

Organizacija zdravstvene službe

21. MEDNARODNI KONGRES BOLNIŠNIC (IHF) V OSLU

V dneh od 24. do 29. junija 1979 je v Oslu potekal 21. kongres bolnišnic, ki se ga je udeležilo 1350 delegatov iz 64 držav. Skupnost zdravstvenih delovnih organizacij SR Slovenije je že vrsto let član skupine B Mednarodnega združenja bolnišnic (IHF), zato so se kongresa udeležili tudi predstavniki naše skupnosti, in sicer doc. dr. Srečko Herman, prim. dr. Štefan Plut, dipl. iur. Viktor Makarovič in dipl. oec. Irena Kapelj. Kongresa so se prav tako udeležili predstavniki nekaterih zdravstvenih organizacij iz naše republike ter delegati iz ostalih republik, tako da se je tega strokovno pomembnega in zanimivega srečanja udeležilo približno 40 do 50 delegatov iz Jugoslavije.

Strokovni del kongresa je bil razdeljen na pet tematskih področij. Ker je letos mednarodno leto otroka, je bilo eno od tematskih področij namenjeno **varstvu otroka**. Druga skupina je razpravljala o **nezgodni in urgentni službi**. Arhitekti, načrtovalci in inženirji, ki so pomemben člen pri zagotovitvi nemotenega funkcioniranja bolnišnic, so razpravljali o **bolnišnični arhitekturi in izpopolnitvi tehničnih služb**.

Mnoge dežele, ki so zgradile nove drage bolnišnične objekte, so imele težave pri kadrovskih vprašanjih in mnoge dežele imajo kadrovske probleme že pred izgradnjo bolnišnic. Zato je bilo eno od tematskih področij — **zdravstveni delavci v deželah v razvoju** — namenjeno izmenjavi izkušenj na tem področju. Velik problem, tako v razvitih deželah kot v deželah v razvoju, povzročajo hitro naraščajoči stroški zdravstvenega varstva, zato je bilo za skupino **struktura cene in kontrola kvalitete** veliko zanimanja.

V programu kongresa so bili tudi ogledi bolnišnic. Kot zanimivost vam posredujemo nekaj podatkov **splošne bolnišnice Aker v mestu Oslo**, ki smo si jo ogledali.

Bolnišnica Aker leži približno 6 km iz središča mesta, z lepim pogledom na mesto in na fjord Oslo. Do bolnišnice peljejo javna transportna sredstva. Leta 1948 je bila občina Aker, ki je pokrivala veliko kmetijsko področje z gozdovi, jezeri in nekaterimi gosteje naseljenimi predeli, priključenimi Oslu.

Aker je imel majhno bolnišnico za svoje potrebe že od leta 1792. Prva bolnišnična zgradba, ki stoji na sedanjem mestu, je bila zgrajena leta 1895. Najstarejši del današnje bolnišnice je bil dokončan leta 1912, ko je imela bolnišnica 192 postelj. Leta 1924 je bil odprt velik kirurški blok z majhnim rentgenskim oddelkom in porodniško enoto. Ob začetku druge svetovne vojne je imela bolnišnica skupaj 330 postelj, od tega 170 kirurških in 160 drugih, v katere je zajet tudi oddelek za pljučno tuberkulozo v ločeni stavbi in nekaj paviljonov za nalezljive bolezni. Med nemško okupacijo v drugi svetovni vojni so bolnišnico Aker zasedli Nemci. Zato so med vojno bližnje šolske zgradbe uporabljali kot začasno nadomestilo za bolnišnico.

Od priključitve Akra k Oslu v letu 1948 je bila bolnišnica modernizirana in znatno povečana. Razširitev internističnega krila v letu 1961 je omogočila nove bol-

niške oddelke, laboratorije in pisarne za dva internistična oddelka in za klinično biokemični laboratorij. Laboratorij za hormonske in izotopne raziskave je bil ustanovljen leta 1959, da dela posebne hormonske preiskave za vse bolnišnice v Oslu in za mnoge v državi. Laboratorij za patologijo je bil zgrajen leta 1961, pediatrični oddelek leta 1975 in leta 1978 je bila končana modernizacija ginekološkega in porodniškega oddelka.

Dom za negovalski zdravstveni kader z 224 posteljami je oddaljen od bolnišnice približno 2 km in spada v področje socialnega varstva.

Od 1. januarja 1979 si je bolnišnica Aker priključila Vor Frue bolnišnico, ki je v središču Osla in ima 100 postelj.

Bolnišnica Aker je hkrati učna baza univerze v Oslu.

