

## ORGANIZACIJA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE DOMA ZDRAVLJA RIJEKA NA LIČKOJ BOJIŠNICI TIJEKOM DOMOVIN- SKOG RATA OD 1991. DO 1993.

ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE BY THE  
RIJEKA HEALTH CENTER ON THE LIKA FIRE LINE  
DURING THE WAR IN CROATIA FROM 1991 TO 1993

Darko Jakovac<sup>1</sup>, Zlatko Tomašić<sup>2</sup>, Ante Škrobonja<sup>3</sup>

### SUMMARY

In the introductory part, the authors remind of the character of the aggressive war, imposed to Republic of Croatia in 1991 by the rebelled Serbs in Croatia and the Yugoslav Army. Since, among the war victims, the major part is constituted of civilians, primary health care, local as well as statal, soon acquires a new regime of organization, adjusted to war conditions.

In the second part of the paper, new problems of the health care service in Lika are described. This service already was insufficient before the war, and the status worsened (especially the hospital care) also due to the flight of a major number of specialists to the other side. Still, the functioning of the hospitals in Gospić and Otočac continued thanks to the engagement of the personell of the Rijeka Clinical Center (KBC Rijeka), while the carrying-on of the increased specific needs of primary health care was helped by volunteers of the Rijeka Health Center (Dom zdravlja Rijeka).

1 Privatna ordinacija medicine rada, Rijeka; Correspondence: Privatna ordinacija medicine rada, Ul. I. Marinkovića 11, 51000 Rijeka

2 Klinika za dječju kirurgiju KBC Rijeka,

3 Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci.

In the last part of the paper, the authors, volunteers themselves and active participants of the described events, present the engagement of the personell of the Rijeka Health Center (primarily of the physicians and nurses, but also of psychologists, psychiatrists, stomatologists and technical personell) in the Lika region in the period from October 1991 until 1993. kada je uslijedio preustroj cjelokupnog vojnog saniteta pa posao nastavljaju mobilizirani zdravstveni radnici. In described period, numerous equipes voluntarily were offering complete primary health care to the civil population and refugees. They offered also first aid and organized the transport of those wunded on the fire line. Gradually, into these task were included also young, un-employed physicians and volunteers from several other health care institutions.

**Key words:** History of medicine, 20th century, Croatia, war medicine, primary health care

Agresivni rat koji je nametnut Republici Hrvatskoj, 19. kolovoza 1990. godine, blokiranjem prometnica balvanima pobunjenih Srba u okolini Knina, postavio je iznenada posebne uvjete života pučanstva, a naknadna zbivanja već na samom početku, prije prvih većih oružanih sukoba, ukazivala su na besprimjernu surovost i okrutnost sa snažnim psihološkim učinkom na sveukupnu javnost. Napadi agresora na hrvatske policijske posta u Pakracu (1. ožujka 1991.), napadima na policijski vod u Borovu Selu, a napose tijekom otvorenih ratnih sukoba u okolici Otočca i Gospića u ljeto iste godine; broj ozlijeđenih postajao je sve veći i to posebice među civilnim pučanstvom. Naime, do jeseni 1991. godine, pretežiti dio ranjenih i poginulih bile su civilne žrtve rata. U takvim je okolnostima ratovanja, odmah postajalo jasno da se zdravstvo naše domovine mora brzo ali djelomično prilagoditi brojnim specifičnostima brutalnog rata širokih razmjera na velikoj isprekidanoj i nedefiniranoj bojišnici sa znatnim brojem ozlijeđenih, otežanim transportom, s nemogućnošću pružanja prve pomoći, masovnim ubojstvima sa nemogućnošću provođenja istrage te mnoštvom neprijateljskih postrojbi smještenih u pozadini

Usporedo s agresijom na Republiku Hrvatsku, ratni utjecaji na zdravstvenu službu civilnih naselja u pozadini kao što je to bila Rijeka, global-

no će imati dvojako značenje; preustrojstvo zdravstvene zaštite najvišem stupnju pripravnosti (uz osiguravanje potencijalnih rezervi kadrova, preraspodjelu stabilnih izvora lijekova, sanitetskog materijal, transportnih vozila itd. za "vojnu namjenu sanitetskih postrojbi U formiranju"), a potom ujedno i potrebu reorganizacije rada civilnih ustanova zdravstva u odnosu na nadolazeći prvi veći val prognanika početkom rujna 1991. i s tim u svezi neophodnu preraspodjelu zdravstvenih kadrova na području primarne lokacije rada.

