

Izkušnje sanitetne službe iz NOB in koncept zdravstvene zaštite v vseljudski obrambi

POVZETEK. *Avtor nam poroča o organizacijskih in strokovnih izkušnjah sanitetne službe med drugo svetovno vojno. Oblike triaže, kirurške prve in končno oskrbe ranjencev in bolnišnično zdravljenje bolnih in ranjenih partizanov v različnih tipih skritih bolnišnic, nam lahko služijo za primer, kako v najneugodnejših razmerah morebitnega sovražnega napada poskrbimo za bolne in ranjene.*

Pri tej nalogi se seveda ne morejo uporabljati samo stare organizacijske oblike — temveč se morajo razviti novi modeli, prilagojeni napredku medicine in drugih znanosti. Le-ti revolucionarno spreminjajo značaj in taktiko bojevanja, dajejo možnosti za sodobnejši in hitrejši transport, modernejše načine komunikacije itd. in s tem organizacijo sanitetne službe ob morebitnem vdoru sovražnika na naše ozemlje.

EXPERIENCE OF THE HEALTH SERVICE DURING THE PARTISAN LIBERATION WAR AND CONCEPT OF THE HEALTH PROTECTION IN NATIONAL DEFENCE. *The author reports on the organizational and professional experience of the Partisan health service during the World War II. Triage, surgical first-aid and management of battle casualties, as well as the in-patient treatment of ill and injured Partisans in different concealed hospitals represent an unique example of health care of the diseased and injured people under most inconvenient conditions, such as are met at a possible enemy's attack. In such circumstances the old organization schemes fail to meet arising requirements and new forms, adapted to new achievements in medicine and other sciences are to be applied. They represent a revolutionary approach to the nature and tactics of combat, make faster the transport and enable the development of more up-to-date means of communications, all this considerably contributing to the better organization of the health service of the population attacked by enemy troops.*

Preden načnem temo današnjega seminarja »Izkušnje sanitetne službe iz NOB in koncept zdravstvene zaštite v vseljudski obrambi«, bi želel poudariti, da je skoraj nemogoče v tako kratkem času, kot ga imamo na razpolago, temeljiteje osvetliti navedeno temo. Lahko bi posebej govorili o izkušnjah v skrbi za ranjence in bolnike, o organizaciji zdravstvene preskrbe, zdravstvenem izobraževanju itd. Zato se bom omejil na področje, ki je še posebej značilno za okoliščine, v kakršnih smo bili med NOB, in kakršne lahko pričakujemo občasno tudi v vseljudski obrambi. Govoril bom na podlagi izkušenj iz NOB, o skrbi za ranjen-

* Predavanje na seminarju: Srednji in višji zdravstveni kadri v koncepciji vseljudske obrambe (Kozara—Mrakovica, sept. 1977).

ce in bolnike v skritih bolnišnicah in bunkerjih, kot o obliki, ki se pogosteje uporablja v partizanskih okoliščinah bojevanja. V naši zasnovi splošnega ljudskega odpora (SLO) je eden od treh partizanskih načinov bojevanja (poleg kombiniranega in frontalnega). Naš namen je ustvariti uspešno obrambo tudi v najtežjih okoliščinah agresije, pa tudi ob začasni zasedbi našega ozemlja.

Partizanski način bojevanja se kaže v borbenih dejavnostih, ki jih brez stalne fronte črte izvajajo bolj ali manj mobilne enote pod vodstvom srčnih in samoiniciativnih starešin; enote se pojavljajo nepričakovano, večkrat ponoči ali v hudih vremenskih razmerah. S tem prizadevajo sovražniku znatne izgube, nakar se hitro umaknejo in zopet udarijo nanj kje drugje.

Tak način vojskovanja ima niz svojih značilnosti, ki se močno odražajo na organizaciji in delu zdravstvene službe nasploh, posebno še, kadar gre za ranjence ali bolnike. V prvem trenutku opazimo protislovje med stalnim gibanjem, ki ga narekuje partizanski način bojevanja, in potrebo po mirovanju, kot ga zahteva zdravljenje bolnikov. Ni organiziranega zaledja, kjer bi lahko na klasičen način oskrbeli ranjence in bolnike. Vojna poteka v težkih okoliščinah, kar se tiče kadrov in materialnih sredstev. Čeprav tak način vojskovanja zahteva manj žrtev in ranjencev, je vendarle težko glede na način sam iskati ranjence in bolnike.

