण्याचा आणि ते ही पुढचे २० वर्षे जगण्याचा ! अशावेळी कळतं की जन्म-मृत्यू काय असतो. हे cardiac मध्ये रोज घडते. अगदी छोटं बाळ असतं आणि छोटे काहीतरी चुकले (मुद्दामहून चुकत नाही पण operative problems मुळे काही उपचार करता येत नाहीत) असे लक्षात आले तर तुम्ही त्या bypaas machine वरून बाजूला घेऊ शकत नाही. अशा वेळी काय करतात? थिएटरमध्ये सगळे अत्यंत दुःखी असतात आणि पेशंटबद्दल बाहेर जाऊन नातेवाईकांना सांगावे लागते आम्हाला माहित असते की हे असे होऊ शकणार आहे. परवाचा प्रसंग मात्र non-cardiac होता. Non-cardiac मध्ये अशा प्रकारे घडावे हा मला तर एक मोठा धक्का होता. ज्यासाठी मी त्या विषयाचे कोर्सेस घेतो त्यामध्ये explicitly आम्ही म्हटलेले असते की काय करायला हवे. प्रसंगच असा होता की त्या धक्यातून मी अजूनही बाहेर पडू शकलो नाही. मी अजूनही त्या प्रसंगाचा विचार करतोय. म्हणूनच आम्ही येत्या मंगळवारी Anesthetic Mortality meeting ठेवली आहे.

खरंतर आमच्या सहकाऱ्यांना हेच म्हणलं आहे की मी केली ती केस हा माझ्या दृष्टीने माझ्यासाठी मोठा trauma आहे. असे प्रसंग फार येत नाहीत आणि येऊही नयेत कुणाच्या जीवनात. कितीही मी म्हटले की मी sensitive नाही आणि मला काही होत नाही तरीही असे काही नसते. मला कुठल्या बाबतीत sensitive रहायचे असते हे चांगले कळते. त्यामुळे गेले दोन-चार दिवस मी अजिबात आनंदी नाही. मला मंगळवारी बैठकीत चर्चा करून हा विषय संपवून टाकायचा आहे की असे परत होता कामा नये! त्यात ज्यांनी कुणी ती केस आधी स्वीकारली होती त्याने मला सांगितले नाही की तो पेशंट कसा आहे. अर्थात मी म्हटलं तसं असे प्रसंग फारच कमी येतात.

दैव तुम्हाला ज्या काही चांगल्या गोष्टी देते त्याचा तुम्ही चांगला विनियोग करायला हवा. मला अमुक एक मिळत नाही, त्यामुळे माझे कसे होणार असे म्हणण्यापेक्षा मला जे मिळते आहे ते नीट लक्षपूर्वक वापरेन असे ठरवले तर तुमचे बरेचसे प्रश्न सुटतात. तुमचे आयुष्य चांगले जाते आणि तुम्ही कामदेखील करू शकता. दुसरे म्हणजे आपल्यापेक्षा हुशार लोकांना तुम्ही प्रेरित केले आणि त्यांना मोकळीक दिली तर अधिक चांगली कामे होऊ शकतील. प्रेरित या शब्दाचा अर्थ असा, की एखाद्या हुशार पण तिरकस बुद्धीच्या (crooked) माणसाच्या विचारांवर आणि कृतींवर तुम्हाला नियंत्रण ठेवता आले तर you can make good out of him ! हे अवघड काम असते पण तुमच्या संगतीच्या परिणामामुळे त्याच्या मानसिकतेवर चांगला परिणाम होऊ शकला तर अनेक हुशार लोक एकत्र चांगले काम करू शकतील. जगात अशी बरीच उदाहरणे आहेत की एक स्मार्ट मालक आणि त्याच्या हाताखाली काम करणारी लोकं अतिशय हुशार आहेत आणि ते मिळून कंपनी चालवतात. त्यामुळे असेही मॉडेल आपण पहायला हवे. तुम्ही लोकांना चांगल्या प्रकारे प्रेरित करू शकलात तर तुम्हाला चांगले बदल दिसतील!

प्रबोधिनी प्रशाला ते बी. जे. मेडिकल कॉलेज

आमच्या प्रशालेच्या वर्गातून माझे सगळे मित्र इंजिनीअरिंगला गेले होते म्हणून मी ही आधी इंजिनीअरिंग करायचे ठरवले होते. केवळ सुहास कर्वे, मंदार अम्बिके आणि मी असे तिघेच मेडिकलकडे आलो. घरच्यांनी सांगितले आणि PCB आणि PCM दोन्हीकडे सारखेच मार्क्स असल्याने मी मेडिकलला आलो. मी १९९१ IIT-JEE ची परीक्षा देखील दिली आणि ठरवले होते की आता बायोमेडिकल इंजिनीअरिंगकडे जाऊयात. मात्र सर्व परीक्षा होऊन आयआयटी पाहून फी भरेपर्यंत मी MD Anesthesia झालेलो होतो. त्यावेळी मी ही clinical branch सोडून आपण आता research मध्ये घुसणार का? आणि गेली सात वर्षे आपण जी खर्च केली आहेत ती वाया जायला नको म्हणून मी इंजिनीअरिंग मधून माघार घेतली. मात्र माझी आवड तशीच होती.