SS RH - Rijeke

OPERATIVNI ŠTAB LIKE  
GOSPIĆ

MOZBA

Molim Križni štab. Opštine. Rab. da nam u mjerama dalje po mogućnosti 3 (tri) liječnika opće prakse i tri medicinske sestre za pomoć u našem bolnici i uopće u sanitetskoj službi.

Ukoliko imate dobrovoljaca molimo da ih pošaljete k nama s tim da im originalno licu, malenom jaknu, kluče i kape, a ostalo ćemo im osigurati mi.

Gospić 24. rujna, 1991.

ZA OPERATIVNI ŠTAB  
gdin. THOMAS PROŠKAR  
Tolunij. Operativni

MOLIMO, MORIS PROGLASJENICI: DR. PSARIZ OPĆINA RIJEKA ŠTAB ZDRAVLJA PAX 31-544
--

Sl. 1. Zamolba Operativnog štaba Like iz Gospića za upućivanje dobrovoljaca, liječnika opće prakse i medicinskih sestara Domu zdravlja Rijeka u vojnu sanitetsku službu. Gospić 24. rujna 1991

Fig 1 .A request by the Lika Operative HQ for volunteers, GPs, and nurses, sent to the Rijeka Health Center (Gospić, September 24, 1991)

REPUBLIKA HRVATSKA  
OPĆINA RIJEKA

K r i z n i   S t a b

Rijeka, 11. listopada 1991.

Temeljem zahtjeva OPERATIVNOG STABA LIEE -- GOSPIĆ od 24. rujna 1991. godine, za pomoć dvije medicinske ekipe za rad u bolnici i sanitetskoj službi u Gospiću, KRIZNI STAB općine Rijeka donio je sljedeću

P R E P O R U K U

1. PREPORUKA SE Domu zdravlja Rijeka da uputi dvije medicinske ekipe u Gospić, koju sačinjava:  
- jedan liječnik i jedna medicinska sestra iz dobrovoljačkih redova.
2. Ekipe valja opremiti maskirnim odjelima i propisanim znakom CRVENOG KRIZA.
3. Ovu preporuku valja realizirati s danom 14. listopada ove godine.

P R E D S J E D N I K  
*[Signature]*  
Slavko LINIC

DOSTAVITI:

1. Dom zdravlja Rijeka.
2. Predsjednik STABA SANITETA, dr VALENCIO.

Sl. 2. Preporuka kriznog štaba Općine Rijeka o upućivanju sanitetskih ekipa opće medicinske pomoći u vojni sanitet na ličkom bojištu. Rijeka, 11 listopada 1991.

Fig 2. The recommendation by the Rijeka Crisis HQ about the envoy of medical teams to the Lika war zone. (Rijeka, October 11, 1991).

Stavljanjem zdravstva u prvi stupanj pripravljenosti (1. kolovoza 1991.) započinje se s provođenjem vojnog ustrojstva u zdravstvu sa ratnim uredbama. Vezano s time, u tijeku neophodnih priprema sveukupnog zdravstva za slučaj moguće još veće ratne opasnosti, niti jednoga časa nisu se dovodili u pitanje osnovni medicinski principi u organizaciji ratnog saniteta: trajno se je održavao kako stručni nivo tako ujedno i podjela rada između doktrine veoma diferentnog civilnog zdravstva i koncepta zdravstvenih teorija u obrambenom ratu

prema kojim "svaki zdravstveni radnik iz mirnodopskog zdravstvenog sustava jeste ujedno sanitetski radnik ratnog saniteta koji djeluje na ešalonima. Da bi se udovoljilo navedenom postulatu, valjalo je na zacrtanoj koncepciji izgrađivati model, kompatibilan interesima pojedinih ustanova zdravstva kao budućem vojnom sanitetu, metodama sinteze pluralizma interesa i ideja posredstvom zajedničkog autoriteta. Znači da se je, prvenstveno zauzimanjem ravnatelja zdravstvenih ustanova, a potom i Odbora za izvanredne prilike u njima, jasno i bez zadržke, izvršavalo preuređenje zdravstvene službe u ratne uvjete stavljanjem u stanje stalne pripravnosti prvo mobilnih kirurških ekipa (kirurg, anesteziolog, instrumentar, vozač, reanimobil), a odmah zatim i timova S liječnicima primarne zdravstvene zaštite (liječnik opće medicine, medicinska sestra, vozač s vozilom za hitni transport); za potrebe zdravstvene zaštite vojne sanitetske službe na širem području djelovanja pod neposrednom koordinacijom Sanitetskog štaba, načelnika Policijske uprave općinskog MUP-a, odnosno odgovorne osobe ZNG-a u okviru oružanih snaga hrvatske vojske.

