

EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZÉS

Országos Mentőszolgálat (főigazgató: Orovecz Béla dr.) miskolci mentőállomásának
(főorvos: Kubassy László dr.) közleménye

A rohamkocsi kifejlesztése és a vele kapcsolatos tapasztalatok a miskolci mentőállomáson

Írta: Kubassy László dr.

A rendelkezésünkre álló és a mentőorvosok körében jól ismert irodalomban, de a hazánkban és külföldön lezajlott tudományos üléseken is, mind többen látják szükségét, hogy a balesettest, hirtelen életveszélyes állapotba került beteget már a helyszínen magasszintű orvosi elsősegélynyújtásban kell részesíteni, hogy az állapota a kórházba érkezésig ne súlyosbodjék, sőt a beavatkozások nyomán oly mértékben javuljon, ami után a sérült, a beteg állapota reverzibilis marad és a végleges ellátása haladéktalanul megtörténhet a megfelelő intézeti körülmények között.

Egyöntetűen alakult ki a vélemény: korszerűen szervezett és felszerelt, személyi állományával jól kiképzett mentőszolgálat szükséges (18).

Ezen belül is olyan munkacsoportok kialakítása kívánatos, melyek az előbbieken említett általános követelményeken túl is képesek beavatkozni és a legújabb feltárt reanimációs eljárásokat is alkalmazni tudják.

Ilyen megfontolások után indult útjára 1954. márciusában Budapesten a rohamkocsi-szolgálat (6, 9), amely — bátran állíthatjuk — a hozzáfűzött reményeket beváltotta és példaképpül szolgált a külföldi mentőszolgálatok hasonló törekvéseiben. 1956. júniusában szerveztük meg Miskolcon is a rohamkocsi-szolgálatot (9). *Thán* (24) beszámolójában említi, hogy a pécsi mentőállomáson 1957-től külön mentőládában shockellenes szereket visznek, ami gyakorlatilag a rohamkocsihoz hasonló ellátásra való törekvést célozza. 1957. júniusától működik a kölni rohamkocsi (8). *Polikarpov* (19) beszámolójában 1957-től, *Goljakov* (10) szerint 1958-tól van rohamkocsi Leningrádban. A budapesti eredmények alapján 1958. októberében állították szolgálatba az első bukaresti rohamkocsit (15). A budapesti nemzetközi mentőkongresszus után 1959-ben, a párizsi sebészeti akadémián *R. Monot* (15) és mások hiányolták országukban az egységesen szervezett mentőszolgálatot és javasolták különleges felszerelésű mentőgépkocsik üzembeállítását. Minden bizonnyal rohamkocsira gondoltak, az eredményről a rendelkezésünkre álló irodalomban nem találunk említést, azonban *Felkai* szóbeli közléséből tudjuk, hogy Strassbourg körzete megszervezte a maga „nagy orvosi segély” szolgálatát. Magdeburgban *Lembcke* sebészprofesszor (14) irányításával 1960. január 20. óta működik egy speciálisan felszerelt mentőgépkocsi, melynek orvosi személyzete klinikája orvosai közül kerül ki. A II. nemzetközi mentőorvos kongresszuson (Berlin, 1960. okt. 3—7.) *Boesselmann* (3) a berlini kísérleti rohamkocsi rövid 4 hetes tapasztalatait pozitívan értékelte. *Svedov* (22) a moszkvai, *Bauer* (13) a heidelbergi rohamkocsi munkájáról számolt be, de tudunk a kevi, a prágai rohamkocsi működéséről és ismeretes a dániai Falck-szervezet (21) mentőmunkája. Ugyancsak *Felkai* elmondásából tudjuk, hogy az NSZK-ban 1965 végéig 7 város kapott rohamkocsit azzal, hogy a felszerelés használhatóságáról tegyenek jelentést. Düsseldorfban 3

klinomobil (= rohamkocsi) szolgál, az amerikai Belhany Hospital ugyancsak 3 ilyen kocsit üzemeltet, klinomobilt vásárolt Algéria, Indonézia és más államok is. Pittsburghban *Safar* ugyancsak rohamkocsit építtetett.