प्रशालेतील तुकडीनुसार डॉक्टर केळकर आणि माझ्यामध्ये चार वर्षांचे अंतर आहे. आम्ही सर्व एकत्रच वाढलो. तेव्हापासून आजपर्यंत जी टीम एकत्र राहिली आहे त्यात प्रबोधिनीचा नक्कीच वाटा आहे कारण सर्व एकाच मुशीत घडलेलो आहोत. तरीसुद्धा प्रत्येकाजवळ काहीतरी वेगळे नक्कीच आहे. मी प्रबोधिनीत आलो तेव्हा दलावर पथके असायची आणि पाचवी ते दहावी अशी सगळी मुले एका पथकात असायची. शिरीष देशमुख आणि मी पोलिस ग्राऊंडवर अॅथलेटिक्स स्पर्धा खेळायला जायचो. शिरीषच्या सायकलीवर मी पुढे बसायचो आणि मग लकडी पुलावरून जात पोलीस ग्राउंडला पोचायचो. मग मी माझ्या गटात पळायचो आणि शिरीष त्याच्या गटात पळायचा आणि संध्याकाळी पुन्हा सायकलीवर एकत्र प्रबोधिनीत यायचो. मी, डॉ. केळकर, डॉ. मिलिंद मोडक असे सर्व आम्ही एका काळात एकत्र वाढलो असल्याने आजही सहज एकत्र काम करू शकतो. प्रशालेतील किंवा अगदी निगडीमधील देखील जे विद्यार्थ्यांचे गट अगदी लहान ते मोठे असे एकत्र भेटत असल्याने त्यांचे बाँडिंग होते. फक्त मेडिकल नाही तर सर्वच क्षेत्रात. शिरीष नंतर इंजिनीअर झाला मात्र आजही आम्ही भेटलो की त्या जुन्या आठवणींमध्ये रमतो. मला काही शंका असेल तर मी सहज त्याला फोन करतो. आम्ही दुसऱ्या शाळेत असतो तर कदाचित असे फोन करू शकलो नसतो. पण प्रबोधिनीमुळे जरी शिरीष सिनियर असला तरी मी त्याला सहज फोन करू शकतो. माजी विद्यार्थी मंडळाने (JPPAF) तर आता अधिक फायदा होईल असे मला वाटते. १९९२ साली पहिला मेळावा झाला तेव्हा मला आठवतंय की मोहनराव वगैरे सर्व मोठ्या मंडळींना असे म्हणालो होतो की आपण प्रत्येकाने प्रबोधिनीला एक-एक हजार रुपये दिले तरी प्रबोधिनीला मोठी मदत होईल. तेव्हा ते म्हणणं थोडं lightly घेतलं असेल किंवा काही लोकांनीच seriously घेतलं असेल. माजी विद्यार्थी मंडळ जेव्हा सुरू झाले तेव्हापासून मी तर काही देणगी दरवर्षी देत असतो आणि ते अजूनही चालू आहे. सगळ्याच संस्थांच्या Financial needs असतात आणि त्याकाळी प्रबोधिनीला पैशांची गरज देखील होती. Probably we are heading for better stability now in that aspect.

आंतरशालेय सामने म्हणजे गोल खो-खो असे समीकरण होते. मी छोट्या गटातून मोठ्या गटात जाईपर्यंत आपण चार वर्षे सलग अजिंक्यपद पटकावत होतो. अंतिम सामन्यात बऱ्याचदा नूमविचा संघ असायचा. त्यामुळे नूमविला हरवणे ही

मोठी गोष्ट वाटायची. त्याही सामन्यांना आम्ही साहित्य परिषदेला चार नंबरच्या बसने जंगली महाराज रस्त्याने मॉर्डनला मैदानावर जायचो नाहीतर शिरीष किंवा कुणाचीतरी सायकल उरलेली असायची. विवेकराव कुलकर्णी, भाई फडके आणि राजीव रानडे या तीन लोकांना आमची आणि आमच्या आजूबाजूची बॅच कधी विसरणेच शक्य नाही. कारण विवेक आम्हाला दादा सारखा होता आणि अजूनही आहे. भाईच्या तर आम्ही अंगाखांद्यावर खेळून वाढलो इतका भाई आमच्याशी समरस होता. राजीव आम्हाला रागवायचा आणि मधून-मधून केमिस्ट्री देखील शिकवायचा. एखादा तरुण माणूस विद्यार्थ्यांना कसा झपाळू शकतो हे राजीवमुळे समजले असे गमतीने म्हणता येईल. या तीन लोकांबरोबर आम्ही खूप गोष्टी एकत्र केल्या.

सहलीतील कठीण प्रसंग

आमची नववीमधील एक सहल जी प्रबोधिनीमध्ये अत्यंत प्रसिध्द आहे. आम्ही कर्जतहून निघालो आणि लोणावळ्याला यायचे होते. रात्री रस्ता चुकलो व हरवलो. प्रबोधिनीच्या तिसऱ्या खंडात त्याचा उल्लेख आलेला आहे. आम्ही बारावीमध्ये असताना परत भीमाशंकर ते लोणावळा अशीच एक सहल झाली ज्यामध्ये ढाकचा बहिरी म्हणून एक ठिकाण आहे. तिथे परत वर जाताना आम्ही दरीत जास्त खाली उतरलो. खाली उतरल्यावर आम्ही कर्जतच्या दिशेने जायच्या ऐवजी लोणावळ्याला जाता येईल म्हणून राजमाचीच्या दिशेने चढू लागलो. तिथे वर चढताना आमचा अपघात झाला. त्यावेळी आमचे आनंद फाटक आणि सुभाष कुंटे या मित्रांना बरेच लागले होते. त्यावेळी राजीव रानडे आणि भाई होते. असे काही प्रसंग शक्यतो ट्रेकमध्ये येत नाहीत आणि येऊमुद्धा नयेत. हे अतिशय कष्टाचे प्रसंग असतात. नंतरच्या काळात असे काही प्रसंग घडले आहेत. Unfortunately अशावेळेला एकदा तो लीडरच जखमी झालेला आहे. मला अशावेळी त्या मुलांचेच कौतुक वाटते की जी मुले आपल्या लीडरला त्या जखमी अवस्थेत अर्धा तास घेऊन बसली असतील तर काय प्रसंग उद्भवला असेल हे मला कळू शकते कारण मी डॉक्टर आहे. आत्ता जरी एखाद्या प्रसंगी एखादा मृत्यू झाला तरी मला कधी-कधी ते पटत नाही. एखादा माणूस जाणार असेल तर गोष्ट वेगळी पण आपल्या intervention मुळे काही झाले तर तो एक मोठा धक्का असतो. मेडिसीनमध्ये असे प्रयोग केले जात नाही कारण मेडिसीनचे एक तत्त्व आहे की तुम्ही जर पेशंटला काही चांगले करू शकत नसाल तर निदान तुम्ही स्वतःसाठी म्हणून पेशंटवर काही प्रयोग करायचे नाहीत. पण रोज जीवन-मृत्यू बघणाऱ्या माणसासाठीचे हे शिक्षण आहे. एखाद्या ट्रेकमध्ये जेव्हा असे घडते तेव्हा ती मुले लहान असतात आणि त्यांच्या लीडरला जर काही झाले तर त्यावेळेचे जे शिक्षण आहे ते शिक्षण पुन्हा आयुष्यभर कधी मिळणार नाही आणि त्या शिक्षणातून त्यांना जीवन-मृत्यूबद्दल जे वाटेल ते इतर कुणी त्यांना शिकवू शकणार नाही. दोन्ही गोष्टी होऊ शकतात की एखाद्याला प्रचंड भीती बसू शकेल मात्र दुसरा भाग त्याचा असा आहे की अशा माणसाला त्यांनी आठ तास बरोबर ठेवल्यानंतर त्यांची कॉन्फिडन्सची लेवल प्रचंड वाढत असते. Scarcity मधून जी लोकं वर येतात ती जास्त यशस्वी का होतात याचे कारण हेच असणार आहे.