Općenito pogoršani uvjeti funkcioniranja zdravstvene službe u Lici uslijed ratnih okolnosti, pokazali su već početkom rujna 1991. godine, da je prethodno izvršenu preraspodjelu zdravstvenih kadrova, sanitetskog materijala i lijekova iz zaliha civilnih zdravstvenih ustanova u pozadini, neophodno i praktički usmjeriti prema ratom ugroženom području, napose u regiju širokog ličkog bojišta. Razlozi ove redistribucije ležali su prvenstveno u činjenici što je dio zdravstvenih djelatnika već prije prebjegao u neprijateljsko zaleđe, a potom i stoga jer u ratom ugroženim općinama Otočcu, Gospiću i šire, nije od ranije postojala razvijena diferentna stacionirana kirurška zaštita. Dakle, nezadovoljavajuća civilna zdravstvena služba u tim krajevima početkom rata, neminovno je zahtijevala pomoć, kako za sebe tako i za vojne potrebe preko Operativnog štaba Like iz Gospića. Obzirom na nivoe zaštite koje pruža u miru, logično je bilo da Dom zdravlja Rijeka može udovoljavati pretežito vojnim potrebama zdravstvene zaštite na nižim etapama sanitetskog zbrinjavanja, a bolnica djelomično vojnom sanitetu pomoću mobilnih kirurških ekipa (Brinje, Drenov Klanac), a dijelom civilnoj stacionarnoj zaštiti u Otočcu i Gospiću.



*Sl. 3. Klanac, 28. listopada 1991. Mobilne ekipe opće medicine Doma zdravlja Rijeka.  
Fig. 3. Klanac, October 28, 1991. Mobile medical teams of the Rijeka Health Center.*

Uvažavajući ranije spomenuta osnovna organizaciono usmjeravajući pristupna načela kao i potrebu brzog udovoljavanja efikasnom i dostupnom zdravstvenom zaštitom u ratnom području, bilo je omogućeno tek blagovremenim osnivanjem glavnog organizacijskog okvira na razini ratnih općina, tj. Štaba saniteta Općine Rijeka pod koordinaciju Kriznog štaba regije. Značenje Sanitetskog štaba leži u činjenici što se je posredstvom njega neposrednije ostvarivala tijesna suradnja prvenstveno između zdravstvenih ustanovama u Rijeci i šire, a potom sa Općinskim tijelima uprave za poslove zdravstva, sa zdravstvu srodnim i bliskim udruženjima i postrojbama: Općinskom organizacijom Crvenog križa Hrvatske, Općinskim štabom civilne zaštite, zdravstvenom službom MUP-a, Službom izviđanja i obavještanja, humanitarnim i karitativnim organizacijama, bez kojih zdravstvena služba u složenim uvjetima rada, opterećena nepovoljnim okolnostima, gotovo da ne bi mogla adekvatno funkcionirati. Osnivanjem štaba saniteta u Rijeci, uspostavljena je nadasve značajna vertikalna povezanost zajedno sa Glav-

60

nim stožerom saniteta Republike Hrvatske, a time ujedno utemeljena pretpostavljeno savršenija daljnja organizacija i koordinacija ratne zdravstvene službe u vojnom i civilnom sanitetu šire regije izvan matične općine, koristeći se spoznajama i suvremenom doktrinom proizašlom iz sličnih kriznih žarišta u svijetu.

Prema do sada rečenom, nije teško zaključiti da se je prvo reorganizacija rada civilnih zdravstvenih ustanova s preraspodjelom postojećeg zdravstvenog kadra te zaliha sanitetskog materijala i lijekova, a potom i posljedična preobrazba i stvaranje novog ratnog zdravstvenog sustava; provodila na jasnim principima tzv. integralnog zdravstva. To drugim riječima znači da se ,je postupno oblikovao funkcionalno cjeloviti, međusobno povezani i koordinirani sustav zdravstvene zaštite i za vojne i za civilne osobe. U okvirima takvog sustava neminovno iščekavaju u mirnodopskim uvjetima prisutne diferencijacije između kategorija korisnika vojnika i građana, zatim između zasebnih nivoa vanbolničke, polikliničke i stacionarne zaštite, kao i između preventivnih, terapijskih i rehabilitacijskih postupaka. Ne samo jedinstvena doktrinarna stajališta i polivalentnost etapnih nivoa zbrinjavanja, nego i pojedinačna inventivnost, konstruktivna improvizacija, inicijativa i drugo; stvarali su od zdravstva jedini segment rata u kojem ne samo da su učestvovali stručnjaci - kvalitetan kadar koji je trebalo koordinirati, nego je ujedno davao u ratu najbolje rezultate.