„Rohamkocsi”, „rohamkocsi-szolgálat” tulajdonképpen nem a legszerencsésebb meghatározás, de más országban sem tudtak jobb elnevezést találni. Minden mentőkocsiban van mentőláda, melynek tartalmával (gyógyszer, kötszer stb.) orvosi elsősegélyt is lehet nyújtani. A rohamkocsi ezen túlmenően, bővebben felszerelt mentőautót jelent, melyben az életmentő, nagyobb beavatkozásokhoz is megvan a lehetőség (pulmotor, leszívó, EKG., steril műszerek tracheotómiához, érpraeparáláshoz, plazma-pótszerek stb.). A laikusok által is balesetnek tudott sérülésekhez, mérgezésekhez a mentőgyakorlatban a különféle akután fellépő megbetegedéseket is hozzászámítjuk és „eset”-nek nevezzük.

A miskolci mentőállomáson 1956. júniusában szerveztük meg először a rohamkocsi-szolgálatot. A munkát megindítottuk és a budapesti ellátási formákat igyekeztünk mi is alkalmazni. A kocsilétszámból egyet rohamkocsinak jelöltünk ki és a szükséges felszereléssel láttuk el. Néhány hónapi működés után 1957 tavaszától, az orvosi karban bekövetkezett személyi változások nyomán, a rohamkocsi-szolgálat munkája szünetelt. 1960-tól ismét folytattuk e munkát alkalmanként vitt felszereléssel. 1962-től nappal rendszeresen, majd 1964-től éjjel-nappal folyamatosan visszaállítottuk a rohamkocsi-szolgálatot.

Felkai (7) alapkövetelménynek tartja, hogy a rohamkocsira beosztott ápoló szakképzett legyen. Mi is ezen elv szerint választottuk ki az ápolókat, a tapasztaltabb szakápolóktól jobb ténykedést lehet és kell elvárunk. Az ápolókat és gépkocsivezetőket részben kiválasztásunk, részben önkéntes vállalkozásuk alapján osztottuk be rohamkocsi-szolgálatra. Örömmel állapíthatom meg, hogy minden időben volt és van nem egy bajtársunk, aki önzetlenül, hivatástudattal, a szakma iránti szeretetből vállalja a nehezebb feladatokat is, mint ahogy azt *Felkai* (6) is említi.

Jelenleg két Nysa-kocsink van rohamkocsiként felszerelve. Havonta felváltva teljesítenek rohamkocsi-szolgálatot. Ha egyik rohamkocsi műszaki okból kiesik (meghibásodás, I.—II. szemle stb.), a másik lép be helyette. Mindkét kocsin rádió is van. Külön ládában tartalék rohamfelszerelést tárolunk, így gyakorlatilag minden kocsinkban végezhető magasabb szintű ellátás, ha orvos vonul ki és a rohamfelszerelést magával viszi. A jelenlegi mentőkocsik az orvosi beavatkozásokhoz meglehetősen szűkek.

Francia szerzők (11) szerint alapvető feltétel, hogy a mentőkocsin ne legyen műtő. Ezen elvet vallotta több hozzászóló az 1964. évi magdeburgi utcai balesetek symposiumán is (13), ahol *Bauer* bemutatta és ismertette az autóbusz nagyságú rohamkocsiját, mely komoly műtétre alkalmas módon van berendezve. Véleményünk szerint is szükségtelen a túl nagy méret, mely a mozgékonyaság rovására megy, sokkal inkább a nehéz terepen való mozgás és minden körülmények között üzembiztos, jó rugózású kocsi a követelmény, ahogyan ezt a budapesti nemzetközi kongresszuson *Rados* (20) is kifejtette és az előadás hozzászólói: *Lengauer*, *León*, *Mikes* külön hangsúlyozták a négykerék meghajtás szükségességét, nyilván a rossz terepviszonyokra is gondolva. Figyelemre méltó az Autó—Motor 1965. évi 19. számában (1) megjelent fényképes közlemény, mely hírül adja, hogy új típusú baleseti rohamkocsit szerkesztettek a moszkvai autógyártók. Ez ideálisnak látszik a leírás és a fénykép alapján, feltehetően a ZIL 118-as mikrobusz (2) speciális változata.

Mind a hazai, mind a külföldi tapasztalatok a mentőkocsik rádióirányításának előnyét igazolják. A mentőállomásunkon is lényegesen megnőtt a roham-

kocsi kihatásnálóhatósága, a menet közbeni továbbirányítás lehetősége az ellátás gyorsítását, idő- és gazdasági vonatkozású takarékossgát tesz lehetővé, mely a szűk létszám és anyagi viszonyaink mellett nem hanyagolható el.

