

Nekateri vidiki razvoja zdravstvene nege bolnika na domu v SR Sloveniji

UDK 649.8:36.081.42

IZVLEČEK – *Zdravstvena nega bolnika na domu je nenadomestljiva sestavina dejavnosti zdravljenja in nege bolnika na domu. Z obdelavo statističnega gradiva od leta 1964 do 1982 je avtor prikazal razvoj zdravstvene nege na domu v SR Sloveniji. Do zmanjšane obsega zdravstvene nege bolnika na domu je prišlo leta 1971, od leta 1975 naprej pa je v izrazitem naraščanju. Od leta 1980 naprej imamo zdravstveno nego v vseh medobčinskih zdravstvenih skupnostih v SR Sloveniji. Pri analizi sedanjih razvojnih stopnje zdravstvene nege bolnika na domu je avtor razvil naslednje izvirne kazalce: število bolnikov pri zdravstveni negi na domu na 1000 prebivalcev, število prebivalcev na medicinsko sestro, ki izvaja zdravstveno nego bolnika na domu, število prebivalcev na bolniško strežnico in delež števila bolnikov pri zdravstveni negi bolnika na domu glede na število hospitaliziranih bolnikov. V nasprotju z nekaterimi stališči avtor ugotavlja, da so pri razvoju zdravljenja in nege bolnika na domu še pomembne notranje rezerve za uresničevanje ustaljitvenih ukrepov.*

CERTAIN ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF HOME CARE IN SLOVENIA. *Home care is an indispensable component of the treatment and care of the patient in his home. The author presents the development of home nursing in Slovenia on the basis of the statistics for the period 1964–1982. The expansion of home care declined in 1971 to increase steeply from 1975 on. Since 1980, this kind of health service has been provided in all inter-communal health communities. Analysing the present stage of the development of home care, the author provides the following figures: the number of patients given home care per 1 thousand persons, the number of persons per nurse providing home care, the number of persons per nursing assistant, and the number of patients given home care services in proportion to the number of hospitalized patients. In contrast to certain reports, the author believes that for further development of home care in Slovenia, important reserves are still available within the service itself.*

Pomembno mesto med ustaljitvenimi ukrepi na področju zdravstvenega varstva zavzema dejavnost zdravljenja in nege bolnika na domu, ki se izvaja v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti, pri tem pa sodelujejo vse druge zdravstvene dejavnosti, še posebej bolnišnična. V skladu s strokovnimi smernicami zdravljenje in nega bolnika na domu sestoji iz treh nerazdružljivih sestavnih delov, in sicer jo tvorijo:

- **zdravljenje bolnika na domu,**
- **zdravstvena nega bolnika na domu in**
- **domača nega.**

Zdravstvena nega bolnika na domu je »conditio sine qua non« zdravljenja in nege bolnika na domu in s tem tudi sodobnega razvoja zdravstvenega varstva. Zavaljo tega je izrednega pomena, kako in koliko jo imamo razvito. Doslej smo zdravstveno oskrbo bolnikov na domu obravnavali le kot izvajanje zdravstvene oziroma domače nege, kar pa je v sedanjih pogojih premalo. Brez ustrezne prisotnosti zdravljenja na domu, ki je v pristojnosti zdravnika, je namreč tudi zdravstvena nega manj učinkovita in uspešna. Enako velja tudi za domačo nego. Zato je nujno, da v sedanjih izjemnih družbenih naporih za racionalizacijo

zdravstvenega varstva organiziramo in izvajamo zdravljenje in nego bolnika na domu hkrati v vseh treh navedenih razsežnostih ter da pri tem v skladu s svojimi pristojnostmi in obveznostmi sodelujejo vsi zdravstveni delavci skupaj z organiziranimi uporabniki.*

Spričo pomena, ki ga ima zdravstvena nega bolnika na domu, je smotrno ugotoviti, kaj o tem v polpreteklem obdobju beleži zdravstvena statistika. Po podatkih Zavoda SRS za zdravstveno varstvo od leta 1964 do 1982 se v medobčinskih zdravstvenih skupnostih Maribor in Ljubljana zdravstvena nega na domu izvaja nepretrgoma, v medobčinskem območju Nove Gorice pa ves čas od leta 1965 dalje. V preostalih šestih območjih je izvajanje zdravstvene nege na domu precej različno. Na Celjskem so z njo začeli leta 1978; na Koprskem so jo izvajali v letih 1966 in 1967, nato pa od leta 1979 dalje brez prekinitve; na območju petih gorenjskih občin so prav tako občasno organizirali zdravstveno nego bolnika na domu, in sicer v letih 1965–1969, 1975–1977 in od leta 1979 naprej; nadalje so v Murski Soboti pričeli leta 1974, prenehali za leto dni, nakar jo izvajajo od leta 1976 naprej. Najkasneje so z njo pričeli v medobčinskih območjih Novo mesto in Ravne na Koroškem (tabela 1).

1. Izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu na območjih medobčinskih zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji

Leto	Celje	Nova Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Novo mesto	Ravne na Koroškem
1964					•	•			
1965		•		•	•	•			
1966		•	•	•	•	•			
1967		•	•	•	•	•			
1968		•		•	•	•			
1969		•		•	•	•			
1970		•			•	•			
1971		•			•	•			
1972		•			•	•			
1973		•			•	•			
1974		•			•	•	•		
1975		•		•	•	•			
1976		•		•	•	•	•		
1977		•		•	•	•	•		
1978	•	•			•	•	•		
1979	•	•	•	•	•	•	•		
1980	•	•	•	•	•	•	•	•	•
1981	•	•	•	•	•	•	•	•	•
1982	•	•	•	•	•	•	•	•	•

• izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu na območju medobčinske zdravstvene skupnosti

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo

Značilno je, da zdravstveno nego bolnika na domu od leta 1980 dalje izvajamo v vseh devetih medobčinskih območjih v SR Sloveniji.

