

# Patronažna služba v Sloveniji

Ančka Belič in Cita Bole

V času, ko se uveljavlja novi, izredno napredni zakon o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe, je nedvomno potrebno, da kot nosilke patronažnega dela prikažemo današnje stanje in opozorimo tudi na dosedanje slabosti tega dela. Obenem pa je naša dolžnost, da postavimo predloge za boljšo ureditev zadevne službe, ki je v svojem bistvu končno vendarle gibalo preventivnega zdravstvenega varstva. Razpravljanje o patronažni službi je tema, mimo katere ne moremo na nobenem sestanku našega društva. Ob teh razpravah smo slednjič toliko napredovali, da smo razjasnili vlogo in področje patronažne službe, obenem pa opredelili naloge in lik patronažne delavke in jima določili organizacijsko obliko.

Prišli smo do zaključka, da polivalentna patronažna služba edina lahko zagotovi kompleksno obravnavanje varovanca v njegovem naravnem okolju. Kakor sodobna medicina odklanja ozko obravnavanje somatskih in bioloških funkcij in disfunkcij, tako se tudi patronažna služba kot socialno-medicinska dejavnost ne more več zadovoljiti z obravnavo posameznika, ne da bi upoštevala fizične, psihične in emocionalne komponente njegovega okolja. Zato je nujno in samo po sebi umevno, da prerašča individualna patronaža v skupinsko zdravstveno, socialno in pedagoško dejavnost, katere namen je, da uravnovesi oziroma prilagodi varovančevo okolje njegovim potrebam in obratno. Da pa more patronažna sestra z uspehom opravljati svojo nalogo, ko si prizadeva, da se prizadetemu ohrani ali vrne zdravje, mora v njegovi družini in njegovem delovnem kolektivu najti zaveznike, njemu samemu pa vzbuditi voljo in zavest, dolžnosti do lastnega zdravja in zdravja njegove okolice. Če nam uspe, da varovančeve interese spravimo v sklad z interesi njegovega okolja, je naše delo v veliki meri opravljeno.

V zvezi s tem smo predlagali rajonizacijo delovnega področja v tem smislu, da bi na določenem terenu vse delo v zvezi s patronažno službo opravljal en sam patronažni delavec. Na eni strani je s tem omogočeno nepretrgano delo ter natančno opazovanje in ugotavljanje problemov, na drugi strani pa je to tudi za posamezne družine edino umestno. Spoštovanje človekove osebnosti ne dovoljuje, da prihajajo v družino različne osebe in raziskujejo njene stiske, pa četudi so strokovni delavci. Da bi se mogla uresničiti zamisel tako urejene službe, smo predlagali ustanovitev patronažnega oddelka kot samostojne strokovne enote zdravstvenega doma. Ta bi vključeval vse patronažne delavce in omogočil, da bi se posvetili načrtnemu varstvu žene, matere, dojenčka, malega otroka, šolarja in mladince, bolnika in starčka. Tako bi patronažna služba, razpredeljena samo po določenih strokovnih vejah in posameznih problemih, prerasla v organizirano varstvo družine — osnovne družbene celice. Z enotno in smotrno dokumentacijo o vseh primerih v družini pa bi vzpostavili prepotrebno informativno socialno-medicinsko službo zdravstvenega doma, torej vseh njegovih strokovnih enot. Nedvomno bi njeno gradivo s pridom uporabila komuna in zdravstveni centri pri planiranju nalog in usmerjanju zdravstvene politike. Menimo, da je naša teza o taki ureditvi patronažne službe v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in organizaciji zdravstvene službe. Potrebna pa je še pravna osnova — enotni pravilnik, ki bi točno opredelil njeno pod-

ročje s čim natančneje določenimi zahtevami, ki jih imajo do patronažne službe posamezne veje medicinskih služb. Tudi naj bi upošteval potrebe po organiziranem usmerjanju te službe in predvidel študijsko-analitično in instruktivno enoto za patronažno službo v okviru zavodov za zdravstvo oziroma zdravstvenih centrov.