Felvetődik még a kérdés: melyik mentőállomás lássa el a sérültet, a közelebbi orvos nélkül, vagy a távolabbi orrossal, sőt rohamkocsival? A hívások köztudomásúan igen megbízhatatlanok, egyszer a súlyos balesetről sem tudnak bővebb felvilágosítást adni, máskor a banálisakat is felnagyítják. Ha a távolabbi rohamkocsi indulna az eset ellátására, vége-hossza nem volna a közelebbi mentőállomáson a sürgetésnek. Viszont eltúlzott esetekhez kivonuló rohamkocsi nem győzné a valóban feladatkörébe vágó munkát ellátni. Itt mutatkozna valamennyi kocsin a rádió szükségessége, mert ilyenkor a legközelebbi mentőegység vonulna ki és a helyszínről kérhetné a rohamkocsi segítségét, ha az eset azt feltétlenül megkívánja.

Munkánk során nemcsak traumatológiai esetek kapcsán, de súlyos mérgezés, atóniás vérzés és egyéb életveszélyes állapotokban is eredményesen használjuk fel a rohamkocsi adta, szélesebb skálájú ellátási lehetőséget. Ezt nagymértékben támogatná, a fejlődés lehetőségét biztosítaná mentőállomásunkon is egyelőre a meglévő ambulanciánk, fektetőnk nagyobb arányú működtetése és az ebből kifejlesztendő mentőkórház. A mentőkórház hasznosságára döntő bizonyíték a budapesti, de *Krenszel* (12) is erről számolt be a III. nemzetközi mentőorvosi kongresszuson, a krakkói mentőszolgálat működését ismertette.

A rohamkocsival nyújtott ellátásunkat a kórházi osztályok nem egyforma elismeréssel fogadták. Voltak olyan hangok is, hogy jobb, ha nem adunk semmit. Az egyre több és eredményesebb beavatkozásunk nyomán természetesen ezek a kételyek hamar eloszlottak és mind nagyobb megértéssel és együttműködési szándékkal találkozunk. Véleményünk szerint a kórházak valamennyi, természetesen elsősorban a traumatológiai osztályával szükséges a kölcsönös egyetértés. Megállapíthatjuk, hogy ez területünkön megvan.

Esetellátásunk színvonala egyrészt emelkedik, másrészt viszont rohamosan süllyed. Az esetek számának emelkedésével növekszik az igénybevétel, így relative kevesebb helyre jut ki orvos, amit még az 1964. év végétől a létszámcsökkentés is fokozott. A középkáder-elsősegély — bármilyen magas színvonalra sikerülne is emelni — nem pótolja az orvosi elsősegélyt. *Szántó* (23), *Csató* (4) és mások egyértelműen állapítják meg, saját tapasztalatunk is az, hogy a vidéki rohamkocsik számát kellene növelni, mert éppen itt jelentkezik számottevően a nagyobb távolság, rosszabb útviszonyok, a mentőhívás elhúzódása és az ellátás nélkül, alkalmi járművel való szállítás, vagy nem kellő ellátás miatt a súlyos szállítási trauma, a sérültek, betegek helyrehozhatatlan egészségkárosodása.

A helyi továbbképzéseken és önképzéseken túl szükséges az orvosok és az ápolók továbbképzési lehetőségét intézményesen is biztosítani. Az Orvostovábbképző Intézet programjában vannak olyan előadássorozatok, melyek a mentőorvosok számára is hasznosak lehetnének. Folyamatosan biztosítani kellene, hogy orvosaink mind a területi, mind az országos, sőt a külföldi tudományos üléseken, kongresszusokon is részt vehessenek.

Mentőápolóink továbbképzése is rendszeresen folyik a mentőállomásainkon. Főápolóink és rohamkocsis ápolóink részére jó lenne időnként 1—2 napos összevont továbbképző előadássorozatot rendezni, ahol az e feladatkörhöz tartozó tudomány haladásáról hallhatnának és személyes tapasztalataikat is kicserélhetnék.