Dovolj ilustrativni so tudi nekateri drugi kazalci razvoja zdravstvene nege bolnika na domu v SR Sloveniji. To so:

* Prof. dr. Jože Lokar v svojem članku Psihatrija do leta 2000 (objavljen v Zdravstvenem obzorniku) slikovito prikazuje prihodnost izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti, kar je vsebinska podpora sodobnemu razvoju zdravljenja in nege bolnika na domu v naši zdravstveni dejavnosti.

absolutno število bolnikov, oskrbovanih na domu, število teh bolnikov na tisoč prebivalcev, število obiskov pri izvajanju zdravstvene nege bolnika na domu in število teh obiskov na posameznega bolnika.

Od leta 1965 do 1970 se je število uporabnikov, ki so bili deležni zdravstvene nege bolnika na domu, gibalo od 4.500 do nekaj manj kot 6.000, že v naslednjem letu pa se je zmanjšalo pod 4.000, kar je obveljalo nekaj let. Nato sledi nagel porast v letu 1976 in od takrat naprej število bolnikov ves čas narašča: od 5.615 v letu 1976 se je povečalo na 13.085 v letu 1982, tako da gre v tem času za 2,33-kratno povečanje (tabela 2).

O dostopnosti zdravstvene nege bolnika na domu več pove kazalec o številu bolnikov na tisoč prebivalcev. Gibanja so podobna kot pri absolutnem številu bolnikov, le da gre v letih 1976–1982 za 2,19-kratno povečanje, kar je bolj objektivni podatek o razvoju zdravstvene nege bolnika na domu v SR Sloveniji (tabela 2).

V nasprotju z gibanji prejšnjih dveh kazalcev je število obiskov v bolj konstantnem porastu. Leta 1964 zdravstvena statistika izkazuje 43.600 obiskov, leta 1982 pa jih je že 289.248 (indeks v primerjavi z letom 1981 pa je 128).

Tabela 2. Število bolnikov in obiskov pri zdravstveni negi bolnika na domu v SR Sloveniji v letih 1964–1982

leto	število bolnikov	število bolnikov na 1.000 prebivalcev	število obiskov	število obiskov na enega bolnika
1964	1.897	1,16	43.600*	23,0
1965	4.467	2,71	62.500*	14,0
1966	5.147	3,08	77.200*	15,0
1967	4.685	2,77	67.500*	14,4
1968	5.106	3,00	73.000*	14,3
1969	5.952	3,47	88.100*	14,8
1970	5.100	2,95	98.278	19,3
1971	3.845	2,21	99.632	25,9
1972	3.737	2,13	100.910	27,0
1973	3.767	2,13	101.477	26,9
1974	4.191	2,35	99.657	23,8
1975	4.061	2,26	102.496	25,2
1976	5.615	3,09	144.893	25,8
1977	5.678	3,09	156.405	26,6
1978	6.189	3,32	146.377	23,7
1979	7.685	4,08	176.163	22,9
1980	8.712	4,58	200.407	23,0
1981	10.877	5,67	237.309	21,8
1982	13.085	6,77	289.248	22,1

* ocene na podlagi statističnih podatkov

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo in Zavoda SRS za statistiko

Tudi število obiskov na bolnika razodeva nekatere značilnosti v obravnavanem obdobju. V šestdesetih letih je značilnih okoli 15 obiskov na bolnika, v letu 1970 se strmo vzpne, nakar sledijo leta z izrazito visokim številom obiskov (od 25,2 do 27,0), po letu 1977 pa se število umirja na okoli 22 obiskov na bolnika na domu (tabela 2).

Po posameznih medobčinskih območjih so podatki o številu bolnikov na domu na tisoč prebivalcev različni. V letu 1982 se na primer gibljejo od 3,21 bolnikov do 24,72 bolnikov na tisoč prebivalcev. Glede na republiško povprečje, ki znaša 6,77

bolnikov, to nedvomno opozarja na izrazita nesorazmerja v dosežkih na področju zdravstvene nege bolnika na domu (kolikor izključimo druge dejavnike, ki bi lahko v večjem obsegu vplivali na statistične podatke). Po tem kazalcu izkazujejo nadpovprečje Nova Gorica, Maribor, Murska Sobota in Koper (tabela 3). V tabeli 4 je prikazan rang preostalih medobčinskih zdravstvenih skupnosti. Najnovejše razvojne trende zdravstvene nege bolnika na domu izpričujejo indeksi teh kazalcev 1982/1981. Daleč najbolj se razvijajo gorenjske občine, indeks znaša 202, Novo mesto ima indeks 180, Koper 169; napredovali so skoraj v vseh medobčinskih območjih razen na ljubljanskem.

Tabela 3. Število bolnikov na tisoč prebivalcev pri zdravstveni negi na domu po medobčinskih zdravstvenih skupnostih v letih 1978, 1981 in 1982

Leto	Celje	Nova Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Novo mesto	Ravne na Koroškem	SR Slovenija
1978	0,49	12,56	–	–	4,38	6,25	4,05	–	–	3,32
1981	3,06	22,01	4,12	1,59	5,47	8,22	5,80	1,95	4,39	5,67
1982	3,63	24,72	6,97	3,21	5,35	9,29	7,48	3,51	5,80	6,77
indeks 82/81	119	112	169	202	98	113	129	180	132	119

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo

Tabela 4. Rang obsega zdravstvene nege bolnika na domu po zdravstveno statističnih podatkih za leti 1981 in 1982

Leto 1981:	Leto 1982:
1. Nova Gorica	1. Nova Gorica
2. Maribor	2. Maribor
3. Murska Sobota	3. Murska Sobota
4. Ljubljana	4. Koper
5. Ravne na Koroškem	5. Ravne na Koroškem
6. Koper	6. Ljubljana
7. Celje	7. Celje
8. Novo mesto	8. Novo mesto
9. Kranj	9. Kranj