Seveda so tudi olajševalne okoliščine, in to predvsem zelo ozka povezanost med poveljevanjem in zdravstveno službo. Lahko računamo na splošno pomoč prebivalstva, ki je med NOB varovalo in hranilo naše ranjence, jim dajalo poslednje, kar je imelo, ter jih stotine kilometrov prenašalo na ramenih.

Izredno je bilo tudi obnašanje ranjencev med NOB, ki so imeli zelo skromne zahteve, v svesti si, da bo zanje poskrbljeno, kolikor je največ mogoče v danih okoliščinah. To so potrdili tudi zavezniški zdravniki, ki so zdravili naše ranjence in bolnike po bolnišnicah v Italiji. Pravili so, da so ranjenci NOVJ lažje prenašali bolečine kakor drugi, tako da so za naše porabili neznatne količine morfija, doba okrevanja pa je bila za polovico krajša. Vprašanje je bila partizanska zavest — želja po čimprejšnji vrnitvi v enoto.

Po drugi strani pa dobro organizirano zdravstveno varstvo, zlasti še v težkih okoliščinah močno vpliva na moralno-politično vzdušje v enotah in na borbeno moralo.

Kako važna so bila za nas ta vprašanja, lahko dobro vidimo iz odgovora tovariša Tita na vprašanje, katera je bila med NOB najtežja vojaška odločitev. Dejal je:

»Vojaška v četrti ofenzivi, za primer: Reševati je bilo treba ranjence, toda brez poročstva, da ne bo zaradi ranjencev izgubilo življenje še veliko zdravih borcev. Bili smo obkoljeni, toda zelo dobro sem vedel, da skrb za ranjence pri nas pomeni ogromen moralni faktor za vso našo armado, za vse naše gibanje. Odločitev je bila v tem, da rešimo ranjence za vsako ceno. Takih težkih odločitev je bilo med vojno več«.

Takoj bi rad poudaril, da je tako stališče glede ranjencev in bolnikov v popolni veljavi tudi danes.

Naša zasnova splošnega ljudskega odpora je nastala praktično že med NOB. Vsebuje več elementov te vojne (splošna ljudska vojna, vsi vidiki odpora agresorju, toda v prvi vrsti oborožen boj itd.). Zato je razumljivo, da imajo pretekle

izkušnje tudi danes neki določen pomen, pri čemer ne mislimo na šablonsko uporabo, temveč na uporabo, ki upošteva vse, kar je prinesel napredek vojaške tehnike, medicinske znanosti in pa novi način bojevanja.

Potrdilo za to nam dajejo besede tovariša Tita:

»Naša današnja zasnova vsesplošne obrambe ni nič drugega kakor dosledna in odločna uporaba velikih izkušenj iz NOB v današnjih pogojih«.

Omejil bi se na ožjo temo — na skrb za obolele in ranjene v skrivnih bolnišnicah in bunkerjih, ker je to za nas velikega pomena.

Naj navedem za to nekaj razlogov:

Glede na geografski in strateški položaj naše domovine, potegnjene meje z relativno majhno globino ozemlja, moramo računati s tem, da bo sovražniku v trenutku s premočnimi silami (oklopno-mehaniziranimi in zračnimi) uspelo prodreti v posameznih smereh bolj ali manj globoko v naše ozemlje. Tako bo prišlo dočasne zasedbe ozemlja; na teh posameznih delih bodo ostale večje ali manjše enote (namenoma ali slučajno) operativne armade, teritorialne obrambe, partizanske in diverzantske enote. Tu se bodo borile, prišlo bo do izgub v živi sili in treba bo oskrbeti ranjene in obolele. Jasno je, da to ne bo mogoče tako kot pri vodenju frontalne vojne, kjer lahko v zaledju skrbe za ranjence razviti sanitetni sistemi.

V prvi vrsti moramo na začasno zasedenem ozemlju v takih okoliščinah fizično zaščititi ranjence in bolnike, ker agresor ne spoštuje ženevske konvencije, tako kot je ni med NOB. Agresor se je takrat izgovarjal, da se odločbe konvencije ne nanašajo na partizane, ampak samo na redno armado. Seveda tudi to ni bilo točno, ker je v haških konvencijah predviden tudi tak primer. Še več, agresor je med vojno organiziral večje ali manjše enote, ki so iskale štabe in bolnišnice, da bi jih uničile, da bi tako spodkopale moralno naših borcev.