मी मेडीकल जाईपर्यंत घरापासून पाच मिनिटांच्या अंतरापासून दूर जायचे नाही असेच जणू काही होते. मी, मिलिंद संत आणि सुधीर ढोकळे आम्ही टिळक रोडच्या पलिकडे रहायचो. मिलिंद अजूनही तिथेच राहतो आणि सुधीरपण आजही तिथेच राहतो. बारावी पर्यंत आम्ही तिथे शाळेत चालत यायचो. मी बी. जे. मेडिकलला प्रवेश घेतल्यानंतर घरापासून थोडे लांब जायला लागलो. त्यामुळे प्रबोधिनीत असताना शाळेच्या आधी आणि नंतर मी गल्लीतल्या पोरंशी खेळायचो. गल्लीतले वातावरण आणि प्रबोधिनीतले वातावरण वेगळे असायचे.

गल्लीतली मुले म्हणायची आता हा काय शाळेत गेला म्हणजे आपल्यात येत नाही पण शनिवार-रविवारी भेट व्हायची त्यामुळे मला बाहेरचे exposure होते. त्यामुळे overall प्रबोधिनीत आल्याचा संपूर्ण फायदा होतो, की पूर्ण सुरक्षित वातावरणात वाढून बाहेर पडल्यानंतर एकदम वेगळे वाटायला लागते हे तुमच्या degree of exposure वर अवलंबून आहे. म्हणून मी राजेंद्रला म्हटले की मुलाला कुठेही शाळेत घाल पण तुला माहित आहे की आता exposure मिळणे महत्त्वाचे आहे. त्यामुळे प्रबोधिनीची परीक्षा द्यावी लागेल, त्यात निवड झाली तर प्रवेश मिळेल पण नाही मिळाला तर काय करणार? तर हे सगळे मार्ग आहेत. तुला जे त्याच्यावर बिंबवायचे आहे ते तू exposures च्या माध्यमातून बिंबवू शकतो. आजही दीनानाथमध्ये हा भाग असतो की तुमच्या बाजूचे लोक, बाजूची परिस्थिती तुम्हाला influence करतात. आम्ही असे का घडलो? तर त्यावेळेसची प्रबोधिनी अशी होती. वामनरावांचा आमच्यावर खूप पगडा आहे. वैयक्तिकदृष्ट्या मला विचाराल तर वामनरावांनी निगडीत जाऊन काम केले त्यानंतर ज्ञान प्रबोधिनी मेडिकल ट्रस्टची स्थापना झाली. वामनरावांची जी कार्यपद्धती होती ती त्यांनी आम्हाला समजावून सांगितली त्याचा आम्हाला आजही फायदा होतो. 'सत्यप्रियता' अजिबात सोडायची नाही. तुम्हाला जे पाहिजे ते तुम्ही व्यवस्थित करायचे. वामनरावांचे एक होते की असत्य बोलायचे नाही. अर्धसत्य चालेल पण असत्य बोलायचे नाही. कारण अर्धसत्य यात काही वावगे नाही. समोरच्याने तुला विचारले की याच्या पुढचे सत्य काय आहे? तर ते तू सांगायला हवे. मात्र त्यांनी विचारलेच नाही तर अर्धसत्यात काही वावगे नाही. हे तत्त्व जगात सगळीकडे

वापरले जाते. इंग्लंडमध्ये मी गेलो होतो. तिथला माणूस जेवढे प्रश्न विचारले तेवढीच उत्तरे देतो. आपल्याला भरभरून बोलण्याची सवय असते. त्याचे काही तोटे असतात की तुम्ही अनेक गोष्टी बोलून जाता आणि त्या परत मागे कशा घ्यायच्या हा प्रश्न असतो. त्यामुळे झाकली मूठ ठेवली तर काही अडचण नाही. विचारले तर मी सांगतोय. या संकल्पना मला त्या वेळेला पटल्या. तुमच्या मागे अनेक लोक लागतात त्यांना शांतपणे दूर ठेवण्याचे हेच मार्ग आहेत. तुमचे काम तुम्हाला नीट करायचे असेल तर हे करावे लागते नाही तर छळणारे लोक खूप आहेत. हा शाळेचा प्रभाव खूप आहे, जो आजही टिकून आहे.