Uspostavom formacijskih jedinica u postrojbama Hrvatske vojske, razvijao se je i specifični hrvatski ratno-vojni sanitet. Subordinativno odvojen od civilnog zdravstva, drugačiji od njegove podjele rada; vojni sanitet istovremeno preuzima zadatke primarne zdravstvene skrbi, hitne medicinske pomoći te jednim dijelom i higijensko-epidemiološke službe, a strukturno slijedi sintezu organizacije na vojno-formacijskoj razini voda-satnije, bojne, brigade, odnosno operativne zone i više komande. Premda deklarativno odvojen od civilnog zdravstva, ipak iz djelokruga i sadržaja rada te stvarnih interesa cjelokupnog zdravstvenog sustava proizlazi do konca rata, jedinstven model objedinjene vojne i civilne zdravstvene službe, kako je ranije rečeno.

Stoga je bilo neophodno postojeće zdravstvene ustanove (domove zdravlja, opće bolnice) u Otočcu i Gospiću, poradi bolje dostupnosti

i veće efikasnosti u radu, razmjestiti na nove lokacije brojnije raspoređene prema liniji bojišta u Ribnik, Bilaj, Lički Osik, Klanac, Perušić, Čanak, Ramljane, Sinac, Kuterevo, Brlog, Karlobag, a kasnije još u Aleksincu, Bukovac te Pocrnić. Premda znatno manjih kapaciteta od matičnih ustanova, tako formirane prijemno-trijažne zdravstvene stanice udovoljavale su osnovnim higijensko-ekološkim uvjetima, imale su vodu, električnu energiju, a zatim i grijanje po zimi. Privremene zdravstvene stanice opremaju se nužnom sanitetskom opremom i lijekovima (u zgradama napuštenih obiteljskih domova, objektima mjesnih zajednica, "disco-klubovima" itd.), na ravnim terenima s mogućnošću pogodnog pristupa sanitetskog vozila za transport. Značenje prijemno-trijažnih ambulanata leži ne samo u činjenici što se u njima etapno pruža osnovna medicinska pomoć ranjenika na razini bojne uz određivanje stupnja hitnosti daljnje evakuacije, već ujedno i poradi stalnog pružanja primarne zdravstvene zaštite tamo preostalom civilnom pučanstvu, civilima u zbjegu i drugima. Obzirom da je u ratu povećan priliv vojske, povećane su potrebe lokalnog pučanstva, prognanika, rehabilitanata i sl., neophodno je bilo promptno osnivanje i dopunskih ambulanata uz dodatno angažiranje liječnika primarne zdravstvene zaštite. Kontinuirano snabdijevanje lijekovima i sanitetskim materijalom, provodilo se je iz centralnih skladišta pomoću donacija, zatim iz matičnih ustanova civilnog zdravstva odnosno posredstvom Doma zdravlja u Rijeci. Tako uspostavljeni medicinski sustav zaštite zdravlja na bojištu, predstavlja zapravo kompromis između onoga što se čini najboljim za vojsku i onoga što od zdravstva očekuje tamo preostalo civilno pučanstvo.

Nedostatak medicinskih kadrova na prvim linijama bojišta u Lici, popunjavao je liječnicima i medicinskim sestrama (a u Garnizonskoj ambulanti Gospić sa stomatolozima) Doma zdravlja Rijeka, specijalizantima KBC-a Rijeka i nezaposlenim liječnicima.