Zato smo morali toliko skrbeti za fizično zaščito ranjencev; iz tega so sledili tudi načini pomoči, ki so to omogočali.

V različnih obdobjih NOB smo to dosegli na različne načine: z organiziranjem bolnišnic na svobodnih ozemljih, na nepristopnih mestih globoko v gozdovih, z ustanavljanjem posebnih enot za zavarovanje ranjencev itd. Toda praksa je pokazala, da ni bilo svobodnega ozemlja, kamor bi sovražnik ne mogel, če je zbral dovolj močne sile, kakor tudi nepristopna mesta zanj niso bila nedostopna. Po drugi strani je organiziranje bolnišnic na takih odmaknjenih mestih prinašalo nove težave: evakuacija je bila otežena, v bolnišnice so prihajali z veliko zamudo in pogosto v takem stanju, da niti najboljša kirurška pomoč ni več zalegla.

Potrebne so bile druge rešitve in edino, kar je bilo mogoče, so bile skrite bolnišnice, tako rekoč v dosegu agresorjeve roke.

Organizacija in delo skrivnih bolnišnic so bili v največji meri prilagojeni operativno-taktičnim oziroma vojno-političnim okoliščinam, ki so bile v različnih delih naše domovine različne. Od tod seveda razlike od Slovenije do Slavonije in Srema, kjer so take bolnišnice največ uporabljali. Bile so med njimi razlike tudi glede na stopnjo skritosti. V Sloveniji so bile bolnišnice z brezpogojno tajnostjo, tako da zanje ni vedelo niti civilno prebivalstvo niti ne enota sama, ampak le 2—3 oseb v vodstvu. Ta kriterij je bil nekoliko manj strog v Slavoniji, v Sremu pa so bili ranjenci in bolniki praktično prepuščeni v skrb prebivalstvu.

Razlike so bile tudi glede namestitve; v Sloveniji in Slavoniji so bile pogosto v gozdovih, medtem ko so v Sremu bile pogosto v samih naseljih.

Ravno temu prilagajanju gre hvala za uspešnost dela teh bolnišnic. V Sloveniji je bilo med NOB več bolnišnic. Ena od najbolj znanih, a tudi največjih, je bila **SCVPB v Kočevskem Rogu**. Graditi so jo pričeli v sredi l. 1942. Ko je bila končana, je bilo v njej prostora za 300 ranjencev in bolnikov. Sestavljena je bila iz desetih enot — barak s po 30 posteljami. Sprejem in namestitev je urejala enotna uprava. Skoraj vsaka postojanka je imela svojega zdravnika, medtem ko je za kirurško pomoč skrbela ekipa (MKE). Posamezne postojanke so bile oddaljene druga od druge 2—3 ure hoda. Cel bolnišnični teritorij je bil razdeljen na dva odseka — vzhodni in zahodni, nad katerim sta bedela dva izkušena zdravnika. Ločeno od bolnišnice so bile pekarna, krojaška in čevljarska delavnica ipd. Med vojno je bolnišnica oskrbela 5000—10000 ranjencev in bolnikov.

Podobno so bile grajene bolnišnice **na Pohorju**, samo s to razliko, da so bile delno vkopane v zemljo. Drugi del pa je bil maskiran, tako da ni bil opazen vse do oddaljenosti nekaj korakov. Do bolnišnice ni držala nobena pot, saj so vse bile postavljene čim dlje od obstoječih cest. Ob bolnišnicah samih ni bilo nobenih vkopanih zaklonov, ker je bilo območje tako ogroženo, da bi se morali umikati vsak dan. Zanesljivost teh bolnišnic je temeljila na njihovi skritosti in nobene od šestih niso odkrili do konca vojne.