Szólnom kell a műszaki mentésről is. A vidéki gyakorlatban a mentők kihívása hosszabb-rövidebb idő alatt megtörténik, de egyidejűleg nem értesítik a tűzoltókat, akik a műszaki mentést végzik. Nemegyszer a helyszíntre érkezé-

sükkor kell a műszaki mentésről intézkednünk, ez pedig értékes félórát rabol el a súlyos állapotú sérültektől. Az alkalmi kiszabadítók pedig sokszor többet ártanak, mint használnak. Célszerű volna egy országos jellegű ankét, esetleg televíziós beszélgetés is, ahol a mentés orvosi és műszaki problémáit vitatnák meg, hogy közös erőfeszítéssel és jobb felkészültséggel küzdhessünk bajba jutott embertársaink életéért.

Nem kívánok e beszámoló keretében a rohamkocsink orvosi munkájáról részleteiben szólni, hiszen az ellátási formák az általános irányelveknek megfelelőek. Beavatkozásaink száma örvendetesen emelkedik, igyekszünk gyakorlatunkban az újabb ismereteket is alkalmazni. Csak néhány kiragadott esetünket ismertetem az elmondottak igazolása végett:

E. 3474/1962. aug. 17. 10.04 óra. Miskolc keleti szélére áramütéshez vonulunk ki, a helyszínre 10 perc alatt elsőnek érkezünk. V. J. 16 éves fiú a 35 ezer voltos távvezeték oszlopára mászott fel és áramütést szenvedve, az oszlop felső részén fennakadt. 10 perc múlva megérkezett a tűzoltóság, amikor kiderült, hogy magaslétrás kocsit szükséges, intézkedésükre ez csak fél óra múlva érkezett. Időközben az áramszolgáltató vállalat a vezeték kikapcsolását intézte az érdekelt üzemek előzetes telefon-értesítése mellett. Majd ezután két szerelő érkezett a helyszínre, jelezve a vezeték áramtalanítását és biztonság okából helyi földelést is rögtönöztek. Ezekután kaptak parancsot a tűzoltók a magaslétrán való felhatolásra, illetve a mentés megkezdésére. Pontosan másfél órát várakoztunk a helyszínen a műszaki mentésre, mire a sérülthöz, illetve a nyilvánvalóan cadaverhez hozzájuthattunk.

E. 4271/1963. szept. 28. 12.40 óra. Diósgyőri italbomba, szurkáláshoz vonulunk ki. Az ellátatlan sérültet egy személykocsi hozza. Bal combjából átvételekor is ömlik a vér. Erősen kivérzett, radiális pulzusa, vérnyomása nem észlelhető, percenként 2—3 terminalis légzés. A kórház közelsége miatt csak vérzéscsillapítás, oxigén. Az ügyelet orvos cadavernek nézi, csak az apnoe után észlelt terminalis légzésre kezdi a sebet ellátni. A rohamkocsiból előhozott pulmotorral gépi lélegeztetést kezdünk, infúsiót kötünk be, i. v. excitansokat adunk. 10 perc múlva spontán légzés, vérnyomása is rendeződik, később eszméletre tér, beszélnek vele. A kórházban nem lévén vér, a rohamkocsi a Vérellátóból vért hoz, mialatt a reanimatiót végezzük. Az esti órákban ismét shockba esik, ezt már nem tudják befolyásolni és exitál.

E. 1229/1964. márc. 30. 12.30-kor haslövéshez vonulunk ki Miskolctól 22 km-nyire. S. L. 15 éves fiút játszótársa géppisztollyal hasbalötte. A bal spina iliaca ant. mellett behatolási sebzés, az egész has deszkakemény, pulzus alig tapintható, vérnyomás nem mérhető. Azonnal morfium, strofantin, folyadékpótlás a szállítás alatt is, így a bal eset után kb. másfél órával érünk a sérülttel a baleseti sebészetre, ahol 150/90-es tensióval, 90-es pulzussal adjuk át, azonnal műtetre kerül, a többszörös bélsérülés kórelfolyása zavartalan, a hasi seb 7 napon belül gyógyult. A sérültnél idegi laesio következtében járászavar volt, azonban rehabilitációs kezeléssel jól gyógyult, amiről 1965. szeptemberében magunk is meggyőződünk.