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo

Tabela 5. Število bolnikov pri zdravstveni negi na domu v letu 1982 na tisoč prebivalcev v SR Sloveniji

občinska zdravstvena skupnost	število bolnikov pri zdravstveni negi na domu na tisoč prebivalcev	
	nad povprečjem	pod povprečjem
SR SLOVENIJA	6,77	
1. Ajdovščina	43,11	+36,34
2. Brežice	–	
3. Celje	3,95	–2,82
4. Cerknica	4,65	–2,12
5. Črnomelj	–	
6. Domžale	3,75	–3,02
7. Dravograd	3,57	–3,20
8. Gornja Radgona	3,98	–2,79
9. Grosuplje	3,74	–3,03
10. Hrastnik	12,48	+5,71
11. Idrija	8,81	+2,04
12. Ilirska Bistrica	17,82	+11,05
13. Izola	5,25	–1,52

14. Jesenice	4,43		-2,34
15. Kamnik	4,19		-2,58
16. Kočevje	28,33	+21,56	
17. Koper	4,00		-2,77
18. Kranj	1,09		-5,68
19. Krško	-		
20. Laško	-		
21. Lenart	5,53		-1,24
22. Lendava	6,24		-0,53
23. Litija	5,58		-1,19
24. Ljubljana-Bežigrad	3,73		-3,04
25. Ljubljana-Center	4,25		-2,52
26. Ljubljana-Moste-Polje	2,06		-4,71
27. Ljubljana-Šiška	4,16		-2,61
28. Ljubljana-Vič-Rudnik	3,93		-2,84
29. Ljutomer	4,42		-2,35
30. Logatec	-		
31. Maribor	9,28	+2,51	
32. Metlika	-		
33. Mozirje	7,28	+0,51	
34. Murska Sobota	10,01	+3,24	
35. Nova Gorica	16,43	+9,66	
36. Novo mesto	7,53	+0,76	
37. Ormož	5,03		-1,74
38. Piran	6,39		-0,38
39. Postojna	8,82	+2,05	
40. Ptuj	11,87	+5,01	
41. Radlje ob Dravi	5,21		-1,56
42. Radovljica	11,46	+4,69	
43. Ravne na Koroškem	9,27	+2,50	
44. Ribnica	24,85	+18,08	
45. Sevnica	-		
46. Sežana	5,20		-1,57
47. Slovenj Gradec	6,86	+0,09	
48. Slovenska Bistrica	8,70	+1,93	
49. Slovenske Konjice	-		
50. Šentjur pri Celju	-		
51. Škofja Loka	-		
52. Šmarje pri Jelšah	6,99	+0,22	
53. Tolmin	27,83	+21,06	
54. Trbovlje	4,67		-2,10
55. Trebnje	1,45		-5,32
56. Trzin	-		
57. Velenje	3,09		-3,68
58. Vrhnika	3,72		-3,05
59. Zagorje ob Savi	5,20		-1,57
60. Zalec	10,43	+3,66	

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo in Zavoda SRS za statistiko

Večji pregled nad razvitostjo zdravstvene nege bolnika na domu je mogoč ob uporabi kazalca »število bolnikov na domu na tisoč prebivalcev« po posameznih občinah. Nad republiškim povprečjem je 20 občin, pod to ravniyo jih je 29, medtem ko za 11 občin sploh ni podatkov. Med občinami z razvitejšo dejavnostjo so tudi take, ki imajo nad 40 bolnikov na tisoč prebivalcev, po drugi strani pa nekatere občinske zdravstvene skupnosti poročajo o zelo nizkih kazalcih, celo okoli enega bolnika na tisoč prebivalcev, kar je ponovno vendarle očiten dokaz, da navzlic resnim razmeram in dovolj jasnim usmeritvam še vedno v večini občin nismo premišljeno posegli v akcijo za izvajanje ustalitvenih ukrepov na področju zdravstvenega varstva (tabela 5).

Enako uporabna je tudi tabela 6, ki po posameznih občinah v republiki prikazuje število prebivalcev na zdravstvenega delavca pri zdravstveni negi bolnika na domu.

Tabela 6. Število prebivalcev na zdravstvenega delavca pri zdravstveni negi bolnika na domu v letu 1982 v SR Sloveniji

občinska zdravstvena skupnost	število prebivalcev na medicinsko sestro	število prebivalcev na božniško strežnico
SR SLOVENIJA	12.126	20.333
1. Ajdovščina	11.309	
2. Brežice	–	
3. Celje	11.709	11.066
4. Cerknica	14.823	
5. Črnomelj	–	
6. Domžale	17.390	
7. Dravograd	8.123	
8. Gornja Radgona	15.812	
9. Grosuplje	12.843	12.843
10. Hrastnik	5.567	
11. Idrija	10.422	
12. Ilirska Bistrica	6.566	
13. Izola	12.378	
14. Jesenice	30.227	
15. Kamnik	15.892	
16. Kočevje	5.570	
17. Koper	10.738	
18. Kranj	28.770	
19. Krško	–	
20. Laško	–	
21. Lenart	5.609	
22. Lendava	10.216	
23. Litija	8.870	
24. Ljubljana-Bežigrad	12.110	10.092
25. Ljubljana-Center	16.932	4.838
26. Ljubljana-Moste-Polje	13.465	11.221
27. Ljubljana-Šiška	10.574	12.085
28. Ljubljana-Vič-Rudnik	9.753	
29. Ljutomer	14.253	
30. Logatec	–	
31. Maribor	7.364	5.114
32. Metlika	–	
33. Mozirje	11.839	
34. Murska Sobota	21.848	
35. Nova Gorica	11.479	
36. Novo mesto	10.576	
37. Ormož	6.787	
38. Piran	6.775	
39. Postojna	6.731	
40. Ptuj	9.343	5.270
41. Radlje ob Dravi	17.082	
42. Radovljica	10.762	
43. Ravne na Koroškem	7.994	
44. Ribnica	5.295	
45. Sevnica	–	
46. Sežana	10.214	
47. Slovenj Gradec	14.659	
48. Slovenska Bistrica	8.105	
49. Slovenske Konjice	–	
50. Šentjur pri Celju	–	
51. Škofja Loka	–	
52. Šmarje pri Jelšah	23.492	
53. Tolmin	9.086	