Osnovna načela za ohranitev tajnosti v slovenskih bolnišnicah so bila tale:

— za bolnišnico je vedelo kar se da majhno število ljudi, kolikor je to pač bilo potrebno za njen obstoj;

— ranjence in bolnike so spremljali samo prek javk, kjer je bolnišnično osebje sprejemalo ranjence iz rok spremljevalcev;

— ranjence in bolnike so sprejemali praviloma ponoči ali kadar je bila vidljivost močno zmanjšana, podnevi pa z dodatnimi varnostnimi ukrepi (zavezovanje oči, vodenje v krogu nekaj ur), tako da so sprejeti izgubili vso krajevno orientacijo o točnem mestu bolnišnice;

— da bi bolniki iz pogovorov med osebjem ne spoznali, kje so, so imeli imena za okolišna mesta ipd. šifrirana;

— novo osebje so velikokrat izbrali med ozdravelimi bolniki itd.

Vse to je bilo potrebno, ker je okupator z mučenjem hotel izvleči iz odpuščenih ranjencev, kolikor jih je ujel, za kraj skrite bolnišnice, da bi jo nato uničil.

Posebno težavno je bilo skrivanje pozimi in v snegu. V nekaterih bolnišnicah so imeli prav za to izurjene ljudi — kamuflerje.

Čeprav je varnost slovenskih bolnišnic slonela na skritosti, so bili tudi primeri, kjer so že pri gradnji mislili na njihovo obrambo. Tako je bilo pri bolnišnici IX. korpusa — bolnišnici **Franji v bližini Cerknega**. Bolnišnica je ležala v nedostopni soteski, kjer so vhod varovala 4 minska polja, v stenah soteske pa so bili izdelani bunkerji z mitraljezi in puškomitraljezi, ki so pokrivali vsak dostop do bolnišnic. Neposredno nad barakami je bila vkopana notranja obrambna črta, računali pa so tudi s poslednjo obrambo od bolnikov samih (bombaška gnezda). Uspešnost obrambe kažeta dva neuspela napada na bolnišnico (aprila 1944 in marca 1945).

Skrite bolnišnice so v Sloveniji pričeli graditi v drugi polovici l. 1942, in sicer na **Ravni gori, Psunju**, imele so pa obliko lesenih barak, zemljank, zidanih paviljonov in podobno. Praviloma so bili v bližini izkopani podzemeljski bunkerji za primer neposredne nevarnosti. Ti bunkerji pomenijo značilen del organizacije bolnišnic v Sloveniji. V začetku so bunkerje kopali na rudarski način, tj. v obliki rudarskega okna, podprtega s tramovi. Rov je bil dolg toliko, kolikor ranjencev je bilo treba spraviti vanj v primeru nevarnosti. Vsakih nekaj metrov so bili izkopani ventilacijski jaški. Kasneje so bunkerje gradili na »odprt način«, tako da so skopali v zemljo jamo ustrezne velikosti, stene jame obložili s tramovi, v jami pa so postavili leseno hiško, tako da je zrak lahko krožil krog in krog. Vse so pokrili z zemljo in dobro zamaskirali. Prednost tega načina je bila v tem, da so bili ti bunkerji suhi (Žarkovič: v njih je celo prepečenec ostal suh mesece dolgo, ne da bi splesnel).

Organizacija življenja v bunkerju je poglavje zase; potrebno je prinašati vodo in hrano, luč, prihajati mora zdravnik in potrebno je prezračevanje.

Osnovno načelo je bilo: nikoli ne uporabljati dvakrat istega bunkerja. Takšno napako so drago plačali med VII. ofenzivo v bazi bolnišnice v D. Trnavi l. 1944.

V Sremu je skrb za ranjence potekala v kombinaciji med skrivnimi bolnišnicami in prebivalstvom, ki je prevzemalo ranjence. To je t. im. sistem bolnišničnih enot. Ranjence in bolnike so sprejemali v vasi, kjer je bil zdravnik in uprava bolnišnice. Potem, ko je ranjenec dobil medicinsko pomoč, so najhujše primere obdržali v isti vasi, lažje pa razvrstili po sosednjih; po 3—4 v eno hišo. Vsaka vas s po 30—40 ranjenci je bila bolnišnična enota, vse skupaj pa skrivna bolnišnica. Bolničarke so obiskovale bolnike vsak dan, zdravnik pa vsakih nekaj dni. Domačija, ki je sprejela ranjence, je morala imeti za nje izkopan bunker.