Z našimi predlogi smo v preteklih letih le deloma uspeli, in sicer toliko, da je do sedaj veljavni zakon o zdravstvenih domovih in postajah predvidel patronažno službo kot samostojno strokovno enoto. Pravilnik o varstvu žene in otroka ter šolske mladine je nakazal konkretne naloge, ki jih ta veja ginekologije in pediatrije postavlja patronažni službi. Prav tako je pravilnik o protituberkuloznih dispanzerjih glede tega jasen, nekoliko manj razčlenjene pa so naloge patronažne službe v pravilniku o obratnih ambulantah. Druge veje medicinskih služb podobnih zahtev niso postavile, čeprav so patronažne sestre vselej pritegnjene k proučevanju najrazličnejših socialno-medicinskih problemov v obliki anket, kot n. pr. o alkoholizmu, prehrani, infekcijskih boleznih (pertusis), ali k posebnim ukrepom preventivnega varstva, kot so cep-ljenja, akcija za preprečevanje abortusov itd. Ne bomo tu do podrobnosti naštevati vseh dosedanjih predpisov, ki nakazujejo delo patronažne službe. Ugotavljamo le, da so bile nakazane naloge zelo obsežne, vendar pa so bili predpisi toliko pomanjkljivi, ker niso pravno določili obsega patronažnega dela tudi za druge dejavnosti, ki imajo na skrbi zdravstveno varstvo šolskega otroka in mladince, starčka, alkoholika, kroničnega bolnika, invalida, duševnega bolnika itd. Nadaljnja pomanjkljivost je bila v tem, da v doslej veljavni zdravstveni zakonodaji ni bilo nikjer do kraja določeno razmerje zdravstvene patronaže do socialne službe in konkretno do socialnega delavca na terenu. Na današnji stopnji svojega razvoja teži socialno varstvo za tem, da določene socialne službe postopoma izloča iz območja upravnih organov. Zato se snujejo samostojne strokovne službe v obliki centrov za socialno delo, ki so predvideni na področju vsake komune. Ti zavodi bodo z znanstvenimi metodami, strokovno in študijsko obravnavali psihološke in sociološke probleme pri otrocih, mladini in v družinah. Zato bodo ti zavodi organizirali tudi socialno patronažno službo.

To je nadaljnji argument, ki terja urejenost zdravstvene patronažne službe, vendar ob upoštevanju dobre koordinacije tudi s socialno preventivo, ker si nobena od teh dveh dejavnosti ne more obetati uspehov brez dobrega sodelovanja druge. Seveda sta pa to dve službi: ena obravnava človeka z zdravstvenega, druga s sociološkega vidika.

Neurejeno in nezadostno osvetljeno področje, brez točno določene vloge in izdelanih metod patronažnega dela v zdravstvu, nujno rodi slabe posledice. Predvsem je patronažna služba organizirana zelo različno — torej neenotno. Ponekod deluje v raznih vejah zdravstvenega varstva, tako n. pr. pri dispanzerjih za žene, ki ločijo sestrsko in babiško patronažno službo, pri dispanzerjih za otroke, ki v praksi v veliki meri vključujejo babice, pri protituberkuloznih dispanzerjih, kjer so zaradi pomanjkanja medicinskih sester svoj čas v tečajih usposobili ozko monovalentno patronažno sestro in prav tako je v obratnih ambulantah posebna patronažna služba. V nekaterih krajih je patronaža organizirana pri vseh omenjenih enotah. Nujna posledica je pleonazem različnih profilov v isti družini. Drugod zopet jo imajo organizirano samo pri nekaterih enotah, ponekod pa celo pri nobeni, oziroma životari samorasla, bodisi po zakonu vztrajnosti ali po osebni vnemi in prizadevnosti posamezne medicinske

sestre. S polivalentno patronažno službo v obliki samostojne strokovne enote so začeli posamezni zdravstveni domovi v Ljubljani, Mariboru, Kranju, Radovljici, Postojni itd. Težave pri uveljavljanju tako postavljene patronaže so seveda neizbežne, vendar so v glavnem subjektivnega značaja in nikakor ne nerešljive. Lepo se uveljavlja patronaža v Kranju, ker je zanjo veliko razumevanja in zadevne pomoči. Zaradi neurejenega stanja upada tudi patronažna dejavnost. Poglejmo si hišne obiske pri otrocih. V letu 1958 se je rodilo v Sloveniji 27 263 otrok. Hišnih obiskov pa je bilo v tem letu pri otrocih do 6. leta 32 500, in sicer 18 508 pri dojenčkih, kar pomeni, da v povprečju pri dobri tretjini dojenčkov ni bilo niti enega patronažnega obiska! Ker se zavedamo, koliko važnosti je stalen strokovni nadzor pri dojenčkih, pri tej najbolj ogroženi skupini prebivalstva, je to dejstvo brez dvoma porazno. Nadaljnjih 13 990 hišnih obiskov je veljalo otrokom v starosti od 1 do 6 let. Ugotovitev o zane-marjenosti varstva malih in predšolskih otrok ni nova in se stanje le počasi izboljšuje. V celoti nam pa te številke povedo, da 63 % otrok do 6. leta patronažna služba ni zajela.