Priznavajući posebne uvjete rada u nepovoljnim ratnim okolnostima, napose glede specifične kazuistike vrste i priljeva korisnika zdravstvene zaštite i drugog, prije odlaska na bojište, prišlo se je programiranom obučavanju i praktičnom osposobljavanju liječnika i medicinskih sestara-tehničara iz područja medicinske službe u posebnim prilikama, potom ratne medicine, kardiopulmonalnecerebralne reanima-



cije, prevencije nepoželjnih psihičkih reakcija U ratu putem tzv. "psihijatrijskog ratnog minimuma" itd., a sve skupa sa istim operativnim ciljem: poradi postizanja veće kompetentnosti zdravstvenih djelatnika u rješavanju novonastalih ratno-zdravstvenih problema. Poznato je iz literature, a to potvrđuju i naša iskustva; nakon prethodno provedenog stručnog osposobljavanja, medicinski kadrovi obavljaju šire i više funkcije od uobičajene mirnodopske prakse. To znači da liječnik opće medicine više nego uobičajeno pruža hitnu medicinsku pomoć, zatim trijažu ranjenih i oboljelih, dok medicinske sestre-tehničari provode i neke poslove liječnika opće medicine uz otvoreno forsiranje kućnog liječenja, njege u kući i sl. Jednom rječju, formiraju se na terenu mobilne ekipe primarne zaštite zdravlja koje na pojedinim lokacijama obavljaju složenije poslove i zahvate.

Obzirom da se S osnova uvjeta rada, frekvencije obolijevanja i drugog, znatno uvećava radno opterećenje postojećeg zdravstvenog osoblja na prvim linijama bojišta, od 12. listopada 1991. godine na te se zadatke bez prethodnog uvjeravanja, otvoreno angažiraju dobrovoljačke sanitetske ekipe Doma zdravlja Rijeka, a tek početkom 1993. godine, mobilizirani liječnički kadar.



Sl. 4. Otočac, 2. prosinca 1991. Povratak sanitetske ekipe s linije bojišnice  
Fig.4. Otočac. December 2, 1991. Coming back of a medical team from the fire line.

Vezano na ukupnu brojnost aktualnih sanitetskih ekipa na razini bojne istovremeno raspoređenih na dugoj liniji bojišta, treba također reći nekoliko riječi. Kako je već ranije spomenuto, vrlo promjenjiva taktička situacija na bojištu, brojčana veličina vlastitih vojnih formacija, dužina pripadajuće borbene linije i konfiguracija terena, potom dužina evakuacijskog lanca do brigadne bolnice i slično, neposredno su utjecali na istovremeno različiti broj dobrovoljačkih sanitetskih ekipa zaposlenika svih naših djelatnosti kao i dobrovoljačkih ekipa stomatološke zaštite u Garnizonskoj ambulanti Gospić, gdje učestvujemo od 9. ožujka 1992. godine zajedno sa vlastitom stomatološkom opremom. Na taj način su se od vremena do vremena, sanitetske aktivnosti Doma zdravlja u ratu znatno proširivale. Kontinuirano se je međutim, obavljao uvid u dostatnost sanitetskog ili stomatološkog materijala i lijekova, uvjete rada u postojećim prostorima, a zatim se je prema potrebi redovito osiguravala popuna bilo opreme i lijekova bilo sitnog instrumentarija kao i servisiranje stomatološke aparature. Smjena medicinskih i stomatoloških timova na prvim linijama bojišta obavlja se pod koordinacijom Doma zdravlja Rijeka jednako kao i naknadna mobilizacija, u početnim turnusima od sedam, a poslije od četrnaest dana, što smo činili do kraja ratnih djelovanja.

Ukupno zapovijedanje cjelinom disperzije zdravstvenih djelatnika na bojištu, kako prema neposrednim zahtjevima brigadne komande tako i uspostavljenom koordinatorom sa civilnim ustanovama zdravstva u pozadini, ipak provodi zapovjednik sanitetskog voda, odnosno načelnik sanitetske službe zbornog područja. Pod njihovom skrbi u okvirima vojnog saniteta, zdravstvene zadatke kroz prva dva ešalona sanitetskog zbrinjavanja, aktivno obavljaju zdravstveni djelatnici sanitetskog voda kao sastavi dio cjeline brigadnih postrojbi hrvatske vojske. Sanitetske jedinice ne samo da imaju mogućnosti zadržavanja na liječenju najlakših ranjenika i oboljelih branitelja (u vojnom stacionaru) nego se brinu oko osiguravanja mreže dostatnog broja sanitetskih postaja narazini bojne, dnevno-noćne dežurne službe u njima, neophodnog broja sanitetskih vozila, procjene nivoa potrebnih lijekova i sanitetskog materijala. Zapovjednik sanitetskog voda čuva stručni i statusni nivo zdravstvenih djelatnika, brine o podjeli rada između djelatnika vojnog saniteta, svakodnevno organizira rad u ambulanti,