Zaposleni.

Bolnišnica Aker ima vključno s sestrskim domom 1492 stalno zaposlenih; od tega 137 v administraciji, 105 zdravnikov, 304 medicinske sestre, 88 laborantov, 18 babic in 257 bolniških strežnic.

Poslovanje.

Celotni stroški bolnišnice Aker so bili vključno s sestrskim domom v letu 1977 približno 225 milijonov norveških kron.

Sredstva za osebne dohodke se približujejo 80 % celotnih stroškov.

Približno 50 % celotnih stroškov se krije iz sredstev sklada socialnega zavarovanja, druga polovica pa iz občinskih davkov.

Nekatere podrobnosti o bolniških oddelkih bolnišnice Aker

Kirurški oddelek — 111 postelj.

Razen splošne kirurgije so tu še oddelki za urologijo, ožilje, pljučno kirurgijo ter gastroenterološki oddelek.

Urgentni blok za zunanje bolnike je bil ustanovljen leta 1975 in oskrbuje predvsem bolnike s severnega in vzhodnega območja Osla.

Ortopedski — kirurški oddelek — 36 postelj.

Oddelek dela v tesni povezavi z oddelkom splošne kirurgije in s psihoterapevtskim oddelkom.

Medicinski oddelek A — 87 postelj.

Razen splošne interne medicine se v oddelku predvsem ukvarjajo z boleznimi srca in ožilja.

Oddelek ima svoj kardiološki in hematološki laboratorij.

Sprejem bolnikov se vrši v tem oddelku.

Oddelek za intenzivno nego je v medicinskem oddelku B.

Medicinski oddelek B — 109 postelj.

Ta oddelek vsebuje enoto za presnovne, prehrabne in endokrinološke bolezni. Delo poteka v tesni povezavi s hormonskim in izotopnim laboratorijem. Poleg tega vsebuje še enoto za onkologijo ter laboratorij za gastroenterološke bolezni ter endoskopijo.

Porodniško-ginekološki oddelek — 97 postelj.

Od skupnega števila postelj jih je 44 namenjenih za ginekološke bolezni in 53 za porodništvo. Perinatalna smrtnost je bila leta 1976 8,5 na tisoč.

Pediatrični oddelek — 37 postelj.

Ta oddelek tesno sodeluje z bolnišnico Ulleval. Posebno je razvit neonatalni oddelek, nadalje oddelek za endokrinološke bolezni in bolezni presnove ter gastroenterologije.

Oddelek socialne medicine — 153 postelj.

Oddelek vsebuje 3 enote, poklicno rehabilitacijo, geriatrijo in geriatrični servis za zunanje bolnike, ki deluje kot »dnevna bolnišnica«. Tu so enote za fizikalno terapijo, delovno terapijo in govorno terapijo. »Dnevna bolnišnica« je kot oblika dela začela leta 1977.

Pri ogledu bolnišnice nas je predvsem navdušila tako imenovana »dnevna bolnišnica«, ki je odlično organizirana in namenjena predvsem starostnikom. Dnevnim varovancem oziroma bolnikom, ki so v oskrbi dnevne bolnišnice od 9. do 16. ure popoldne (tudi prevoz organizira bolnišnica) je zagotovljena fizikalna, delovna in govorna terapija ter seveda prehrana. Na ta način jim je uspelo bistveno zmanjšati podaljšano hospitalizacijo iz socialnih potreb, in jo zamenjati z racionalnejšo oziroma cenejšo obliko zdravstvenega varstva.

Verjetno bi omenjeni primer kazalo proučiti tudi pri nas, saj je znano, da je bolnišnična oblika zdravstvenega varstva najdražja.

Pod vodstvom prof. Thomasa E. Oppeja, Department of Pediatrics St. Marys Hospital Medical School, London, so med kongresom bila predavanja in referati diskusijske skupine B.

Prvo predavanje je imel prof. S. Halvorsen, profesor pediatrije iz Ulleval Hospital v Oslu in postavil osnovno vprašanje, *kakšne so potrebe po zdravstveni službi otrok*. Ali so potrebe enake pri otrocih v tropskih deželah, ki trpijo za malnutricijo in gastroenterokolitisom kot pri otrocih v predmestjih velikih mest, ki živijo v revščini in strahu ali pri otrocih premožnih staršev v visoko industrializiranih deželah, ki trpe zaradi pomanjkanja povezave s starši, ker sta oba starša zaposlena in sta oba bolj zainteresirana za kariero v službi kot za probleme lastnih otrok. Problemi so torej različni, toda pri načrtovanju zdravstvene službe gre za splošne konflikte, ki so enaki po vsem svetu, čeprav v različnih krajih in na različnih ravneh.