मला अजूनही असे वाटते की आपण प्रबोधिनीत येतो तेव्हा बऱ्याचदा एका secured वातावरणात असतो. प्रबोधिनीचा मुख्य फायदा हा होता की भरपूर प्रमाणात exposure. एकदा राजेंद्र देशमुख जो JPMT मध्ये देखील सदस्य आहे आणि सध्या शिरवळला practice करतो आहे. तो म्हणाला की मुलाच्या शिक्षणाचे पुढे काय करावे? तेव्हा मी त्याला म्हणालो की exposure मिळेल असे बघ. आपल्याला प्रबोधिनीने काय दिले? आपल्याला मुद्दाम झोपडपट्ट्यांमध्ये नेले. आपण गावांमध्ये गेलो, डोंगरामध्ये हिंडलो, आजूबाजूच्या गावांत गटकार्ये केली, दारूबंदीमध्ये भाग घेतला आणि समाजाचे दर्शन घेतले. या सर्वातून माणूस बाहेरच्या आव्हानाची जाणीव करून घेतो. आपण विविध अनुभवांतून गेलो असलो तरी देखील प्रबोधिनीतून बाहेर पडलो की वेगळे वातावरण असते. त्यावेळेला तुम्हाला त्या-त्या ठिकाणी टक्के-टोणपे खायला लागतातच. फायदा असा आहे, की निदान तुम्ही समाजाचे सर्व स्तर नीट पाहिले असतील तर तुम्हाला जुळवून घेण्याचा अंदाज असतो. बाहेरच्या शाळांचे मला ते कौतुक वाटते की याशिवाय त्यातही चांगली मुले असतात. मी मेडिकलला गेलो तेव्हा मला लक्षात आले की आपल्यासारखी हुशार मुले असतात किंवा काकणभर आपल्यापेक्षा सरसही मुले असतात. माझ्या चिकित्सक दृष्टीचा किंवा आपणच कसे कमी आहोत आणि तो कसा चांगला आहे असे माझ्या बघण्याच्या दृष्टीचाही त्यात भाग असू शकेल परंतु हे दिसू शकते की इतर शाळांतही शिक्षण चांगले मिळते. फरक कुठे पडतो तर विविध exposure किती प्रमाणात मिळतात आणि ते आपल्याला जास्त मिळालेले असते.

मागे वळून बघताना

मला एखादी गोष्ट अशीच का करावीशी वाटते? एखादी गोष्ट मनापासून केली तर तिचा तुम्हाला स्वतःलाही फायदा होतो आणि इतरांना देखील फायदा होतो. मराठीत आपण पाट्या टाकणे म्हणतो. अशा कामाचा काही फायदा नसतो. मेडिकलच्या भाषेत एक शब्द आहे जो मला वैयक्तिकदृष्ट्या पटत नाही पण ज्याला आम्ही Spinier Leveler म्हणतो की मेंदूचा वापर न करता spinier level वर अनेक गोष्टी होत असतात तसे काम करायचे. पण अशा गोष्टींचा फायदा होईल का? तर नक्कीच नाही. त्यात मेंदूचा भागच नसल्याने तुम्हाला मानसिक समाधान देखील मिळणार नाही. मेडिकल क्षेत्रात डॉक्टरने बोलण्याचा आणि डॉक्टरने तपासताना रुग्णाला स्पर्श केल्याचा खूप परिणाम होतो. तो जर तुम्ही केला नाही तर पेशंटला कधी-कधी ते चांगले वाटत नाही. मी माझ्या पेशंटशी रोज जाऊन २० मिनिटे बोललो तर पेशंटचा confidence वाढतो. हे मी जर केले नाही आणि नवीन डॉक्टरांना शिकवले नाही तर ते शिकत नाहीत. त्यामुळे तो उत्तीर्ण होताना माझा त्यावर प्रभाव कधीच पडणार नाही. सुदैवाने प्रबोधिनीमध्ये असे कधीच होत नाही. ज्या लोकांमध्ये आपण वावरतो, ज्यांच्या बरोबर आपण इतर ठिकाणी काम करायला जातो ते खूप प्रेरक असतात. अशा सर्वांचा फायदा आम्हाला हॉस्पिटल चालवताना होतो.

परस्परसंवाद हे आजही मेडिकल क्षेत्रात खूप असल्याने एखाद्या माणसाला नीट उपचार मिळाले नाहीत तर माणूस खूप रागवतो. तुमची गाडी बंद पडली तर तुम्ही फार रागवत नाही. तुम्ही मेकॅनिकला बोलवता आणि तो दुरुस्त करून देईल की, गाडी बंद पडणे साहजिक आहे असे म्हणता. पण वैद्यकीय क्षेत्रात असे चालत नाही. सखोल ज्ञान असणे महत्त्वाचे आहे कारण या ज्ञानावर सर्व पायाभरणी आहे. पूर्वी आजारी पडल्यावर लोक बरे व्हायचे नाहीत का? व्हायचे पण आता गुंतागुंतीचे आजार असणारे लोकही लवकर बरे होतात हा ज्ञानाचा फायदा आहे. त्यामुळे basic knowledge न शिकता advance knowledge शिकणे हा मोठाच प्रश्न आहे. त्यामुळे मी असे ठरवले की हे basic knowledge आपण इतरांना पुढे देत रहायचे. मग ते आमचे दीनानाथमधील प्रशिक्षण असो किंवा फाउंडेशनचे कोर्सेस असोत त्यामध्ये काम हा माझा पुढचा टप्पा आहे.

मी फार नेतृत्व केले आहे असे मी कधी म्हणत नाही. लोकांना एकत्र घेऊन चालणे हे काम मी केलेला आहे. माझा रोल नेहमीच mode of supportive अशासाठी ठेवला आहे असे माझे वैयक्तिक मत आहे. सुभाषितात म्हणतो की 'सहस्रेशूच पंडितः' किंवा 'वक्ता दशसहस्रेशू दाता भवती वा न वा' तसे माणूस नेतृत्व करायला लागला तर समाज चालणार नाही. ज्यांना नेतृत्व करता येते त्यांनी जरूर करावे. त्या दृष्टीने सुभाषित म्हणलेला आहे. मग अशावेळी बाकीच्या लोकांनी काय करायचे? तर बाकीच्या लोकांनी आपण निवडलेल्या चार लोकांना पाठिंबा द्यायला हवा. समाजात चांगल्या गोष्टी का चालत नाहीत? तर त्यामागे असलेली समाजाची अपरिहार्यता. तुम्ही स्वतः जबाबदारी घेऊन त्या गोष्टी चालवल्या नाहीत तर तुम्हाला करायची इच्छा असली तरी तुम्ही करू शकणार नाही आणि तुम्ही दुर्बल ठरणार! दुसऱ्यावर तुम्हाला अवलंबून राहायला लागणार जो