stacionaru, brigadnoj komisiji za ocjenu poštede ili nesposobnosti, brine o oružanoj zaštiti saniteta itd., što je u praksi davalo najbolje rezultate. Formalno, nije manje važan, u tom smislu, niti njegov vlastiti autoritet kroz uspostavljenu subordinaciju u sanitetskim jedinicama na široj regiji, obzirom da tada još nisu postojali regionalni štabovi saniteta, a s druge strane uporno se je otvarala opravdana bojazan od pojedinačnih neslužbenih inicijativa drugih subjekata u ratnom raspoređivanju civilnih liječnika. Na te pojave mi smo isticali tada, a tako i danas mislimo da bez jasne subordinacija i odgovornosti u zapovjedanju, nema niti discipline u vojnom sanitetu.

Organizacija Hrvatskog ratnog saniteta temelji se prvenstveno na podjeli zadataka raspodjelom medicinskih kadrova, opreme i sredstava na četiri različite razine lokacije djelovanja i ustrojstva, tzv. ešalone. Kako uspjeh vojne zdravstvene skrbi u vrijeme rata stoji u izravnom odnosu sa brojem ozlijeđenih koji se nakon uspješnog liječenja ponovno vraćaju na dužnost u svoju postrojbu, sustav etapnog zbrinjavanja mora biti podešen tako da se upravo ranjenog vojnika obavi čim je prije moguće, tj. medicinskom službom stacioniranom što je moguće više prema naprijed, bliže prvim borbenim linijama u području ratnih operacija. Premda razinsko zbrinjavanje povrijeđenih ne predstavlja strogo propisanu strukturu, praktički je važno istaći njegov specifikum; jer slijedom njega, u postupku liječenja ozlijeđenih učestvuju više zdravstvenih djelatnika na različitim mjestima uzduž promjenjivog evakuacijskog lanca. Budući da je način na koji je ustrojen sustav pružanja medicinske skrbi u borbi u velikoj mjeri ovisan o prirodi rata, o dinamičnoj promjeni linije bojišta, kvantitativnim i kvalitativnim aspektima opterećenja zdravstvene službe s ozlijeđenima, raspoloživom medicinskom osoblju i slično; ipak je u tim relacijama, na cjelini ličkog bojišta uspostavljen prikladan sustav dovoljnog broja medicinskih postaja vrlo blizu položaja vojnika u rovu. Tako da se u pravilu ranjenici nisu prenosili na većim razdaljinama, čak niti kad je bio u pitanju prijevoz prema dobro opremljenim kirurškim odjelima u civilnim ustanovama zdravstva Otočca i Gospića. Usvojena praksa razvrstavanja ozlijeđenih i oboljelih na razine zbrinjavanja, stvar je konceptijskih načela, novije ratne doktrine uspješno potvrđivane u radu, ali i

organizacijske sheme koju ćemo prema vlastitim iskustvima opisati u nastavku.

Početak rata u Lici, napadom na Otočac u kolovozu 1991., na prvim borbenim ešalonima (vod-satnija) još nije bila ustrojena zadovoljavajuće organizirana vojna sanitetska služba niti u ulozi obučenih vojnika na sanitetskim zadacima, niti pak priučenih bolničara koji bi neposredno izvlačili ranjenike na bojištu, pružali prvu pomoć, prenosili ih ili upućivali na najbližu sanitetsku postaju na razini bojne. U trajnom naporu da se ipak što prije poveća neophodni nivo samopomoći i uzajamne pomoći na prvom borbenom ešalonu, tek će se naknadno, tijekom 1992., adekvatnom obukom i praktičnim edukativnim mjerama, u većem broju borbenih jedinica Hrvatske vojske uspjeti postići zadovoljavajuća razina laičke medicinske pomoći. Obzirom da je određeno vrijeme očito nedostajao prednji nivo sanitetske službe, morao se je popuniti medicinskim kadrom, sestrama tehničarima, odnosno liječnicima Doma zdravlja Rijeka, napose poradi neophodnog kontinuiteta u osiguravanju prvog i drugog ešalona na prijemno trijažnoj sanitetskoj postaji na razini bojne i brigade. Budući da su svi članovi medicinskih ekipa ponaosob djelovali timski u sastavu s vozačem sanitetskog vozila, nisu se otvarali mogući problemi pripravnosti eventualno hitnog izlaska vozila na prednju liniju bojišta putem dojave radio uređajima, kao niti brzina naknadnog transporta ranjenika od linije bojišta prema višim sanitetskim etapama. Tijekom evakuacije i sanitetskog prijevoza ozlijeđenih pod najtežim uvjetima, izloženost napadima iz zraka na prednjim ešalonima, pogibelj od granata, snajperskog i drugog brutalnog naoružanja, kao i neizvjesna taktička situacija moguće prijetnje sigurnosti kako pacijenata tako i medicinskog osoblja; uvjetovali su neophodnost zaštite sanitetskih timova maskirnim uniformama, pancirnim košuljama, osobnim zaštitnim kompletima, To je bilo nužno činiti i stoga jer su obilježja oznakama Crvenog križa, nažalost imala suprotan efekt od propisanog Ženevskim konvencijama.