54. Trbovlje	9.430	9.430
55. Trebnje	12.965	
56. Tržič	–	
57. Velenje	19.268	
58. Vrhnika	18.005	
59. Zagorje ob Savi	8.262	16.524
60. Zalec	10.989	

Pri občasnih zdravstvenih delavcih, ki sodelujejo pri zdravstveni negi bolnika na domu, smo upoštevali tretjino kadra, ki je naveden v statistiki.

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo in Zavoda SRS za statistiko.

Tabela 6 a. **Primerjava števila bolnikov pri zdravstveni negi bolnika na domu in hospitaliziranih v SR Sloveniji v letu 1981**

Občinska zdravstvena skupnost	A. Število bolnikov pri zdravstveni negi na domu	B. Število hospitaliziranih bolnikov	Indeks A/B (v %)	Delež indeksa A/B v primerjavi z republiškim povprečjem (v %)
1. Brežice	–	3.681		
2. Celje	248	12.006	2,07	55
3. Laško	–	2.640		
4. Sevnica	–	2.486		
5. Slovenske Konjice	–	3.122		
6. Šentjur	–	2.287		
7. Šmarje	111	4.556	2,44	65
8. Zalec	358	5.724	6,25	167
REGIJA CELJE	717	36.502	1,96	52
9. Ilirska Bistrica	208	2.019	10,30	275
10. Izola	–	2.172		
11. Koper	131	8.108	1,62	43
12. Piran	44	2.919	1,51	40
13. Postojna	–	2.748		
14. Sežana	143	3.712	3,85	103
REGIJA KOPER	526	21.678	2,43	65
15. Jesenice	32	5.497	0,58	15
16. Kranj	74	10.131	0,73	19
17. Radovljica	176	4.856	3,62	97
18. Škofja Loka	–	4.633		
19. Tržič	–	1.841		
REGIJA KRANJ	282	26.958	1,05	28
20. Cerknica	62	1.731	3,58	95
21. Domžale	132	4.710	2,80	75
22. Grosuplje	95	2.836	3,35	89
23. Hrastnik	90	2.566	3,51	94
24. Idrija	251	2.297	10,93	291
25. Kamnik	134	3.014	4,45	119
26. Kočevje	451	2.366	19,06	508
27. Litija	115	2.078	5,53	147
28. Ljubljana Bežigrad	229	8.653	2,65	71
29. Ljubljana Center	142	7.261	1,96	52
30. Ljubljana Moste-Polje	129	9.036	1,43	38
31. Ljubljana Šiška	335	11.119	3,01	80

Občinska zdravstvena skupnost	A. Število bolnikov pri zdravstveni negi na domu	B. Število hospitaliziranih bolnikov	Indeks A/B (v %)	Delež indeksa A/B v primerjavi z republiškim povprečjem (v %)
32. Ljubljana Vič-Rudnik	286	10.163	2,81	75
33. Logatec	–	864		
34. Ribnica	248	1.376	18,02	481
35. Trbovlje	159	4.452	3,57	95
36. Vrhnika	42	1.987	2,11	56
37. Zagorje	88	3.111	2,83	75
REGIJA LJUBLJANA	2.988	79.620	3,75	100
38. Lenart	93	1.831	5,08	135
39. Maribor	1.517	30.104	5,04	134
40. Ormož	119	2.349	5,07	135
41. Ptuj	634	9.687	6,54	174
42. Slovenska Bistrica	256	3.945	6,49	173
REGIJA MARIBOR	2.619	47.916	5,47	146
43. Gornja Radgona	77	3.002	2,56	68
44. Lendava	212	3.514	6,03	161
45. Ljutomer	56	2.867	1,95	52
46. Murska Sobota	408	10.222	3,99	106
REGIJA MURSKA SOBOTA	753	19.605	3,84	102
47. Ajdovščina	745	3.501	21,28	567
48. Nova Gorica	724	9.281	7,80	208
49. Tolmin	736	2.636	27,92	745
REGIJA NOVA GORICA	2.205	15.418	14,30	381
50. Črnomelj	–	2.926		
51. Krško	–	4.697		
52. Metlika	–	1.299		
53. Novo mesto	245	10.730	2,28	61
54. Trebnje	–	2.455		
REGIJA NOVO MESTO	245	22.107		
55. Dravograd	29	1.193	2,43	65
56. Mozirje	–	1.884		
57. Radlje	75	2.378	3,15	84
58. Ravne	204	4.035	5,06	135
59. Slovenj Gradec	154	2.901	5,31	142
60. Velenje	80	7.515	1,06	28
REGIJA RAVNE	542	19.906	2,72	73
SR SLOVENIJA	10.877	289.710	3,75	100

Vir: statistična poročila Zavoda SRS za zdravstveno varstvo

Z vidika prestrukturiranja zdravstvenega varstva je najpomembnejša tabela 6a, ki po posameznih občinskih zdravstvenih skupnostih v SR Sloveniji v letu 1981 prikazuje delež števila bolnikov pri zdravstveni negi na domu glede na število

hospitaliziranih bolnikov. Treba je ugotoviti, da je republiško povprečje indeksa A/B (v tabeli 6a) zelo nizko. Iz tega sledi, da je stanje še bolj neustrezno tam, kjer se nahajajo pod povprečjem. V nasprotju s tem pa je nujno navesti tiste občinske zdravstvene skupnosti, v katerih dosegajo izdatne uspehe. V ljubljanski medobčinski skupnosti so to Kočevje, Ribnica, Idrija, iz drugih območij pa Ilirska Bistrica, Tolmin, Ajdovščina in Nova Gorica.