कदाचित चांगले मार्ग वापरत नसतो. त्यामुळे पाठबळ देण्याची भूमिका देखील मला तितकीच महत्त्वाची वाटते आणि किंबहुना त्यामुळे मी जास्त लोकांशी संवाद करू शकतो का? तर त्याचे उत्तर हो आहे. नेतृत्व करण्याची वेळ आली आणि कुणीच काही करायला तयार नसेल तर मी नेतृत्व करतो. तसे केले नाही तर गोष्टी पुढे जात नाहीत. पण सतत effectively मी ते करत राहीन का? याच्याबद्दल माझ्या मनात शंका आहे. दीनानाथमध्ये देखील मी आता नंतरच्या काळात फार actively गोष्टी बघत नाही. कारण माझे असे मत आहे की एखादे धोरण ठरवताना तुम्हाला त्यावर विचारमंथन करायला लागेल. मात्र एकदा ते ठरले व निर्णय झाला की एका ठराविक पद्धतीने ते धोरण राबवण्यासाठी तुम्हाला fragmentation करायला लागेल. एवढी मोठी संस्था चालवणे हे निश्चितच एका माणसाचे काम नाही. एक-एक component घेऊन काम करणारे वेगळे-वेगळे गट असतील तर हे शक्य आहे. फक्त या गटांना दिशा असावी लागते. नेतृत्वाबद्दल प्रबोधिनीमध्ये जास्त चांगले संशोधन आणि शिक्षण झालेले आहे त्यामुळे मी फारसे बोलत नाही. हे प्रयोग ज्या वर्गावर झाले दुर्दैवाने ते आमचे वर्ग होते. त्यानंतर या सगळ्यावर जास्त चांगली मांडणी झालेली आहे. जी आम्हाला मिळाली नाही अशा अर्थाने मी 'दुर्दैवी' म्हणालो! मी या सगळ्यात केवळ subject म्हणून एक भाग आहे. अजूनही मी असे म्हणतो की मी माझे evaluation फारसे करत नाही पण माझ्या बदल बाकीचे चार लोक जे तुम्हाला सांगतील तेच खरे म्हणायचे कारण मला अशी सवयच नाही. मी एवढा विचार करत नाही की काम कुठल्या पद्धतीने व्हायला पाहिजे कारण एका पॉइंटनंतर ही प्रक्रिया फार त्रासदायक आहे. एखाद्या धोरण पद्धतीचे Implementation point पर्यंत जे काम नेटके व्हायला पाहिजे ते तसे होईल हे मी बघतो. त्याच्या feedback आणि evaluation व्यवस्थापक म्हणून मी घेतो.

PICEU Foundation असा आमचा आणखी एक सार्वजनिक ट्रस्ट आहे. व्यक्तिगत दवाखाना वा रुग्णालय नाही. पूर्वी डॉक्टर जसा स्टेथेस्कोप वापरायला शिकायचा तसा आता मॉडर्न स्टेथेस्कोप म्हणजे अल्ट्रासाउंड वापरायला शिकतो आहे. भारतामध्ये PCPNDT नावाचा एक कायदा आहे. त्याबद्दल आपण सतत ऐकत असतो की गरोदर बाईचे अल्ट्रासाउंड करावे का आणि बाळाचे लिंगनिदान करावे का? यातले लिंगनिदान करणे याबाबतीत कायदा एकदम स्पष्ट आहे की जे लिंगनिदान करतात तो गुन्हा आहे व त्यांना शिक्षा झाली पाहिजे. कायदा चूक आहे असे नाही पण कायदा अंमलात आणण्यातील त्रुटींमुळे अल्ट्रासाउंडचा योग्य वापर होण्याऐवजी ते तंत्रज्ञान इतर उपचारांसाठी मागे पडले आहे. पण अल्ट्रासाउंडवर भविष्याच्या दृष्टीने खूप विश्वास आहे. आता आम्ही हृदयाच्या बाबतीत अल्ट्रासाउंड आणि त्याचे उपयोग असे काम सुरू केलेले आहे. आज परिस्थिती अशी आहे की मीच एक तज्ज्ञ त्या मधला भारतात उपलब्ध असतो. आमच्या संस्थेचे दोनही पदाधिकारी भारताबाहेर असतात. त्यामुळे आमच्या फाउंडेशनचे सर्व काम करणारा एकमेव माणूस म्हणजे मी आहे. हे काम काही मी फार उत्साहाने मागून घेतलेले नाही कारण मला माहित होते की एका ठराविक काळानंतर ते काम झेपेल की नाही. मी तितका वेळ देऊ शकेन की नाही हे ही माहित नाही. कुठल्याही बंधनात न अडकणे हे माझे पहिल्यापासून ठरलेले होते. हे प्रबोधिनीच्या शिक्षणामुळेच असेल की एकदा तुम्ही कुठल्या बंधनात अडकलात की ते तुम्हाला पूर्ण करावेच लागते. ही प्रबोधिनीची शिकवण आहे. माझे लग्न असेल किंवा ज्ञान प्रबोधिनी मेडिकल ट्रस्टचे काम असेल या बंधनात मी मुद्दामहून अडकलो आहे. तर त्याहून पलीकडे फार गोष्टी मी मुद्दाम ओढून घेत नाही. एखाद्या जबाबदारीत तुम्ही गेलात तर तुम्हाला त्याला पूर्णवेळ द्यायला पाहिजे. त्यामुळे नेतृत्व हा असा भाग आहे की मी सतत गोष्टी बदलत राहीन. आमच्याकडे अशी खूप लोक आहेत की जी चांगली लीड करतात पण ते एक गोष्ट एका पातळीवर नेऊन ठेवले की म्हणतात, की ही आता autopilot वर आहे आणि ती

PICEU Foundation
www.piceufoundation.com

PICEU Foundation is registered charity in Pune, India working since 2012. With team of Accredited, Experienced and Expertise in various fields providing regular lectures, training, consultancy, PICEU Foundation works in field of Public Health and advanced education, Airway Management and ECMO.