Prema doktrinarno priznatoj shemi ratnog zbrinjavanja ozlijeđenih i oboljelih u okviru vojnog saniteta Hrvatske vojske, na vojnoj razini satnije, odnosno bojne, medicinske sestre-tehničari te liječnici primarne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Rijeka, osiguravali su nužne mje-

re prve pomoći i općemedicinske zaštite svima onima kojima je ta pomoć bila najpotrebnija.



*Sl. 5. Bilaj, 7. siječnja 1992. Smjena sanitetskih ekipa sanitetske postaje bojne*  
*Fig 5. Bilaj, January 7, 1992. The change of medical teams of the Battalion Medical Station.*

Zbog neposredne blizine sanitetske postaje na razini bojne prema položajima naše vojske na bojnopolju, njezin se je zadatak logično prvenstveno odnosio na hitno izvlačenje povrijeđenih, pružanje elementarne hitne medicinske skrbi koja može omogućiti povratak vojnika na dužnost ili pak na pripremu ozlijeđenog za brzu evakuaciju u pozadinu (5-15 km). U prvom slučaju ta je skrb bila minimalna, dok je u drugom mogla uključivati: pristup ranjenom, početnu procjenu stanja svijesti, procjenu općeg stanja, orijentaciju o ozljedama, osiguravanje prohodnosti dišnih putova i umjetno disanje, zaustavljanje krvarenja s postavljanjem prvog zavoja, davanje analgetika, sedativa, intravensko davanje tekućina, transportnu imobilizaciju trijažu hitnosti evakuacije te konačno transport ranjenih ili oboljelih. Početni medicinski napor na sanitetskim postajama prve borbene linije prema definiciji nije konačna medicinska skrb (premda to može biti), nego prvenstve-

no "početni napor koji je nužan da se spasi život ili ekstremitet, da se spriječi infekcija i ranjenika učini prenosivim". Uslijed velikih ograničenja u radu, nametnutih nepredvidivom taktičkom situacijom, u rijetkim je okolnostima bilo nužno detaljnije pregledavanje ozlijeđenih na položaju neposredno iza rova jer se uglavnom nije događalo istovremeno povređivanje većeg broja vojnika na istom mjestu, pa stoga nije bilo neophodno niti posebno vrednovanje prioriteta u transportu ozlijeđenih. Dostatan broj medicinskog osoblja, prostrana sanitetska vozila, zalihe sanitetskog materijala i drugo, udovoljavali su trenutačnim potrebama prvih ešalona vojno-medicinske skrbi; pa se je evakuacija ozlijeđenih i ranjenih u pojedinim slučajevima mogla odvijati mnogo ranije nego što to fiziološke reakcije organizma nalažu kao granicu, u skladu sa visoko mobilnim tipom ratovanja. Prema tome, zadatak je bio sanitetske postaje na razini bojne što hitnija primjena jednostavnih općemedicinskih mjera zaštite ozlijeđenih vojnika, tj. svega onoga što se mora, a ne što se može učiniti. Kod kroničnih bolesnika mogle su se primijeniti i proširenije mjere liječenja, a kod akutnih zaraznih bolesti npr. kod respiratornih infekcija ili oboljenja gastrointestinalnog sustava, maksimalno moguće mjere i izolaciju bolesnika. Uz to je kod ranjavanja obavezna profilaksa tetanusa, a kod zaraznih bolesti prema potrebi i davanje antibiotika.