Nato je nanizal kopico vprašanj:

Kje je prava meja med kurativno in preventivno pediatrijo in med osnovno in specializirano nego? Koliko specializirane nege si vsaka družba lahko privoščiti? Ali se daje preveč poudarka specializirani negi v razvijajočih se deželah in v industrijskih deželah?

Tesno povezana s tem vprašanjem je težnja zdravstvenega kadra po specializaciji in dajanje večje veljave specializirani kot osnovni negi. Ali res rabimo spremembo v prioriteti zdravstvenega kadra?

Ali je možno, da se raje uporablja znanstveni kot praktični pristop k načrtovanju zdravstvene službe? To pomeni, opredeliti potrebe in najti lokalne rešitve za lokalne probleme, namesto uporabljati splošna doktrinarna stališča pri vseh vrstah problemov na zelo različnih področjih.

Ali je zdravstvena služba poskušala rešiti probleme, ki bi jih lahko razrešili ali preprečili na druge načine? Tu se uvrščajo tako primeri pomanjkanja splošne higiene kot povečanega števila čustveno motenih otrok, ki polnijo otroške oddelke in klinike na zahodu. Zdravstvena služba je pogosto v stanju moža, ki stoji v reki in z vedrom zajema vodo proti toku.

Ali zdravstveni kader pretirava s svojo vlogo in pomembnostjo ter tako zmanjšuje spodbudo ljudi, da bolj skrbijo za lastne otroke?

Kako lahko pediatrični oddelek najde svojo vlogo kot fleksibilni partner v osnovnem in specializiranem zdravstvenem varstvu otrok?

C. A. Wirsig, direktor otroške bolnice iz Toronta (Hospital for Sick Children Foudation) je nato podal kratek pregled razvoja kanadskega zdravstvenega sistema v zadnjih dvajsetih letih in ugotovil, da se ta premik v kurativi in preventivi pozna najbolj na področju zdravstvenega varstva otrok. Pojavljajo se širši koncepti o pomenu bolnišnice. Bolnišnica je tudi socialna ustanova s širšimi zadolžitvami, vključujoč vodilno vlogo, kako obrzdati poplavo bolnikov zaradi socialnih bolezni, kot so revščina, slabe stanovanjske razmere, droge, slaba prehranjenost in podobno.

Splošne bolnišnice, ki vključujejo tudi pediatrično dejavnost, se prav tako ukvarjajo s temi problemi na ožjem območju — v občini — in tako bolje poznajo vzroke bolezni pri otrocih ter lažje posegajo v osnovno dejavnost in tako zagotavljajo otroku zdrav razvoj.

Tako imajo otroške bolnišnice pomen zdravstvenih centrov za otroke. Hkrati pa načrtujejo lokalno zdravstveno službo za otroke, ki se ukvarja predvsem s preventivno dejavnostjo. Seveda so vse ustanove in dejavnosti med seboj tesno povezane.

Nadaljnje predavanje je imel prof. O. Ransome-Kuti, Department of Pediatrics, Lagos University Teaching Hospital v Nigeriji.

Ugotovil je, da je zdravstvena služba v hospitalih pretežno kurativna in osredotočena na osebo, ki išče njene storitve. Zdravstvena služba pa mora biti v družbi organizirana tako, da rešuje tiste zdravstvene probleme, ki povzročajo največjo obolevnost in smrtnost. Pri tem morajo zdravstveni delavci uporabljati takšno zdravstveno tehnologijo, ki bo uspešno reševala zdravstvene probleme in ki bo v skladu z razpoložljivimi sredstvi.

Skupni naporji za vzpostavitev zdravstvene službe so v tem, da je služba lahko dostopna in osebje primerno usposobljeno. Udeležba družbe pri teh naporih povečuje možnosti za uspeh službe.

V posameznih predelih Nigerije je potekal razvoj zdravstvene službe na svoj način. Najprej se je razvijala bolnišnična služba, da bi zmanjšala smrtnost v povezavi z zdravljenjem in preventivo bolezni ter razvijala zdravstvenovzgojno in prosvetno dejavnost.

Da bi bila zdravstvena služba čim bolj uspešna, je bila pri njenem razvijanju potrebna pomoč vse družbe. Tako so bili ustanovljeni *vaški zdravstveni komiteji z vaškim zdravstvenim delavcem*. Vas oskrbuje zdravstveno postajo ter s prispevki vaščanov plačuje zdravnika in vaškega zdravstvenega delavca. V zdravstveni postaji poteka preventivna in kurativna služba za splošne bolezni.