E. 4848/1964. nov. 25. 15.00 óra. A szikszói kórházban fekvő súlyos gyógyszermérgezettnél légzésbénulás lép fel, redimylt, excitansokat, oxigént, mesterséges lélegeztetést adnak. Kierkezésünkkor cyanoticus, teljesen apnoés a beteg, pulzus alig tapintható, vérnyomása nem mérhető, pupillája tág, fénymerev, cornea-reflexe nincsen. Pulmotorunkkal gépi lélegeztetést kísérünk meg, azonban légúti akadály miatt ez nem sikerül, a nyákszívás nem eredményes. A hordágyon fekvő betegnél azonnal tracheotomiát végzünk, mire állapota javul, RR:80 Hgmm. Szállítás alatt is állandóan mesterséges lélegeztetést, oxigént, nyákszívást alkalmazva, 16.45-kor érünk a vastüdőosztályra. Itt a gépi kanülre való átállítás nehézkesen megy, de végül is eredményes. Távozásunkkor a beteg színe jobb, RR:100/60, pupillák fényre reagálnak, de másfél óra múlva exitál.

E. 1755/1965. máj. 15. 1.15 óra. Nyékládházai homokbányába, tehervonat és teherautó karamboljához vonulunk ki. Vasúti kocsi alatt teherautó roncsait találjuk, a roncsok között két sérült, a műszaki mentés helyi erőekkel folyik. Az egyik sérültnek csupán a feje látszik, életjelenség nélkül. A másiknak csak a bal kézfeje szabad csuklóig, egész testére kiterjedő fájdalomról panaszkodik, de teste többi részéből semmi nem látható. A kézfejbe i. v. cocktailt adunk, mire panaszai megszűnnek. A műszaki mentés még másfél óráig elhúzódik, miközben majdnem újabb balesetek keletkeznek a szervezetlenség és a szakszerűtlenség miatt, noha a helyszínen gépi

emelők is vannak. Mialatt a beszorult sérültet látjuk el, megkezdik a roncsok szétvágását láng-pisztollyal, a szétroncsolódott autó tartályából kifolyó benzin közelében, nem gondolva a tűz- és robbanásveszélyre. Végül is a jóval utánunk érkező tűzoltók fejezik be a műszaki mentést. A kimentett sérült aluszékony, RR:60/40 Hgmm., alig tapintható pulzus; strophosidot és plasmadex-infúsiót adunk, shockos állapotát rendezve, 130/90-es vérnyomással adjuk át koponyaalapi és medencecsont-töréssel, gyógyulása zavartalan.

E. 2404/1965. július 2. 2.30 óra. Az encsi mentőállomásunk az abaujszántói szülőotthonból erősen vérző és kivérzett placenta praeviás beteget szállít a miskolci koraszülő osztályra. Látva a beteg súlyos állapotát, útközben állomáshelyéről rádióan a rohamkocsi segítségét kéri. A szomszéd falun túl a rohamkocsiba átvesszük a beteget, infúsiót adunk. Egyben rádióan a miskolci mentőállomás közvetítésével értesítjük a szülészetet, közölve a terhességi kiskönyvecske alapján a beteg vércsoportját is. Mire a kórházba érünk, az osztály megfelelő csoportú és mennyiségű vérral transfúzióra és műtétre készen várja a beteget.

E. 2702/1965. július 20. 11.11 óra. Vérző asszonyt kell beszállítanunk. A helyszínen derül ki, hogy a IV. hónapos terhes erősen kivérzett, shockos állapotban van. Körzeti orvosa excitansokkal látta el. A mentőegység azonnal a rohamkocsi segítségét kéri rádióan és elindul a beteggel. Találkozáskor 90-es vérnyomás, könnyen elnyomható pulzus, enyhe légszomj. Infúsiót kötünk be, rendezett keringéssel adjuk át a kórházban.

E. 3676/1965. szept. 25. 14.12 óra. A tapolcai úton motorkerékpáros lett rosszul. Nem rohamkocsi vonul ki orvossal. A helyszínen derül ki, hogy a motorkerékpáron haladó vezető ingébe darázs csapódott és nyakán megszúrta, amikor a darázs eltávolítására megállt, nyomban eszméletét veszítette. Kérkezésünkkor eszméletlen, vérnyomása nem mérhető, pulzusa nem tapintható, bőre sápadt, erősen verejtékezik. Antihistaminikumok nagy dózisaúra a beteg állapota rendeződik és tiszta sensoriummal, száraz bőrrel, 170/90-es vérnyomással adjuk át a kórházban, ahonnan másnap saját motorján távozik.

Összefoglalás: A szerző ismerteti a hazai és a külföldi mentőszervezetek rohamkocsi-szolgálatának kifejlődését.