V protituberkulozni službi je bilo leta 1959 opravljenih 29 670 hišnih obiskov. Računajo, da je aktivnih tuberkulotikov 15 500, oseb, ki so z njimi v kontaktu, pa okrog 60 000, ki morajo prav tako biti pod dispanzerskim nadzorom. Saj v protituberkulozni službi dejansko tudi so, kajti na enega bolnika sta bila na leto opravljena skoraj dva obiska, obenem pa vselej tudi patronažni nadzor nad vsem zabeleženim kontaktom. Žal je medicinski nadzor z radioskopskimi pregledi oseb v kontaktu bil opravljen komaj 75-odstotno.

Na zadnjem mestu omenjamo hišne obiske pri nosečnicah, čeprav bi bilo logično, da jih po pomembnosti antenatalnega varstva obravnavamo na prvem mestu. Patronaža za nosečnice je namreč še vedno in že kar predolgo v začetni fazi! Od leta 1950 do 1958 je od 0,04 napredovala komaj do 0,21 hišnih obiskov povprečno na eno nosečo mater.

Ne omenjamo rezultatov patronažne dejavnosti iz drugih področij, tako glede sanacije zdravstvenega stanja šolskih otrok (izbor za kolonije, razna posredovanja pri šolskih organih), glede ureditve razmer v družinah z alkoholiki, kroničnimi bolniki, starčki, glede preprečevanja splavov in drugih perečih problemov, ki po svoji ostrini vedno silneje zahtevajo in v aktivno delo tudi vključujejo patronažni kader. Ker periodična poročila te dejavnosti ne navajajo, zato zadevni rezultati tudi niso znani, razen v neki meri za protituberkulozno patronažno dejavnost. Jasno je, da s takimi ugotovitvami ne moremo biti zadovoljni. Zlasti je to razumljivo, če pomislimo, da se je od leta 1950 pa do leta 1958 število medicinskih sester v terenskih zdravstvenih zavodih povečalo za 4-krat. Če po vsem tem primerjamo število hišnih obiskov pri otrocih v letu 1952, ko je bilo opravljenih 64 813 hišnih obiskov, z letom 1958, do katerega se je njih število zmanjšalo za polovico, je položaj tako rekoč na dlani. Točnega pregleda nad številom medicinskih sester v patronažni službi nimamo, ker se zadevna evidenca ne vodi. Ker pa izvira patronažni kader prvenstveno iz dispanzerskih enot, približno vendarle vemo, s kolikšnim številom medicinskih sester v patronaži lahko računamo. V otroških dispanzerjih in posvetovalnicah je stalno nameščenih 94 medicinskih sester, honorarnih pa 140; v ginekoloških dispanzerjih in posvetovalnicah za žene 23 stalnih in 77 honorarnih; v protituberkuloznih dispanzerjih 92 stalnih in 6 honorarnih. Skupno je torej na

področju varstva žene in otroka ter v protituberkulozni službi zaposlenih 209 stalnih in 318 honorarnih medicinskih sester.

Da so ti kadri zaposleni prvenstveno z notranjim delom ambulant in posvetovalnic oziroma dispanzerjev, jasno priča upadanje dejavnosti v patronažni službi na eni strani, na drugi strani pa rastoča frekvenca zdravniških pregledov v dispanzerjih. Patronažno delo je medicinskim sestram prepogosto postavljeno kot vzporedna zaposlitev, torej obratno, kot je bilo v času resnično hudega pomanjkanja zdravstvenih kadrov. Takrat je bilo samo po sebi umevno, da so medicinske sestre izven hospitalnih zavodov zaposlovali prvenstveno v patronažni službi za varstvo otroka in v protituberkulozni službi, torej pri reševanju prioritetenih varstvenih problemov. Takšna orientacija, se pravi prvenstvena skrb za osnovne probleme, je nasploh glavno vodilo patronažne službe. Širiti področje — zajeti več skupin prebivalstva — pa je mogoče edinole ob vzporednem povečanju patronažnega kadra.