Nastavak hitne medicinske pomoći u tijeku sanitetskog transporta, podrazumijevao je u određenim slučajevima provođenje mjera održavanja života reanimacijom, sprečavanje boli i smrtnoga straha, prevenciju dodatnih oštećenja, a prema potrebi i primjenu drugih mjera (transportni položaj, davanje infuzija i sl.), ali ne dalje od potreba koje interventnom terapijom diktiraju neposredne okolnosti. Obzirom na vrstu transportnih vozila, sanitetski prijevoz se je obavljao adaptiranim vozilima po tipu "kombi", pinc-gauverom, kolima hitne pomoći, osobnim vozilima ili drugim vrstama transporta; uvijek uz pratnju liječnika i/ili medicinske sestre-tehničara u kratkom evakuacijskom lancu od linije bojišta do najbliže brigadne bolnice.

## ZAKLJUČAK

Iako danomice izloženi opasnim prijetnjama kao i mogućnostima fizičkih napada u ratu okrutno nametnutom našem narodu, zastrašu-

jućih zločina i nasilja nad duševnim i tjelesnim poštenjem svih ljudi napaćene nam domovine, zdravstveni djelatnici nisu mijenjali niti načela liječničke etike, niti temelje Ženevskih konvencija, u skladu sa vlastitim dostojanstvom i Hipokratovom zakletvom.

Dobrovoljnost u odazivu zdravstvenih djelatnika Doma zdravlja Rijeka, bila je nada sve poznata i drugim zdravstvenim ustanovama na široj regiji, napose i stoga jer smo svoju patriotsku odanost znali iskazivati javno kako putem sredstava priopćavanja tako i još otvorenije, neposredno - uvijek kada bi se otvorila, mogućnost. Dobrovoljnost u organiziranju ratnog Saniteta, davala je bez dvojbe najbolje rezultate, pa se je time ujedno stvarao modus organizacije sanitetskog zbrinjavanja oboljelih i ranjenih u ratu, u koju su se pojedinačno uključivali i nezaposleni liječnici te liječnici iz drugih zdravstvenih ustanova posredstvom našeg rasporeda za širokom ličkom bojištu.

Na koncu ističemo zadovoljstvo svih članova medicinskih ekipa Doma zdravlja Rijeka poradi osobnog doprinosa kako očuvanju ljudskih života i zdravlja kao najveće vrijednosti čovječanstva, tako i doprinosa slobodi naše Domovine, njenoj kulturi, poštenju, radinosti i prosperitetu. Osiguravanjem sanitetskih timova opće medicine, stomatoloških brigadnih ekipa, psihijatrijskih timova pri Zdravstvenoj komisiji Zbornog područja u Gospiću, potom i vozača na sanitetskom transportu itd.; djelovali smo poticajno i vlastitim primjerom pokazali kako treba pomagati čovjeku i braniti Domovinu u teškim danima stjecanja slobode.

#### LITERATURA

1. Ajduković D, Ajduković M, Bašć J, Berić J, Grgurić J, Hirš I i sur. Priručnik za ratu identifikaciju i smjernice zbrinjavanja trauma kod djece i adolescenata. Zagreb, 993.
2. Berović G, Fančičković T, Moro Lj. Trauma - PTST - obitelj, rad. Rijeka: Klinika za psihijatriju KBC Rijeka, 1992.
3. Skupina autora. Hitna ratna kirurgija. Zagreb: Glavni sanitetski stožer Republike Hrvatske, 1991.
4. Golčić J. Strah i hrabrost - odaberimo. Rijeka: Dom zdravlja Rijeka, 1992.

5. Golčić J. Emotivna cijena rata. Rijeka: Dom zdravlja Rijeka, 1992.
6. Havelka M, Krizmanić M. Psihološka i duhovna pomoć pomagačima. Zagreb: Hrvatski Caritas, 1995.
7. Jakovac D. Primarna zdravstvena zaštita u Domovinskom ratu. Rijeka: Županija primosko-goranska, Grad Rijeka, Dom zdravlja Rijeka, 1997.
8. Materljan N. Terorizam i gerila. Rijeka, vlastito izdanje, 1995.
9. Moro Lj, Bertović G, Frančičković T, Palle-Rottar D, Špelić A. Što su stres i psihotrauma i kako ih prevladati? Rijeka: Centar za pomoć u stresu, 1994.
10. Grupa autora. Priručnik rane medicine za liječnike opće prakse. Zagreb: Štab saniteta i Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 1991.