Obstaja tudi Projekt zdravstvenega varstva matere in otroka oziroma zdravstvenega varstva družine, ki ga izvaja vlada. Naloge tega projekta so: antenatalna skrb, za otroka, izvajanje imunizacijskega programa, načrtovanje družine in zdravstveno prosvetljevanje. Kader za izvajanje programa se rekrutira iz vasi in se nato dodatno izobražuje na različnih ravneh.

V Lagosu je tudi Inštitut za zdravstveno varstvo otrok, ki se ukvarja s problemi obolevnosti in smrtnosti otrok. Ta inštitut je povezan s kliniko zdravstvenega varstva družine v Lagosu, ki je bila ustanovljena leta 1967. Od tedaj so bile ustanovljene podobne klinike tudi po drugih mestih.

Za nastajanje zdravstvene službe je pomembno

1. izbira populacije,
2. udeležba družbe,
3. integracija preventivne in kurativne dejavnosti,
4. sodelovanje manj izurjenega zdravstvenega kadra,

5. nizki stroški.

Zadnje glavno predavanje Preventiva otroških nezdod in otroški varnostni center je podal dr. D. Cohen, direktor kirurškega oddelka Royal Alexander Hospital for Children, Sydney.

V Avstraliji umre vsako leto skoraj 1000 otrok zaradi nezdod, 90.000 pa jih išče pomoč v bolnišnicah. Opažamo, da se izboljšujejo varnostne razmere v industriji in v motorizaciji, toda zelo malo je napredka v varnosti na domu. 60 % vseh nezdod pri otrocih se zgodi prav doma ali najbližji okolici doma...

Dipl. oec. Irena Kapelj,
prim. dr. Štefan Plut
Novis, št. 8, oktober 1979

DATUM PROIZVODNJE IN ROK TRAJANJA ZDRAVIL

V mnogih primerih (antibiotiki, hormoni, kardioglikozidi, imunologiki, itd.) vpisujejo proizvajalci na zunanji (škafila) in na notranji embalaži (steklenička, fiola, ampula, vrečica, itd.) gotovih zdravil, rok trajanja. Po izteku navedenega roka preparata ne smemo uporabljati.

Oznaka je lahko dan (mesec) leto ali mesec (leto) ali samo leto; rok trajanja (vrednost, uporaba) velja do konca naznačenih dni (mesecev) let.

Zakon o dajanju zdravil v promet predpisuje, da »mora imeti vsako zdravilo domače ali tuje proizvodnje, ki je dano v promet kot zdravilo, deklaracijo s podatkom o roku trajanja zdravila, če vsebuje sestavine, ki se sčasoma menjajo«.

S sklepom, sprejetim na posvetovanju Farmacevtsko-kozmetične sekcije JUSK (Brač, 17.—19. 4. 1979), so proizvajalci gotovih zdravil prevzeli obvezo, da bodo na zunanji in na notranji embalaži vpisovali serijsko (kontrolno) številko proizvodnje, kjer njeni zadnji trije znaki označujejo mesec in leto proizvodnje.

Rok trajanja preparata (eno, dve, tri, štiri ali največ pet let) je običajno naveden v tiskanem navodilu ob zdravilu. Kot orientacijski kriterij nam služi dejstvo, da so tablete, dražetji, kapsule, praški in masti stabilnejša zdravila, raztopine, suspenzije in injectabilia pa manj stabilni. Vendar naj bi bila odločilna izkušnja proizvajalca, ki z modernimi postopki stabilizacije skuša zboljšati stabilnost zdravil in zagotoviti njihovo uporabnost v času ugotovljenega roka.

Preparati Roche (Hoffmann la Roche) imajo serijsko številko, sestavljeno na poseben način, kjer skrajna desna črka pomeni leto, v katerem ima preparat še polno vrednost, pod pogojem, da je bil pravilno uskladšen.

N	T	E	P	U
1979	1980	1981	1982	1983

Preparat, ki ima npr.: v serijski šifri skrajno desno oznako P, lahko uporabimo še do konca 1982, leta (kar ne pomeni, da je po tem roku neuporaben, vendar pa proizvajalec s svojimi dolgoletnimi izkušnjami priporoča omejen limit).

Kodiranje je vedno na zunanji embalaži, večinoma pa tudi na notranji.

Dr. mr. Krešo Kovačić
Farmakoinformator št. 3—4, 1979.