Tabela 7. **Najpogostejše skupine bolezni pri zdravstveni negi bolnika na domu po rangi v obdobju 1975–1982 v SR Sloveniji**

Skupine bolezni	1975	1977	1979	1981	1982
– bolezni kosti, mišic in sklepov	1	1	1	1	1
– bolezni srca in ožilja	2	2	2	2	2
– neoplazme	3	3	3	3	3
– živčne, psihične bolezni in bolezni čutil	4	4	5	5	4
– bolezni kože in podkožja	5	5	4	4	5
– alergične bolezni in bolezni žlez notranjic	7	6	7	6	6
– bolezni dihal	8	7	6	7	7

Tabela 8. **Struktura najpogostejših skupin bolezni pri zdravstveni negi bolnika na domu v obdobju 1975–1982 (deleži so v odstotkih)**

Skupine bolezni	1975	1977	1979	1981	1982
Bolezni kosti, mišic in sklepov	20,0	21,7	18,7	16,7	16,8
Bolezni srca in ožilja	17,8	16,2	12,5	12,7	15,1
Neoplazme	11,9	11,9	12,2	10,9	11,6
Bolezni kože in podkožja	6,2	8,2	10,3	10,5	9,4
Živčne, psihične bolezni in bolezni čutil	9,2	11,3	10,1	10,7	11,0
Alergične bolezni in bolezni žlez notranjic	5,0	4,7	6,5	7,5	7,6
Bolezni dihal	4,6	3,9	8,0	7,0	6,7

Tabele od 7 do 11 temeljijo na statističnih poročilih Zavoda SRS za zdravstveno varstvo.

Zaradi ustreznega nadaljnega razvoja zdravljenja in nege bolnika na domu ter znotraj tega zdravstvene nege je pomemben tudi pregled strukture **najpogostejših bolezni pri obravnavani skupini bolnikov**. Po podatkih od leta 1975 naprej je rang posameznih skupin bolezni dokaj značilen. Za prve tri skupine: za bolezni kosti, mišic in sklepov, nadalje za bolezni srca in ožilja ter za neoplazme še posebej velja, da so v opazovanem obdobju ves čas na prvem, drugem oziroma tretjem mestu po deležu med bolniki na domu. Pretežno na četrtem mestu je skupina živčnih, psihičnih bolezni in bolezni čutil, pretežno na petem mestu so bolezni kože in podkožja, sledi skupina alergičnih bolezni in bolezni žlez notranjic, za njimi pa bolezni dihal, ki so pretežno na sedmem mestu (tabela 7).

So še druge bolezni, ki pa so v precej manjšem obsegu. Gibanja deležev posameznih skupin bolezni kažejo zmanjševanje razlik med posameznimi deleži. Tako se relativno zmanjšujeta deleža bolezni kosti, mišic in sklepov ter bolezni srca in ožilja, neoplazme in bolezni čutil sta bolj ali manj konstantna deleža, medtem ko se deleži preostalih skupin povečujejo (bolezni dihal, bolezni kože in podkožja ter alergične bolezni in bolezni žlez notranjic (tabela 8).

Tako kot struktura bolezni je za pregled nad razvojem zdravstvene nege bolnika na domu pomembna tudi **starostna struktura bolnikov**. Značilna je predvsem skupina starostnikov, prvi delež okoli 20% se pojavi v skupini od 60–69 let. Naslednja značilnost je, da so skromno zastopane starosti od 0–14 let pa tudi od 15–24 let. V tabeli 9 je prikazano gibanje deleža oskrbovanih bolnikov v času od leta 1974 naprej. Nikakor ni mogoče na podlagi teh podatkov sklepati, da je na primer tako rekoč izginila zdravstvena oskrba bolnih otrok oziroma šolarjev na domu, saj gre v tem primeru za doktrinarne opredelitve, ki so povzročile takšno gibanje statističnih podatkov. Smotno bi bilo ugotoviti, koliko obiskov zdravstvenih delavcev v patronažni službi je še povezanih z bolnimi otroki in šolarji oziroma, ali je morebitni delež zdravstvene nege za to skupino uporabnikov vendarle večji, kot ga sedaj prikazujejo statistični podatki.

Tabela 9. Starostna struktura bolnikov pri zdravstveni negi bolnikov na domu v obdobju 1974–1981 v SR Sloveniji (deleži so v odstotkih)

starostne skupine (število let)	1974	1976	1978	1979	1981
0	2,5	1,6	–	1,7	1,0
1–6	2,0	1,0	–	0,7	0,4
7–14	0,7	0,8	–	0,4	0,4
15–24	1,7	1,6	0,3	1,3	1,2
25–49	14,0	10,0	3,5	12,9	11,6
50–59	11,1	14,0	5,7	13,9	13,9
60–69	20,3	21,4	16,0	20,7	19,5
70–74	24,0	25,3	25,5	22,9	22,2
75 in več	23,8	24,3	49,0	25,5	29,8

Pregled skupin uporabnikov pokaže izrazito veliko število upokojencev. Njihov delež se je ustavil na dobri polovici vseh uporabnikov zdravstvene nege bolnika na domu. Delež aktivnih uporabnikov se giblje okoli 10%, medtem ko se vztrajno povečuje delež bolnikov kmetov, kar je ustrezno, saj je znano, da je kmečka populacija precej v letih, prav tako pa gre pri tem tudi za neposredno oporo siceršnjemu razvoju kmetijskega gospodarstva pri nas. Vendar velja poudariti, da tudi glede zdravljenja in nege bolnika na domu obstajajo še izrazite razlike med posameznimi skupinami uporabnikov. Med upokojenci tako znaša kazalec bolnikov, oskrbovanih na domu na tisoč uporabnikov nekaj nad 29, pri kmetih 15.

