

Organizacija zdravstvene službe

STROKOVNA MNENJA IN PRIPOROČILA ZA ORGANIZACIJO URGENTNE MEDICINSKE SLUŽBE V SR SLOVENIJI

Glede na število travmatoloških bolnikov in dobo njihovega zdravljenja je za travmatološko službo treba do leta 1975 zagotoviti približno 0,6 postelj na 1000 prebivalcev.

Zahteva, da mora biti poškodovanec v skladu z razvojem ožjih kirurških specialnosti oskrbljen tudi po ustreznih ožjih specialnostih, ni izvedljiva (razen v večjih središčih: Ljubljana, Maribor, Celje). Zato je treba povzdigniti in razširiti strokovno raven splošnega kirurga, ki mu je zaupana travmatologija v vseh kirurgičnih oddelkih, tako da bo pri ponesrečencih obvladal vse nujne posege. Neizvedljiva je rešitev, da bi Slovenija imela eno samo visoko diferencirano kirurško ustanovo, saj bi verjetno že med transportom do nje umrlo večje število poškodovancev, preden bi bili deležni visoko diferencirane kirurške pomoči v centralnem zavodu.

V SR Sloveniji lahko uspešno delujejo le travmatološki oddelki v sestavi večjih kirurških oddelkov (Ljubljana, Maribor, Celje). Obstoječa bolnišnična mreža manjših bolnišnic v Sloveniji je ugodna za uspešno delovanje travmatološke službe. Gosta mreža bolnišnic namreč omogoča hiter dovoz ponesrečencev in kirurško pomoč že v prav kratkem času po poškodbi. Prednost mreže manjših travmatoloških bolnišničnih enot je gotovo večja od prednosti, ki jo daje en sam, pa čeprav visoko specializiran travmatološki center.

Ker odpade najmanj 50–60 % splošne kirurgično bolnišnične dejavnosti na travmo, pri kirurškem ambulantnem delu pa do 80 %, mora program za specializacijo zdravnikov iz splošne kirurgije vsebovati znatno več travmatologije.

Strokovnost splošnega kirurga mora biti na takšni višini, da lahko opravlja vse nujne kirurške posege pri ponesrečencih, po končani urgentni oskrbi, ko je bolnik že transportabilen, pa se zdravljenje lahko nadaljuje na osrednjem oddelku za ožjo specializacijo.

Prav tako so za vse nujne internistične in druge primere (srčna in vaskularna obolenja, koma raznih vrst itd.) nujno potrebne enote za internistično prvo pomoč kot samostojni oddelki (Ljubljana, Maribor, Celje) oziroma enote internih oddelkov v splošnih bolnišnicah s kadrom, ki je usposobljen za intenzivno nego, in z ustrežno opremo.

Medicinska fakulteta bi morala v učnem načrtu v večji meri upoštevati urgentno medicino. Fakulteta bi morala tudi splošnemu zdravniku dati ustrezno znanje iz urgentne medicine, enako pa svojim diplomantom tudi višje in srednje zdravstvene šole.

Ugotavljamo, da za strokovno obravnavo poškodovancev niti eden od kirurških oddelkov ne razpolaga s popolno sodobno opremo niti ne z zadovoljivim številom zdravnikov, kar se kaže posebno v izredno deficitarni ambulantno kirurški poliklinični službi. Vse velja tudi za internistične oddelke nujne pomoči. Približno 30 % strokovnih kadrov je premalo in v 60–70 % je oprema zavoda že amortizirana.

Reševalna služba naj tudi v prihodnje ostane v sestavi zdravstvenih domov; če bi bila v sklopu travmatoloških oddelkov bolnišnic, bi to zahtevalo za vsak prevoz dvojno razdaljo, kar je nasprotju z načelom čimprejšnje kirurške in internistične oskrbe poškodovancev oziroma hudo obolelih oseb.

Reševalni avtomobili še niso dovolj opremljeni z instrumenti za kar najbolj učinkovito prvo pomoč. Dvigniti je številčnost in raven strokovnih kadrov — spremljevalcev. V vsakem reševalnem avtomobilu bi moral biti vsaj zdravstveni

delavec s srednjo ali višjo medicinsko izobrazbo in usposobljen za dajanje prve pomoči poškodovancem in hudo obolelim osebam.