Če vzporedimo te t r i o s n o v n e n a č i n e s k r b i za ranjence, lahko pozamemo sledeče:

Organizacija in strokovno delo so bili v slovenskih bolnišnicah na visoki ravni. Novozelandski kirurg Lindsay Rogers, ki je med NOB prebil okrog eno leto v naših enotah, pravi na nekem mestu v svojih spominih: »Kamorkoli sem prišel, sem bil presenečen nad visoko stopnjo kirurgije in organizacije, ki se zdi, da je obstajala. Varnost ranjencev in bolnikov, ki so bili nastanjeni v skritih bolnišnicah v Slavoniji, je bila tolikšna, da med NOB niti en ranjenec ni padel v roke sovražniku (odkrili so samo en oddelek tifusnih bolnikov), medtem ko je sistem oskrbe v Sremu upošteval maksimalno dekoncentracijo z možnostjo za povečanje kapacitet glede na potrebe«.

Ko premišljamo o možnosti uporabe teh izkušenj v zasnovi SLO, moramo takoj pričeti pri dejstvu, da bo *bodoča vojna v mnogočem drugačna od NOB*. Tako ne pride v poštev *nobeno šablonsko prenašanje teh izkušenj v SLO*. Nova dogajanja s področja teorije vojne veščine, razvoj tehnike in medicinske znanosti bodo imeli še kako velik vpliv na organizacijo in delo zdravstvenega varstva nasploh in tudi na reševanje problemov v zvezi s skrivnimi bolnišnicami.

Sodobni sistemi radijskih zvez omogočajo, da so skrite bolnišnice na tekočem z operativno-taktičnimi spremembami oziroma morebitni nevarnosti, ki preti bolnišnici. S helikopterji lahko hitro evakuiramo ranjence iz bolnišnice, da niti ne omenjam, kaj danes v takih primerih pomenijo antibiotiki.

Poglejmo še drugo stran medalje! V Vietnamu je napalm povzročil ogromne gozdne požare, kar kaže na nujnost namestitve skrivnih bolnišnic pod zemljo. Podobno je bilo pri uporabi herbicidov in defoliantov. Sovražnik lahko uporablja tudi senzorje za odkrivanje ljudi.

Za zaključek lahko rečemo — *naše izkušnje so lahko samo izhodišče, praktične rešitve pa se morajo prilagoditi dani situaciji.*

Kakšen je naš pogled na to vprašanje glede uporabe skrivnih bolnišnic v SLO?

Da bi se izognili koncentraciji bolnikov in ranjencev, je potrebno *organizirati čimveč bolnišnic*, kjer je to le mogoče. Želena je, da so blizu bojišč, tako da lahko ranjence hitro namestimo vanje, kajti ni vedno lahko poskrbeti za prevozna sredstva, posebno še ne v partizanskih okoliščinah vojskovanja. Razumljivo je, da pri dekoncentraciji ne smemo iti v drugo skrajnost in po nepotrebnem preveč obremenjevati kadre in materialne možnosti.

Zaradi sorazmerno majhnih zmožnosti bolnišnic je treba *razvrščati ranjene in obolele* glede na sposobnost za prevoz, pripadnost npr. teritorialni obrambi (po okrevanju ostane na svojem ozemlju). Seveda če so na razpolago helikopterji, težko govorimo o netransportibilnosti, kakor kažejo izkušnje iz Vietnama (90 odstotkov obolelih in ranjenih so Amerikanci evakuirali s helikopterji praktično iz prvih bojnih črt).

Predvideni obseg tega razpravljanja ne dopušča obdelave podrobnosti, temveč zajema le sanitetno taktična načela, ki bi jih lahko uporabili v SLO, posebno ko je govor o teritorialni obrambi. Bolnišnice so lahko organizirane na podlagi civilnih zdravstvenih ustanov ali enot oboroženih sil v glavnem za tiste, ki jih ni mogoče premestiti v zaledje, kjer so pogoji za zdravljenje praviloma boljši.

Pomanjkljivost skritih bolnišnic — njihovo majhno zmogljivost — lahko v veliki meri nadomestimo z dobro opravljeno triažo.

Na koncu — tudi naše izkušnje iz NOB kot izkušnje drugih (Vietnam) kažejo, da je mogoče tudi v najhujših razmerah in celo na začasno zasedenem ozemlju omogočiti ranjencem in bolnikom ne samo medicinsko pomoč, temveč tudi fizično varnost. Zato moramo tradicijo negovati in preučevati vse, kar nosi s seboj napredek medicine, tehnike in znanosti nasploh.