V Sloveniji imamo okrog 800 medicinskih sester, od teh jih je 25 % zaposlenih v dispanzerskih službah, nad 200, torej nad četrtino pa v ambulantno-poliklinični službi. Če bi združili polovico medicinskih sester iz dispanzerskih služb in pa sestre, ki niso nepogrešljive pri rutinskem in administrativnem delu ambulantno-polikliničnih zavodov, bi za področje patronažne dejavnosti zlahka imeli na razpolago najmanj 200 medicinskih sester. Če razdelimo število opravljenih hišnih obiskov na medicinske sestre otroškega varstva, vidimo, da odpade na eno sestro v celem letu komaj 265, na eno sestro protituberkuloznega dispanzerja pa 303 hišni obiski. Normirati število hišnih obiskov na dan, in to v republiškem merilu, je kaj težko. Upoštevati moramo namreč raznolikost primerov samih, pa tudi komunikacijske pogoje, raztresenost naselij po nekaterih terenih, vprašanje prevoznih sredstev itd. Vzemimo, da lahko posamezna medicinska sestra opravi na teden povprečno 20 obiskov s potrebnimi intervencijami. Če vštete leto dopust in druge morebitne ovire, bi po tem računu lahko opravila na leto vsaj 880 obiskov, 200 medicinskih sester pa skupaj 180 000 hišnih obiskov ali trikrat več kot doslej. Končno ne smemo prezreti babic, ki se ob rastočem številu porodov v bolnišnicah — čedalje bolj vključujejo v patronažo bodisi nosečnic ali otročnic, zlasti pa dojenčkov. Na terenu imamo okrog 400 babic, s povprečno 1,5 porodov mesečno in z manj kot 6 delovnimi urami na dan. Res je, da za patronažno delo niso bile usposobljene, zlasti ne moremo tega zahtevati od starejših. Toda ob organiziranem skupnem delu in smotno razdeljenih nalogah bi vsekakor lahko tako babice kakor ostali, čeprav v določeno smer usposobljeni kadri pripomogli, da se patronažno delo počivi in da dosežemo boljše rezultate, kakor so današnji.

Če smo govorili doslej le o kvantitativnih rezultatih, pa na drugi strani menimo, da se tudi s kvaliteto današnje patronažne službe ne moremo zadovoljiti. Prav tako je različna, kot so različni pogoji in kot je različna orientacija posameznih kadrov. Ne moremo mimo dejstva, da je za tako samostojno in pomembno dejavnost potreben ustrezen, strokovno in splošno kar najbolj razgledan in osebno dozorel kader. To našo ugotovitev, ki ni nova, morajo odgovorni činitelji zares upoštevati. Ali je res potreba celih pet let prepričevanja za to, kar so ustanovitelji šole za socialne delavce imeli v mislih že pri prvem osnutku. Menimo, da je danes, ko se razpravlja o reformiranju šolstva, pač treba upoštevati tudi to, da je za uspešno opravljanje poklicnega dela treba solidne pripravljenosti. Nedvomno velja ista zahteva tudi za vodilne položaje na drugih

področjih. Toda edinole tako bo zrastel kader, ki je dejansko potreben ob zdravniku, pri delu med ljudmi in za ljudi, v njihovih največjih življenjskih stiskah.

Že uvodoma smo poudarili potrebo po študiju problemov, nalog in metod patronažne službe, in to na strokovno najvišji ravni, pač z namenom, da se patronažni kadri dejansko usmerjajo in pospešuje hkrati njihova strokovna rast. Postavili smo realne možnosti ter nakazali, današnjim pogojem in zahtevam časa ustrezno organizacijsko obliko te službe. Oglejmo si zdaj zadnjo — po vrstnem redu že tretjo — anketo, ki smo jo organizirali med 45 patronažnimi sestrami iz vseh področij in različnih krajev Slovenije. Postavili smo jim naslednja vprašanja:

1. Ali sedanje organizacijske oblike patronažne dejavnosti zadovoljujejo potrebe zdravstva, naše varovance in sestre same?

2. Katera organizacijska oblika patronažne službe je za današnje potrebe varovancev in tudi za zadovoljitev sestrskega dela najprimernejša?

3. Ali je šola za medicinske sestre dala sestram dovolj, da morejo uspešno začeti z delom?

Na prvo vprašanje jih je 6 odgovorilo, da sedanje oblike »delno zadovoljujejo« potrebe zdravstva, varovance in nje same, pač zato, ker se njihovi šefi zanimajo za to delo in jim nudijo pomoč, ker je to delo upoštevano in ker je v perspektivi pričakovati dotoka novih kadrov za to delovno področje. Drugi odgovori so negativni. Tako čitamo: »Premalo je storjenega, patronaže ne usmerja nihče, delamo, kakor vemo in znamo, načrtnosti ni. Šefi zdravniki se za naše delo ne zanimajo, kvečjemu v toliko, da pogledajo naša mesečna poročila, se pravi predvsem frekvenco dela, tudi ne služijo naše ugotovitve za osnovo potrebnih ukrepov. Ljudem smo dobrodošle, le premalokdaj nas vidijo, razen tistih, ki so v skrajni potrebi. Tudi na socialnem varstvu ni vselej pravega razumevanja, nemočne smo pri reševanju nekaterih problemov, zlasti stanovanjske stiske. Na splošno nismo zadovoljne, ker ni pravih uspehov, delo je naporno, kolo pozimi odpove, tereni so preobsežni, materialni stimulans je največ 15 % na plačo, delo v ordinacijah je lažje ter vse prej in bolj upoštevano.