Zdravstvena nega bolnikov na domu je v neposredni soodvisnosti tudi z **domačo nego**. Po strokovnih navodilih si tudi brez kvalitetne domače nege ne moremo zagotoviti uspešnega zdravljenja in nege bolnika na domu. Zaradi tega so si ob pomanjkanju domače nege morali v polpreteklem obdobju pomagati zdravstveni delavci sami. Medicinske sestre so prevzemale kovanje bolnikov na domu, pripravo hrane in prinašanje živil, urejevanje bolnikove sobe, druga gospodinjska opravila. Ker je domača nega, ki naj bi jo izvajali v obliki samopomoči, pomoči svojev, sosedske pomoči, organizirane pomoči, socialnega skrbstva, Rdečega križa, Zveze borcev, društev invalidov, upokojencev, prijateljev mladine itd. še zmerom premalo razvita oziroma medsebojno usklajena in povezana, je bilo treba v zdravstveno dejavnost vključiti bolniške strežnice. Kakor so bolniške strežnice na sedanji razvojni stopnji nujne, prav tako je edino smotno, da njihovo delo še posebej povežemo ter v ugodnih pogojih tudi nadomeščamo z organizirano

dejavnostjo tako zdravih kot tudi bolnih uporabnikov na domu. Kot bomo videli, že sama zaposlitev bolniških strežnic to tudi posredno omogoča.

Dragocen usmerjevalni pripomoček pri nadaljnjem razvoju zdravstvene nege bolnika na domu je tudi **pregled strukture storitev**. Iz tabele 10 je docela razvidno, da so v letih do 1981 medicinske sestre povprečno skoraj 45% svojih storitev namenjale opraviлом, ki so sestavina domače nege. Nobenega dvoma ni, da je bilo to po eni strani nujno, toda po drugi strani je prav tako odvezemalo prostor strokovnim opraviлом pri izvajanju zdravstvene nege na domu. Tako se je v letih 1978–1981 vztrajno zmanjševal delež omenjenih strokovnih storitev: prevezovanje od 22,9% na 18,6%, vseh storitev na domu bolnika, masaža in razgibavanje od 9,0% na 4,8%, število injekcij od 24,1% na 18,2% itd. Hkrati so bila v porastu gospodinjska opraviła (s 23,7% na 35,8%), kopanje celega telesa (s 3,4% na 4,3%) itd.

Tabela 10. **Struktura storitev pri zdravstveni negi bolnika na domu v obdobju 1978–1982 v SR Sloveniji** (deleži so v odstotkih)

Leto	osnovna nega	kopanje celega telesa	prevezovanje	masaža in razgibavanje	injekcije	klizma	zdravstvena vzgoja	ostalo
1978	15,2	3,4	22,9	9,0	24,1	0,2	1,5	23,7
1979	14,1	3,9	22,0	8,4	20,9	0,1	2,0	28,6
1980	12,9	4,4	19,8	5,1	18,1	0,1	1,7	37,9
1981	15,7	4,3	18,6	4,9	18,2	0,1	2,4	35,8
1982	8,7	1,2	32,6	8,6	33,2	0,3	5,9	9,5

Tabela 11. **Struktura storitev pri zdravstveni negi bolnika na domu po medobčinskih zdravstvenih skupnostih v letu 1982** (deleži so v odstotkih)

medobčinska zdrav. skupnost	osnovna nega	kopanje celega telesa	prevezovanje	masaža in razgibavanje	injekcije	klizma	zdravstvena vzgoja	ostalo
Celje	0,6	0,1	21,1	3,3	60,4	0,1	6,8	7,6
Nova Gorica	6,6	0,5	33,7	5,0	37,8	0,1	1,7	14,6
Koper	6,0	0,9	38,6	11,1	34,9	0,2	0,2	8,1
Kranj	4,3	1,1	34,9	10,8	14,9	0,2	10,2	23,6
Novo mesto	1,3	0,2	38,5	1,0	14,9	0,1	36,0	8,0
Ljubljana	18,8	2,9	24,5	12,2	23,6	0,6	5,4	12,0
Maribor	6,1	0,4	36,9	8,7	38,5	0,03	6,0	3,37
Murska Sobota	0,03	0,02	51,1	2,4	34,6	0,06	1,8	9,99
Ravne na Koroškem	1,0	0,4	41,7	7,0	33,1	1,7	5,3	9,8
SR SLOVENIJA	8,7	1,2	32,6	8,6	33,2	0,3	5,9	9,5

Za razliko od obdobja 1978–1981 pride v letu 1982 (tabela 11) do pomembnega prestrukturiranja storitev v zdravstveni negi bolnika na domu v SR Sloveniji (glede na razpoložljiva statistična poročila). Značilno je v prvi vrsti to, da se povečuje delež strokovnih storitev. Povezovanje se je z 18,6% v letu 1981 povečalo na 32,6% delež v letu 1982, masaža in razgibavanje sta se dvignili s 4,9% na 8,6%, delež klizme z 0,1% na 0,3% in delež zdravstvene vzgoje z 2,4% na 5,9%. Obratno je bilo z deleži storitev iz domače nege. Skupno so se s 55,8%

zmanjšali na 19,4%. Sprejemljivo je sklepanje, da je bilo takšno prestrukturiranje mogoče zaradi storitev bolniških strežnic in zlasti boljše domače nege pri izvajanju zdravljenja in nege bolnika na domu. Ko smo pri obravnavi domače nege opozorili na posredno vlogo bolniških strežnic pri vključevanju uporabnikov v izvajanje zdravljenja in nege bolnikov na domu, lahko to sedaj tudi neposredno ponazorimo. Gre predvsem za delež zdravstvene vzgoje, ki se je pri izvajanju storitev zdravstvene nege povečal z indeksom 246, kar je vsekakor velikega pomena za prosvetljevanje uporabnikov, za napredek zdravstvene kulture, s tem tudi za hitrejšo podružbljanje zdravstvenega varstva oziroma za večjo uveljavitev zdravljenja in nege bolnika na domu nasploh.