Nujno je podpreti petletni razvojni program RK Slovenije za organiziranje zdravstvenovzgojnega dela, publicistično dejavnost in organiziranje 5 središč — oddelkov (premičnih stacionarjev) za dajanje prve pomoči ob večjih elementarnih in drugih množičnih nesrečah — v povezanosti z zdravstveno službo, civilno zaščito in ljudsko obrambo.

Dr. sc. dr. med. Ivan Kastelic
»Zdravstveno varstvo« št. 1/2-72

RESOLUCIJA O DOLGOROČNEM RAZVOJU SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Ta resolucija (glej Ur. list SRS št. 13/72, str. 406 in 407) nakazuje, da je v prihodnjih petnajstih letih v smeri zdravstvenega varstva SRS potrebno uresničiti zlasti tele konkretne cilje:

— uveljaviti za vse prebivalstvo enoten sistem zdravstvenega varstva, zasnovanega na splošni vzajemnosti in solidarnosti zavarovancev ter njihovem samoupravnem odločanju o pravicah in obveznostih;

— razvijati in organizirati zdravstvo kot izrazito družbeno dejavnost, kar je dokazalo svojo prednost že v dosedanjem razvoju zdravstvenega varstva. Zasebna zdravniška praksa je lahko le izjemna dopolnitev družbeno zdravstvene dejavnosti in se ne more opravljati z družbenimi sredstvi;

— okrepiti kadrovske zmogljivosti zdravstvene dejavnosti tako, da bo na voljo dovolj zdravnikov in tudi drugih zdravstvenih delavcev;

— povečati in modernizirati prostorske in tehnične zmogljivosti zdravstvene dejavnosti, kakršne bodo ustrezale občutnemu povečanju potreb po zdravstvenih storitvah in naglem napredku medicinske znanosti. Pri tem je treba dati v prihodnjem obdobju prednost modernizaciji bolnišnične mreže;

— celotno zdravstveno mrežo je treba funkcionalno integrirati na osnovi racionalne delitve dela. Bistveno je treba okrepiti vpliv in finančno udeležbo skupnosti zdravstvenega zavarovanja in drugih zainteresiranih dejavnikov na podlagi družbenih dogovorov in samoupravnih sporazumov za gradnjo in modernizacijo zdravstvenih zmogljivosti;

— posvetiti je posebno pozornost preventivni zdravstveni dejavnosti, zlasti preventivnemu varstvu žena, otrok, mladine in delavcev, načrtno preprečevati oneznaženje zraka, vode in živil, naraščanje hrupa in podobno;

— ob takih potrebah in razvoju zdravstvenega varstva je treba predvideti nadaljnje povečanje celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Predvideti pa je treba tudi povečanje neposredne udeležbe prebivalstva pri plačevanju zdravstvenih storitev, vendar ta udeležba ne bi smela rušiti načela solidarnosti oziroma otežiti socialno šibkejšim slojem prebivalstva, da si zagotove popolno zdravstveno varstvo.

Zelo pomembni so tudi naloge in cilji na področju varstva otrok in varstva starih ljudi ter vseh tistih, ki zaradi zdravstvenega in slabega materialnega stanja ter drugih vzrokov niso sposobni skrbeti zase in za svoje družine.

V prihodnjem petnajstletnem obdobju se bodo znatno povečale kadrovske zmogljivosti in obseg ter materialni pogoji delovanja socialnih služb, da bodo ob podpori vseh družbenih in samoupravnih dejavnikov sposobne uspešno reševati vse širšo socialno problematiko in organizirati socialno preventivo.

N. J.

OSNOVNA IZHODIŠČA ZA ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJO ALKOHOLIKOV

— Alkoholik je bolnik, ki brez ustrezne strokovne pomoči ne more prenehati z uživanjem alkoholnih pijač.

— Med zdravljenjem se mora kot subjekt aktivno vključiti v zdravljenje v okviru **skupinske psihoterapije** in dela v socioterapevtski skupnosti, preučiti mora problematiko alkoholizma, alkoholizem mora javno priznati.