Na drugo in tretje vprašanje so bili odgovori povsem enotni, in sicer: umestno bi bilo ustanoviti patronažni oddelek kot enoto zdravstvenega doma, teren sam pa rajonizirati. Tako bi se delovno področje posamezne patronažne sestre ob dotoku novih kadrov zožilo, ob premajhni zasedbi pa razširilo, v vsakem primeru pa bi se delo usmerjalo na najbolj pereče probleme. Odhodi na oddaljene terene naj bi se združili s predavanji ali s skupinskimi razgovori o najaktualnejši zdravstveni problematiki. Vodstvo patronažnega oddelka naj bi prevzela izkušena in razgledana medicinska sestra, po možnosti absolventka šole za socialne delavce. Glede šole za medicinske sestre so pa anketiranke nakazale potrebo, da naj bi se pri posameznih predmetih snov podajala tudi z vidika patronažnih problemov. Uvedel naj bi se tudi predmet »metodika patronažnega dela«. Na postdiplomskih tečajih in seminarjih je največ zanimanja za predavanja o socioloških problemih in metodah socialnega dela, kar dokazuje, da je treba v tej smeri nekaj popraviti in dopolniti. Za to govori tudi dejstvo, da jih je med medicinskimi sestrami vedno več, ki se vpisujejo ali pa se žele vpisati kot izredne slušateljice na šolo za socialne delavce. Pri tem jim pa niti ne gre za kakšno prekvalifikacijo, saj želijo tako rekoč vse ostati

še nadalje v svojem poklicu. Slučajno je med njimi tudi ena od naju dveh. V šolo za socialne delavce jo je privedla poleg želje tudi potreba, da bi na svojem delovnem mestu obvladala terensko, to je patronažno delo medicinske sestre.

Dosedanja šola za medicinske sestre, kljub napredku v zadnjih letih daje vpogled predvsem v praktično delo patronaže, primanjkuje ji pa študijske obravnave tega dela, torej študija socialne etiologije, socialne patologije, psihologije, pedagogike in osnov zakonitosti družbenega razvoja v smislu družbenih odnosov. Vsega tega za patronažno dejavnost prepotrebne znanja šola danes ne nudi. Menimo, da bi za študij patronažne službe lahko upoštevali naslednje postavke:

1. Vsebina dela v patronažni službi;
2. izbira in zajetje varovancev;
3. karakteristika varovancev po določenih skupinah;
4. metode dela: individualno, skupinsko delo, koordinacija, informativna služba, prvi in ponovni hišni obisk;
5. vloga in lik medicinske sestre v patronažni službi.

Kdaj naj bi si patronažni kadri pridobili to znanje, prepuščamo pristojnim činiteljem. Zavedamo se, da nalaga ureditev patronažne službe veliko dolžnost tudi nam samim.

Ob današnjih pogojih prevzema skrb za zdravstveno varstvo prebivalstva komuna. Prav je, da se tudi me pripravimo in sodelujemo pri razpravah kot člani delovnega kolektiva, kot člani organov družbenega upravljanja ali sindikalne organizacije in prikažemo pomen, vlogo in pogoje patronažne službe. Pripravimo poročilo o problematiki in rezultatih, ki so na posameznih terenih spodbudnejši, kot je opisano republiško povprečje, oziroma pokažimo na vzroke vseh pomanjkljivosti, pri čemer pa ne smemo izgubiti izpred oči perspektive bodočega razvoja.

Lahko smo prepričani, da so povsod ljudje, ki ocenjujejo delo po njegovi vrednosti in naporih in da je sedaj bolj kakor kdaj koli dozorel čas, ko bo tudi patronažna služba v zdravstvu dosegla zasluženi ugled in veljavo.

N

D

Z nosečnostnimi tokse: nosečnosti, in sicer v zadnj rija, edemi in zvišan krvni samostojno ali v zvezi z nosečnosti komplicira z ekigredientno slabša do take napad, tedaj govorimo o p

ija, ki se pojavijo v je je trias: proteinu- mov se pojavi bodisi o stanje se lahko v Če se toksemija pro- akujemo eklamptični

Ločimo dve obliki toka:

- I. esencialne in
- II. superponirane.