Megállapítja, hogy a rohamkocsival nyújtható helyszíni elsősegély a hozzáfűzött reményeket területükön szintén beváltotta, nemcsak traumatológiai, hanem egyéb oxológiai esetekben is. A baleseti ellátás, illetve a rohamkocsi-szolgálat kiterjesztése döntően éppen a vidéki gyakorlatban szükséges, megfelelőbb gépkocsival és lehetőleg mentőkórház-bázissal.

Irodalom

1. *Autó—Motor*, 1965. 19. 6. old. — 2. *Autó—Motor*, 1965. 20. 16. old. — 3. *Boesselmann A.*: Mentőorvos-Továbbképzés 4: 121. 1962. — 4. *Csató P.*: Mentőorvos-Továbbképzés 6: 25. 1965. — 5. *Dubovitz D.*: Népegészségügy, 1960. 5. 118. — 6. *Felkai T.*: Mentőápoló-Továbbképzés 1: 11. 1959. — 7. *Felkai T.*: Mentőorvos-Továbbképzés 5: 33. 1963. — 8. *Friedhoff E.*: Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója (Országos Mentőszolgálat, Budapest, 1958.) 276. — 9. *Gábor A.—Felkai T.—Vései Z.*: Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója (Országos Mentőszolgálat, Budapest, 1958.) 213. — 10. *Goljakov V. N.*: Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója (Országos Mentőszolgálat, Budapest, 1958.) 282. — 11. *Kempf I.—Moniatte J. P.—Anger R.*: Mentőorvos-Továbbképzés 5: 64. 1963. — 12. *Krenzel*: Mentőorvos-Továbbképzés 5: 7. 1963. — 13. *Kubassy L.*: Útjelentés a Magdeburgban 1964. X. 22—23-án tartott utcai közlekedési balesetek symposiumáról. Kézirat. — 14. *Lembcke*: Mentőorvos-Továbbképzés 4: 114. 1962. — 15. *Leon V. I.*: Mentőorvos-Továbbképzés 4: 114. 1962. — 16. *Orovecz B.*: Népegészségügy, 1958. 5—6. 105. — 17. *Orovecz B.* (szerk.): Orvosi Elsősegélynyújtás (Oxológia) Budapest, Medicina, 1963. 7—11. — 18. *Orovecz B.* és mtsai: Mentőorvos-Továbbképzés 5: 10. 1963. — 19. *Polikarpov*: Mentőorvos-Továbbképzés 4: 117. 1962. — 20. *Rados E.*: Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója (Országos Mentőszolgálat, Budapest, 1958.) 393—412. — 21. *Rormark A.*: Mentőorvos-Továbbképzés 3: 42. 1960. — 22. *Svedov A. F.*: Mentőorvos-Továbbképzés 4: 118. 1962. — 23. *Szántó Gy.*: Orv. Hetil. 1965. 23. 1066. — 24. *Than N.*: Nemzetközi Mentőkongresszus Beszámolója (Országos Mentőszolgálat, Budapest, 1958.) 292.

Д-р Кубашин Л.:

РАЗВИТИЕ СПАСАТЕЛЬНЫХ МАШИН СКОРОЙ ПОМОЩИ И ОПЫТ РАБОТЫ ИХ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА МИШКОЛЬЦ

Автор рассматривает развитие отечественной и зарубежной спасательной службы скорой помощи.

Он устанавливает, что спасательная машина в области первой помощи соответствует надеждам не только в случае травм, но и в случае оксипогии. Распространение спасательной службы очень важно именно в провинции особенно если имеется больница скорой помощи.

Dr. L. Kubassy:

ÜBER DIE AUSSTATTUNG DER KLINOMOBILE UND DIE DAMIT ERWORBENEN ERFAHRUNGEN AN EINER UNFALLSTATION

Verfasser erörtert die Entwicklung des Klinomobilen-Dienstes in der einheimischen sowie ausländischen Rettung. Es lässt sich einwandfrei festlegen, dass sich die lokalen Hilfeleistungen, die durch einen Klinomobil geleistet werden können, auch auf dem Arbeitsgebiet des Autors sowohl in traumatologischer als auch oxyologischer Hinsicht allen Anforderungen als recht entsprechend erwiesen. Eine Ausweitung der Unfallbetreuung, bzw. des Klinomobilen-Dienstes ist eben besonders in der Provinzpraxis erforderlich, mit mehr entsprechenden Ambulanzwagen und möglicherweise mit einer Rettungsanstalt-Basis.