Advanced Airway Management Course and Workshop

We have been conducting our course along with Dr. Anandhi Manohar for several years for training and consultancy since 2014. Our Advanced Airway course is regarded as one of the best in essential part of skills with focus on training and intensive teaching in difficult Airway and Airway Resuscitation scenarios.

This program focuses on difficult airway strategies to tackle difficult areas of patient groups like pediatric, obese surgery. There is special consideration to human factors involved in such scenarios.

We are the first and only center in having ENT surgical colleagues collaborating with us for full access to our courses (since 2017) with some important management principles in difficult airway situations being shared between us.

Highlights of the course are:

- 8 training course material with clinical and Practical examination.
- Workshops based case discussions focusing on real life scenarios.
- Hands on sessions on Skill Stations in small work groups.

Who can attend?

Emergency Physicians, ICU Residents, Anesthetists, Trainees and Practising Consultants, ENT Specialist, Trainees.

Quaternary Critical and Compromised Airway Centre
Datta Meghe Institute of Health Sciences, Pune, India

The center is engaged in providing high quality treatment for complicated airway disorders since its inception in the year 2011 at DMIH. Quaternary Care is the director of the Centre. More than 7000 ICU and pediatric airway patients have been treated by complex compromised and advanced conditions often resulting in saving the lives.

The team includes highly experienced bronchologists, anesthesiologists, pediatricians and intensivists. The department provides airway disorders training courses and a one-year post-doctoral fellowship which is approved by Royal College of Surgeons of England.

Quaternary Critical and Compromised Airway Centre

आता आपसूकच पुढे जात राहिल. मला वाटते की autopilot वर जात राहिली की त्या कामाची effectivity कमी होते. तो माणूस दुसरीकडे नेतृत्व करायला जातो आणि चांगले करतो देखील त्यात काही वाद नाही. पण autopilot मध्ये असलेल्या गोष्टींची परिणामकारकता टिकवून ठेवायला तुम्हाला तेवढ्याच ताकदीची माणसे पाहिजे असतात. ती माणसे देखील जोडणे तितकेच महत्वाचे असते!

आयुष्यातील ५५ वर्षे गेल्यावर वैद्यकीय क्षेत्रात खूप काही आव्हाने मला खुणावत आहेत असे नाही. जे कौशल्य ज्ञान शिकलो आहे त्याचे updation करणे आणि अल्ट्रासाउंड मधील मी जे काही गेल्या २० वर्षांत शिकलो ते ज्ञान चांगल्या पद्धतीने लोकांना देणे हे माझ्यापुढील आता ध्येय आहे. आमच्या फाउंडेशनचे देखील हेच ध्येय आहे. १९९३ साली मी इंग्लंडमध्ये असताना eco-cardiography आली. एकाच अन्नलिकेतून हृदयाकडे बघण्याची ही पद्धत पूर्ण विकसित व्हायला दहा वर्षे गेली. त्यामुळे २००३ साली मी जेव्हा पुन्हा cardiac-neuro करायला लागलो तेव्हा मी अल्ट्रासाउंड मधील अधिक खोलातील शिक्षण घेतले. आता हे शिक्षणक्षेत्र देखील गेल्या दहा वर्षांत खूप बदललं आहे. मात्र हे बदल होत असताना basic image acquisition ज्याला आपण म्हणतो त्याच्यात काही बदल झालेले नाहीत. ते तुम्हाला जमले नाही तर त्याचे प्रगत तंत्रज्ञान तुम्हाला जमू शकत नाही. त्यामुळे मूलभूत ज्ञान खूप कमी प्रमाणात डॉक्टर ग्रहण करतात. हा जगभरातील प्रश्न आहे. संतोष गोंधळेकरांनी ५१@५१ मध्ये जे सांगितले की preparation करणे आणि एखादे टास्क करणे हे शक्य आहे. पण त्याची दुसरी बाजू तुम्ही बघितली तर त्यांनी microbiology मधले काही केलेले नाही तरीदेखील एखाद्या गवतातून तेल-गॅस कसे बनवायचे याबद्दल त्यांना चांगली माहिती झालेली आहे. मी असे म्हणणार नाही की सर्वांनी तसे करा. तुमच्या core subject मधील सखोल ज्ञान असण्याचे फायदे खूप आहेत. विशेषतः वैद्यकीय क्षेत्रात आम्ही रोज पाहतो.