— Alkoholika, ki **odklanja zdravljenje**, je možno zdraviti samo v okviru skupinske psihoterapije.

— Alkoholike je treba zdraviti praviloma v **odprtem hospitalnem sistemu**, čim bližje realnemu življenju.

— Če je le mogoče, naj bi alkoholik med zdravljenjem **ostal doma in redno delal**, kajti na ta način je možno doseči uspehe. Običajno ambulantno zdravljenje z bolniškim staležem daje najslabše rezultate.

— Alkoholizem je trdovratna kronična bolezen, ki zahteva **dolgotrajno zdravljenje in rehabilitacijo** (osebnostno, socialno, zdravstveno in profesionalno) v družini in širšem okolju. Skratka, potreben je dolgotrajen proces prevzgoje v krogu ljudi, ki so ga sposobni sprejeti in razumeti po človeški plati in mu pomagati.

(Iz gradiva za tiskovno konferenco v mesecu boja
proti alkoholizmu 8. XI. 1971)
Dr. Janez Rugelj

MNENJE GINEKOLOŠKE SEKCIJE SZD O BABIŠKI SLUŽBI*

Člani ginekološke sekcije SZD in povabljeni gostje so na strokovnem sestanku 9. februarja 1972 po uvodnem referatu prof. dr. Vita Lavriča razpravljali o vprašanju babiške službe. Po končani diskusiji so člani ginekološke sekcije izvolili štiričlansko komisijo (prim. dr. Marko Kolenc, prof. dr. Vito Lavrič, prim. dr. Franc Rostaher in prim. dr. Bogdan Tekavčič), ki naj bi formirala sklepe.

V razpravi o babiški službi so se izoblikovala tale mnenja:

1. Vsi diskutanti so se strinjali, da je poleg polivalentne patronažne službe potrebna tudi babiška služba. Zato je ne kaže opuščati. S koncentracijo porodov v porodnišnicah se je delo terenske babice spremenilo. Redkokdaj je pomočnica pri porodu. Poudarek babiškega dela je na ante- in postnatalnem varstvu žene in otroka. Hkrati je babica zdravstvena prosvetljevalka. V posebnih okoliščinah lahko opravlja babica tudi vsa druga dela, ki so združljiva z babiškim poklicem.

2. Medicinske sestre — babice se šolajo sedaj na srednji stopnji. Za delo v zavodih in na terenu je primernejše šolanje babic na višji stopnji. Takšno šolanje babic je v skladu tudi s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije.

3. Medicinskim sestram — babicam s srednjo izobrazbo je potrebno omogočiti, da si pridobe višjo izobrazbo z rednim ali izrednim študijem.

4. Višjim medicinskim sestram, ki žele delati na področju varstva žene in novorojenčka, je potrebno omogočiti, da si z enoletnim postbazičnim študijem pridobe ustrezno znanje. Takšen študij višjih medicinskih sester je v skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije.

Člani ginekološke sekcije SZD so tako formulirane sklepe na naslednjem strokovnem sestanku dne 1. marca 1972 soglasno sprejeli.

* V Zdravstvenem obzorniku št. 4/71 smo v rubriki »Organizacija zdravstvene službe« na str. 267—273 objavili elaborat, ki ga je pripravila posebna komisija pri ZDMSS o stanju in problematiki ter predlogih za izboljšanje sedanjega stanja organizacije in razvoja patronažne službe v Sloveniji. Elaborat podaja tudi stališče glede polivalentne patronažne službe, vključno zdravstveno varstvo žene — zlasti nosečnic in porodnic (tč. 6), in predlog (tč. 8), da naj patronažno zdravstveno varstvo opravljajo samo višje med. sestre, zato naj zdravstveni domovi postopoma sprejemajo na delovno mesto v patronažno službo le višje med. sestre.

Člani ginekološke sekcije SZD so v zvezi z zgoraj navedenim stališčem strokovnega društva med. sester in referata prof. dr. Vita Lavriča o vprašanju babiške službe razpravljali o mestu in potrebi babiške službe v patronažni dejavnosti in sprejeli sklepe, ki jih na željo ginekološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva v celoti objavljamo. — Op. ur.