Spričo tolikšnega in takšnega pomena dejavnosti bolniških strežnic, katerih opravila zdravstvena statistika prvič ločeno beleži za leto 1982, je smotrno krajši pregled tudi njihovih opravil. Podatki o 99.632 obiskih bolniških strežnic na domu in o 602.090 storitvah prihajajo iz 16 slovenskih občin. Delež osnovne nege bolnika znaša pri tem 26,5%, urejevanje bolnikove sobe 20,1%, priprava hrane in prinašanje živil 17,7%, kopanje celega telesa 4,9% in preostalo gospodinjstvo 19,3%. Občinske zdravstvene skupnosti, v katerih so po podatkih zdravstvene statistike organizirali dejavnost bolniških strežnic, predstavljajo 36,8% prebivalstva v SR Sloveniji.

Nobenega dvoma ne more biti, da zdravstveno statistični podatki jasno razodevajo, da smo v zadnjih letih pričali pomembnemu napredku organiziranja in izvajanja zdravljenja in nege bolnika na domu. Tako se je leta 1980 prvič zgodilo, da o dejavnosti zdravstvene nege bolnika na domu poročajo iz vseh devetih medobčinskih zdravstvenih skupnosti. Tudi drugi kazalci nedvoumno odražajo večanje obsega zdravstvene oskrbe na domu, vendar je na podlagi podrobnejšega razčlenjevanja zbranih podatkov mogoče izluščiti nekaj ugotovitev, ki jih je treba v prihodnje čimprej in čim temeljiteje upoštevati.

1. V enajstih slovenskih občinah (tabela 5) ne beležijo storitev zdravstvene nege bolnika na domu, kar je oprijemljiv podatek za sklepanje, da v teh območjih zdravljenje in nega bolnika na domu v izdatnejši meri ne poteka v skladu s planskimi usmeritvami in ustaljenimi ukrepi ter s strokovnimi navodili za organiziranje in izvajanje zdravljenja in nege bolnika na domu.

2. Tudi iz skupine vseh preostalih občinskih zdravstvenih skupnosti je mogoče iz obravnavanih kazalcev ugotoviti, da obstaja pri izvajanju zdravljenja in nege bolnika na domu izrazita raznovrstnost. Zaradi uspešnega in racionalnega sistema zdravstvenega varstva v SR Sloveniji je brez dvoma nujno, da tudi obravnavano dejavnost dejansko izvajamo na poenoteni in dogovorjeni skupni podlagah. Pri tem pa velja vnovič ugotavljati, da vendarle ne gre toliko za nova zagonska sredstva za nadaljnji razvoj zdravljenja in nege bolnika na domu oziroma zdravstvene nege. Predvsem se kaže na sedanji razvojni stopnji lotiti problema na področju boljše organizacije dela v zdravstvu. Znano je, da patronažne sestre opravljajo okoli tretjino svojih storitev v zvezi z zdravstveno nego na domu. V vseh okoljih je treba preveriti, kakšne so neposredne razmere glede na ta delež, posebej pa se odpira možnost pri sodelovanju medicinskih sester iz drugih dejavnosti. Dejstvo je namreč, da se to marsikje že dogaja, zato bi ob boljši organizaciji dela vsekakor lahko v vseh občinah dosegali boljše rezultate tudi brez posebnih zagonskih sredstev.

3. Včasih je pri pregledu statistike mogoče sklepati, da so si podatki protislovnii. Zato si morajo v zdravstvenih organizacijah združenega dela v sodelovanju z zavodi za socialno medicino in higieno prizadevati za to, da se tovrstno evidentiranje čimprej poenoti in jasno opredeli. V ospredju je tudi čimprejšnja vzpostavitvev statističnega spremljanja zdravljenja bolnikov na domu (v skladu z opredelitvijo iz strokovnih navodil za zdravljenje in nego bolnika na domu).

4. Strokovna navodila za organiziranje in izvajanje zdravljenja in nege bolnika na domu so v glavnem organizacijska podlaga, ki jih moramo v nadaljnjem razvoju dosledno in temeljito upoštevati ob hkratnem usklajevanju z lastnimi potrebami in možnostmi. Zategadelj je v celoti sprejemljiva trditev, da se je treba vzporedno z organizacijskimi ukrepi zavzemati tudi za strokovne smernice za zdravljenje in nego bolnika na domu. Takšna ugotovitev nikakor ne pomeni, da bi se sedaj lahko postavili na togo in neživiljenjsko stališče, s katerim bi strokovne smernice postavili kot pogoj razvoja zdravljenja in nege bolnika na domu nasploh. Dejstvo je namreč, da ta dejavnost v slovenskem zdravstvenem varstvu že ves čas bodisi delno organizirano bodisi spontano povsod poteka. Zavoljo tega je edino realno, da se v takšne razmere čimprej poseže z boljšo organizacijo dela, z izdelavo strokovnih smernic ter z uresničevanjem takšne svobodne menjave dela, ki te vidike omogoča in vzpodbuja. Delegati Skupščine zdravstvene skupnosti Slovenije so v letu 1983 že tretjič zapored sprejeli obveznosti izvajalcev zdravstvenega varstva za oblikovanje enotnih doktrinarnih izhodišč na področju zdravstva v SR Sloveniji. Razširjeni strokovni kolegiji posameznih univerzitetnih zdravstvenih organizacij združenega dela so se v velikem številu lotili tudi oblikovanja **enotnih doktrinarnih izhodišč za dejavnost zdravljenja in nege bolnika na domu**. Prav vzpodbuden primer za to so strokovne smernice za zdravstveno nego pljučnega bolnika na domu, ki jih je sprejel razširjeni strokovni kolegij Univerzitetnega inštituta za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik. Takšne strokovne podlage za zdravstveno nego bolnika potrebujemo na celotnem področju zdravstvenega varstva.