मी म्हटले तसे डॉक्टर व्हायचे हे काही मी ठरवलेले नव्हते. डॉक्टर झाल्यावर मी इंजिनीअरिंगकडे जाईन असा प्रयत्न करून बघितला पण मेडिकल मध्येच थोडेफार इंजिनीअरिंग काम करायला मिळाले. मला जी काही इंजिनीअरिंगची दैवी देणगी आहे त्याचा फायदा करून मेडिकल क्षेत्रात मी जास्तीत-जास्त आजपर्यंत टिकलो. भविष्यातही अशा प्रकारे काही करता येईल का असा विचार सुरू आहे. Clinical engineering असा एक प्रकार आहे ज्यामध्ये इंजिनीअर हॉस्पिटलमध्ये येऊन प्रशिक्षण घेतो. भारतात प्रश्न कुठे आहे तर आपल्याकडे जे यंत्र तयार होते ते इंजिनीअर अतिशय उत्तम पद्धतीने डिझाइन करतो पण जेव्हा ते प्रत्यक्ष वापरायला येते त्यावेळी त्यातील बारकावे त्यांनी बघितलेले नसतात. त्यामुळे Clinical engineering ही ब्रांच अशी आहे ज्यामध्ये इंजिनीअर एक वर्ष हॉस्पिटलमध्ये येऊन काम करतात आणि त्या अनुभवावरून यंत्रांची रचना करतात. आपल्याला जर का आत्मनिर्भर बनायचे असेल तर एक लक्षात घ्यायला हवे, की Technology is always going to be expensive for us unless we ourselves develop it. आत्तासुद्धा आपण innovation आणि आर्टिफिशियल इंटेलिजन्सपेक्षा कम्युटरमध्ये सर्विस सेक्टरमध्ये पुढे आहोत. Data, Manpower आणि Technology असल्याने AI भारतासाठी महत्वाचे ठरेल असे म्हणतात ते होऊ शकेल. त्याचाही मेडिकल क्षेत्रात उपयोग होऊ शकेल. दीनानाथ मध्येही bio-chemical engineering सोबत Clinical engineering अशी वेगळी सोय आहे आणि त्यानुसार equipment नीट चालतात ना आणि त्यांची काळजी घेणे असे काम करतात. अशा गोष्टींमध्ये मी नक्की काम करू शकेन. मला शाळेत जे काही दिलेले आहे ते मी पुन्हा शाळेला देऊ शकेन असे नाही. जगात जर मोठ्या संस्था त्यांचे माजी विद्यार्थी चालवू शकत असतील तर आपण का चालवू शकणार नाही? मी १९९२ साली दरवर्षी १००० रूपये देण्याचे ठरविले होते. त्याप्रमाणे मी कृती सुरू ठेवली आहे. जर माझ्या आवडीचा विषय असेल तर मी पूर्ण लक्ष देऊनही प्रबोधिनीचे काम करू शकेन. सुरुवातीला मी नेहमी असे म्हणायचो की मला जोपर्यंत शक्य आहे तो पर्यंत मी प्रबोधिनीमध्ये येत राहीन. पण १९९८ नंतर मला फार काही प्रबोधिनीमध्ये जाणे जमले नाही आणि हळूहळू वास्तूमध्ये जाणे कमी झाले. आता नवीन माध्यमे आल्यानंतर पुन्हा संवाद सुरू झाला आहे आणि तो नेहमी चालू असतो. जवळपास सगळ्याच SPG च्या बैठकींना मी जातो. मी सगळ्या SPG चा सदस्य नाही पण माझ्या आवडीनुसार मी सगळीकडे ऐकायला जातो. How processes run असा विचार करायला मला आवडते. Natural processes मध्ये safety margin काय असते आणि त्या processes का घडतात, त्याचे results काय असतात हे पाहणे महत्वाचे वाटते? ISO वगैरे processes मध्ये लक्ष देतात कारण त्यांना माहिती असते की त्यामुळे चांगले परिणाम मिळतील. पण दुर्दैवाने काही वेळेस Process may run very well but result may not be very good. कारण त्याच्यात कुठेतरी चूक असते. त्यामुळे दीनानाथमध्ये असा काही प्रसंग घडतो तेव्हा मला त्याच्या प्रक्रीयेमध्ये रस असतो की why that has gone wrong? Where is error occurring? असे प्रश्न मला खुणावत राहतात. अनपेक्षित परिणाम व त्याच्या प्रक्रीयेमध्ये मला पूर्वीपासूनच रस आहे. समजा रुग्णालयात मृत्यू झाला तर त्यामागे काही साहजिक कारणे असतात मात्र मृत्यू अपेक्षित नसताना असे का व्हावे? आणि एखाद्या रुग्णाबद्दल असे करावे असं तज्ज्ञाला का वाटले हे विचार करणे महत्वाचे वाटते. माणूस

झोपलाच होता फक्त आणि वेंटिलेटर बंद केला तर he is not fit for that profession असा अर्थ झाला. पण असे काही झाले नसतानाही 'का घडले?' अशी प्रक्रिया समजून घेण्यामागे मला रस असतो.

कोणत्या क्षेत्रात जायचे, आयुष्याचे ध्येय काय याची स्पष्टता अशी काही माझ्यापुढे नव्हती. जे करायचे ते चांगल्या प्रकारे करायचे एवढे ठरलेले होते. आपल्याला लहानपणापासूनच तसे शिक्षण दिलेले आहे. उत्तमता हे आपणांचे नेहमीचे वाक्य मनावर ठसलेले होते. सुदैवाने मेडिकलमध्ये असताना तुम्ही कुठल्याही ब्रांचला जा पण उत्तमतेने काम करा. मी घरचे म्हटले म्हणून मेडिकलला आलो. मला आवड असली तरी सर्जरीसाठी MBBS ला जेवढे मार्क्स लागतात त्यापेक्षा एक-दोन मार्क्स कमी असल्याने अर्थात सर्जनची पोस्ट काही मिळणार नव्हती. त्यामुळे clinical ब्रांचला आलो. तिथेही आमचे त्यावेळेचे गुरु म्हणाले की जे काही करायचे ते उत्तमतेने करायचे. त्यामुळे anesthesia मध्ये देखील जे काही भारतातील उत्तम शिक्षण आहे ते झाले पाहिजे हे ठरवले म्हणून cardiac-neuro हे शिक्षण घेतले. पुढेही मी तेच करणे अपेक्षित होते. मात्र १९९२ साली मी आलो तेव्हा ज्ञान प्रबोधिनी मेडिकल ट्रस्टचे काम सुरू झालेले होते आणि मी Intensive care मध्ये मदत करू शकेन असे वाटल्याने मी तिकडे वळलो. मी श्रीचित्राला शिकलो तिथे भारतातील heartvalve तयार झाला आहे किंवा मेंदूतील जास्तीचे पाणी काढायला जो shunt लागतो तो तिथे विकसित झाला होता. तेथे शिकल्याने माझ्यातील इंजिनीअर जिवंत राहिला. मी फार ठरवून गोष्टी केल्या नाहीत पण ज्या केल्या त्या मन लावून केल्या. जेव्हा माझी मुलगी प्रबोधिनीतून १०वी उत्तीर्ण झाली तेव्हा आई-वडील दोघे डॉक्टर असूनही ती इंजिनीअर झाली. कदाचित आई-वडील दोघेही असे वेड्यासारखे काम करतात पाहून तिने डॉक्टर नको असे ठरवले असावे. पण इंजिनीअरिंग करून तुम्हाला कुठेही जाता येते त्यामुळे मला अजूनही खात्री आहे की ती एखाद्या क्षणी मेडिकलकडे वळेल. कदाचित अंतराळात कसे मेडिकल तंत्रज्ञान लागेल असा विषय असेल. माझेही असे होते की मी फार goal न ठेवता काम करतो आणि त्यातूनही मला समाधान मिळते. Cardiac हे तसे उच्च दर्जाचे समजले जाते आणि त्यामध्ये तुम्ही as a team पेशंटला बरे करता. सर्जन, anesthetic, post-care असे सगळ्यांनी उत्तम काम केले तर आता २४ तासात पेशंट बरा होऊन घरी जातो. पूर्वी एक दिवस आधी अँडमिट, रक्ताच्या १० बाटल्या असे समीकरण होते. आता cardiac म्हटले की तुमचे सकाळी ९ ला ऑपरेशन झाले की चार वाजता तुम्ही चहा पीत असता! दोन वर्षांच्या बाळाचे हृदयाचे भोक सकाळी बंद केले तर दुपारी ते चालू शकते इतके प्रगत तंत्रज्ञान झालेले आहे. या सगळ्यातून मी खूप समाधानी आहे.