5. Omenjene strokovne podlage so nujne tudi za dejavnost bolniških strežnic oziroma za izvajanje domače nege. Kakor je čudno, je vendarle vredno poudariti, da gre pri tem pravzaprav za enega bolj zahtevnih problemov. Prav pri domači negi smo namreč pred praktično rabo interdisciplinarnosti mnogoterih družbenih dejavnosti, kakor tudi pred praktično rabo zdravstvene vzgoje. Z vidika aktiviranja in vključevanja uporabnikov v prizadevanja za lastno zdravje oziroma za zdravstveno stanje svojcev ali bližnjih pa lahko rečemo, da s tem prehajamo oziroma prispevamo k postopni krepitvi vloge uporabnikov v slovenskem zdravstvu.

Pri oblikovanju strokovnih podlag za domačo nego je edino sprejemljiva največja možna sinteza tako klinične in socialne medicine kot tudi ustreznih dognanj na področju psihologije, sociologije, socialnega varstva, vse skupaj pa ob smiselnem in vendarle izdatnejšem naslanjanju na skoraj že pozabljena izročila ljudskega zdravilstva pri nas, ki ga je treba izkoristiti glede na sedanje iskanje možnosti opiranja na lastne sile tudi na področju zdravstva. Zato bi kazalo tudi te vidike v čim krajšem času proučiti, preveriti in ustrezno vključiti v rutinsko izvajanje in podružbljanje zdravstvenega varstva. Seveda se s temi strokovnimi naporii zdravstvenih delavcev nikakor ne moremo zavzemati za podporo zeliščarstvu v negativnem smislu, čemur smo prav tako priča v ne tako zanemarljivem

obsegu. Pomembno vlogo bi pri tem lahko imelo tudi preučevanje zgodovine ljudskega zdravilstva na Slovenskem.

6. Posrednega pa zato nič manjšega pomena za ustrezen razvoj zdravstvene nege bolnika na domu je tudi oblikovanje enotnih doktrinarnih izhodišč za zdravljenje na domu. Trdna in strokovno neoporečna navodila za zdravstveno in domačo nego lahko temeljijo pravzaprav izključno na usklajenih in jasnih strokovnih usmeritvah za zdravljenje na domu. Le-ta navodila namreč tvorijo strokovno jedro zdravstvene oskrbe na domu, zategadelj je popolnoma realno, da zdravstveni delavci ob zavzemanju za razvoj zdravstvene nege bolnika na domu dovolj odločno opozarjajo tudi na oblikovanje strokovnih podlag za izvajanje zdravljenja bolnika na domu.

Literatura:

1. Aneks št. 2 k samoupravnemu sporazumu o svobodni menjavi dela pri zdravstvenih storitvah skupnega pomena za vso Slovenijo za obdobje 1981–1985. Delegatski obveščevalec Zdravstvene skupnosti Slovenije št. 34/1983, 15.
2. Krstič N.: Protislovja razvoja zdravljenja in nege bolnika na domu. Medicinski razgledi 22 (1983), 397–408.
3. Krstič N.: Zdravljenje in nega bolnika na domu. Dnevnik, Sobotna priloga, 10. julij 1982.
4. Letopis o zdravstvenem in socialnem varstvu v SR Sloveniji '82. Republiške samoupravne interesne skupnosti, Ljubljana, julij 1983, 10.
5. Lokar J.: Psihijatrija do leta 2000. Zdravstveni obzornik 16 (1982), 168.
6. Najpomembnejše značilnosti zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva na območju SR Slovenije. Posebna informacija št. 7/81, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1981.
7. Pokazatelji o delu zdravstvene službe za leto 1968–1970. Posebna publikacija št. 5, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1971, 245.
8. Pokazatelji o delu zdravstvene službe v SR Sloveniji za leta 1970–1974. Posebna publikacija št. 12/75, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1975, 319.
9. Pokazatelji o delu zdravstvene službe v SR Sloveniji 1974–1978. Posebna publikacija št. 11/1979, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1979, 279.
10. Pokazatelji o delu zdravstvene službe v SR Sloveniji za leta 1977–1981. Posebna publikacija št. 11/82, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1982, 169.
11. Polivalentna patronaža z nego bolnika na domu kot sestavnim delom zdravljenja bolnikov na domu v Sloveniji. Posebna publikacija št. 8/80, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1980, 28.
12. Spremljanje organiziranja in izvajanja zdravljenja in zdravstvene nege bolnika na domu ter polivalentne patronaže za leto 1981. Posebna publikacija št. 6/82, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, december 1982, 12.
13. Statistični letopis SR Slovenije 1982. Zavod SR Slovenije za statistiko, Ljubljana 1982, 75.
14. Statistično poročilo o delu zdravstvene službe za leto 1982 v SR Sloveniji. Posebna publikacija št. 3/83, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, junij 1983, 193.
15. Strokovna navodila za organiziranje in izvajanje zdravljenja in nege bolnika na domu. Posebna publikacija 1/1982, Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Ljubljana, februar 1982.
16. Strokovne smernice za zdravljenje in nego pljučnega bolnika na domu. Republiški strokovni kolegij, Univerzitetni inštitut za pljučne bolezni in tuberkulozo Golnik, 1982.

KADAR SAMI POSADITE DREVO, VAS VEDNO VSAJ MALO ZANIMA, KAKO RASTE. VSEKAKOR VELIKO BOLJ KOT DREVJE NA NORVEŠKEM ALI V AMERIKI. SAMI STE GA POSADILI IN TO JE DOVOLJ, DA JE ZA VAS NEKAJ POSEBNEGA MED VSEMI DRUGIMI DREVESI NA SVETU.

Smith