सगळ्या प्रवासात मी मेडिसीन करतो याचे मला कधीच दुःख झालेले नाही किंवा दिवसरात्र काम करूनही त्याचा कधी त्रास झाला नाही. I am very happy with my profession.

समाजाबरोबर सतत चर्चा केली पाहिजे. लोकांचे आयुष्यातील ध्येय आणि ते साध्य करायला लागणारा कालावधी याचा विचार केला पाहिजे. सर्वांना पटपट शिकायचे असते. ज्याची ज्ञानग्रहण करण्याची शक्ती चांगली आहे तोच ते करू शकतो, प्रत्येकजण ते करू शकेल असे नाही. परंतु आजकाल सगळ्या गोष्टी अशा झाल्यात की तुम्हाला गाडी चालवायची असेल तर सगळे माहीत असायची गरज नाही, फक्त ब्रेक, क्लच, अँक्सीलरेटर माहीत असले की पुरते. अशा तंत्रज्ञानाच्या काळात आपण आहोत. आपल्या सामाजिक परिस्थितीमध्ये शिकण्याची इच्छा निर्माण करणे असा मोठा बदल करायला लागेल असे वाटते.

मी इंग्लंडमध्ये राहिलो असतो तर मी ग्लायडिंग नक्की अधिक चांगले शिकलो असते आणि पायलट नक्की झालो असतो. भारतात आल्यानंतर आपल्या ग्लायडिंग सेंटरला चौकशीसाठी मी गेल्यावर ते म्हणाले की शनिवार-रविवारी ग्लायडिंग सेंटर बंद असतात तुम्ही वीक डेजला यायला हवे. एका डॉक्टरसाठी हे काही शक्य नव्हते. ग्लायडिंगची मला आवड आहे आणि माझ्या त्रेपन्नाच्या वाढदिवसानिमित्त मी खास मुंबईमध्ये जाऊन पॅराट्रॅपिंगचा अनुभव घेतला. प्रबोधिनीमुळे ट्रेकिंग हा तर छंदच आहे. सातवीमध्ये 'दुर्गदर्शन' असा मी, सुधीर ढोकळे, सचिन बहुळकर अशा तिघांनी एक प्रकल्प केला होता आणि आमचा मार्गदर्शक म्हणजे त्यावेळी आम्हाला इतिहास शिकवणारा अविनाश धर्माधिकारी. असा प्रकल्प करणारे आम्ही बहुदा पहिलेच असू. लोहगड, विसापूर, राजगड असे पुण्याच्या आजूबाजूचे सर्व गड फिरून त्याचे फोटो काढून एक सुंदर प्रकल्प केला होता. त्याच्यामुळे जी आवड लागली ती १९९८ पर्यंत चांगल्या प्रकारे सुरू राहिली. इंग्लंडमध्ये गेल्यावर मी त्याचा वापर करून घेतला. इंग्लंडमधील बेन नेविस नावाचे १३०० मीटर उंचावरील सर्वात उंच शिखर म्हणजे आपल्या सिंगगडाएवढे आहे फक्त खाली समुद्र आणि वरती १३०० मीटर असे आहे. त्यामुळे climbing साठी ते आव्हानात्मक आहे. तिथे मी दोन-तीन वेळेला जाऊन आलो. आता भारतात पुन्हा फिरायला मी सुरू करेन. लेह-लडाख, एवरेस्ट बेस कॅम्प मला कधीतरी वेळ काढून करायला आवडेल. या सगळ्यात माझ्या बायकोलाही प्रचंड इच्छा असते आणि ती सध्या इंग्लंडमध्ये आहे. त्यामुळे सर्व सांगड घालून हे जुळवून आणणे हा कष्टाचा भाग आहे. फोटोग्राफी हा पूर्वीपासूनचा माझा छंद आहे. आता वेळेनुसार

तो त्यामानाने कमी झाला आहे. मी मेडिकलला गेलो तेव्हा सुदैवाने आमचे शेजारी परदेशात होते आणि त्यांनी एक कॅमेरा आणलेला होता. त्यामुळे माझे मेडिकलचे मित्रही आश्चर्यचकित व्हायचे की याच्याकडे कसे काय असे कॅमेरे येतात? आमचे शेजारी परदेशात राहतात म्हणून मला ते मिळतात असे मी सांगायचो. त्यामुळे साधारण १९८४ सालापासून pentax, yashika वगैरे कॅमेरे मी वापरायचो. आता तंत्रज्ञानाने फोनचे कॅमेरेच तितके भारी झाले आहेत असे म्हणायला लागेल!



विनायक देसूरकर
9850990209
devinayak@hotmail.com



मुलाखत व शब्दांकन – श्रेयश फापाळे, अथर्व पाटणे संपादन – मानसी बोडस, पल्लवी गोखले – नगरकर

आरेखन व मांडणी – निशिगंधा खळदकर

Write to us : jpp51_51@jnanaprabodhini.org