

A rendkívüli körülmények között végzendő egészségügyi ellátás néhány szervezési kérdése

Nagy természeti és egyéb katasztrófák, járványok, az elmúlt és a napjainkban is folyó háborúk sokszor idéztek már elő rendkívüli körülményeket. Városok, egész országrészek szenvedtek súlyos veszteségeket, az emberek tömegei sérültek meg, lettek betegek és haltak meg (5).

Egy-egy katasztrófa következtében olyan körülmények alakulnak ki, hogy a kárt szenvedett területen az élet- és a vagyonmentéshez az egész társadalom összefogása válik szükségessé (2). Tapasztalatok bizonyítják, hogy katasztrófa okozta körülmények között a mentési munkálatok minél gyorsabb és folyamatosabb megszervezéséhez számos, a megszokottól eltérő feladat megoldását kell biztosítani, a megszokottól eltérő formában, eltérő módszerekkel (1, 2). Valószínűleg ezért honosodott meg mind az irodalomban, mind a gyakorlatban a katasztrófa következtében előállott situációk „rendkívüli körülmények” elnevezése.

Egészségügyi szervezési szempontból nézve minden olyan helyzet, „rendkívülinek” minősíthető, amely a lakosság széles rétegei egészségének nagymértékű veszélyeztetettségét és károsodását okozhatja és az egészségügyi szerveket és intézményeket, a közegészségügyi-járványügyi szolgálatot a megszokottnál nagyobb követelmények elé állítja.

Rendkívüli körülmények között az egészségügyi ellátás gyors és hatékony megszervezése során különösen fontosá válik az együttműködő szervek közötti koordináció, a központi és a területi szervek szoros együttműködése és az irányító szervek folyamatos informálása a kialakult helyzetről.

Ugyanakkor a kárfelszámolás minél rövidebb időn belüli végrehajtása igényként veti fel az irányítás legcélszerűbb mértékű centralizálását, biztosítva egyúttal egy-egy szakterületet irányító szerv vagy személy részére a gyors intézkedéshez szükséges hatáskört is (4).

Rendkívüli körülmények között reálisan számolni lehet olyan situáció kialakulásával is, amelyben nem biztosítható, hogy a kárt szenvedett terület érdekében az egész ország mozgósítsa erőit. Ebben az esetben a kárt szenvedett terület lakossága érdekében elsősorban a közvetlen környező területek, államigazgatási egységek rendelkezésére álló anyagi, technikai és személyi erőket lehet felhasználni. (Például a közlekedési utak és a hírközlő berendezések rongálódása, illetve más okok miatt esetleg egész országrésznyi területek kerülhetnek olyan helyzetbe, hogy nem tudnak kapcsolatot teremteni a központi irányító szervekkel.)

A katasztrófa-körülményekre többnyire jellemző, hogy rövid időn belül nagyszámú sérülés fordul elő. Ez és az egyéb károsodások, rombolások stb. arra kényszerítik szolgálatunkat, hogy a tömeges sérültellátás időszakában le kell mondanunk néhány — egyébként kötelezően elfogadott és alkalmazott — működési, ellátási elvről, vagyis más, a szokásostól eltérő szervezési és ellátási elveket kell bevezetni és következetesen érvényesíteni (3).

A szakirodalom általában megegyezik abban, hogy a tömeges sérültellátás időszakában a „kompromisszumos medicina” elvét kell alkalmazni (1,

5). Ennek a lényege:

— az ellátás terjedelmét az életmentő orvosi beavatkozásokra kell korlátozni;

— az egyes ellátási szakaszokon nyújtható beavatkozások mértékét és terjedelmét ún. főszakorvosi irányelvek szabályozzák;

— az ellátási szakaszok számát minél kevesebbre kell csökkenteni.

Az egészségügyi ellátás szervezése mindennapi körülmények között is általában sokoldalú koordinálást igénylő feladat; méginkább az a tömeges sérültellátás szervezése, irányítása. Nagyszámú sérült rövid időn belüli ellátása nemcsak az egészségügyi szolgálat szerveinek, intézményeinek és dolgozóinak szakszerű, begyakorolt és gyors munkáját igényli, hanem szükségessé teszi az állami és társadalmi szervek, mindenekelőtt a társszolgálatok (katonaegészségügyi szolgálat, MÁV stb.) hatékony együttműködését is. A lakosság részvétele az életmentésben, kiképzett elsősegélynyújtók tevékenykedése, a helyi államigazgatási szervek támogatása a szükségmegoldások igénybevétele során, a társszervek által biztosított eszközök és anyagok a sérültek szállításához, elhelyezéséhez, élelmezéséhez — számos egyéb tényező mellett — mind feltételei a tömeges sérültellátás megszervezésének.

Még optimális feltételek mellett is nagy ellentmondás mutatkozik egy katasztrófa esetén ellátásra váró sérültek száma és az adott államigazgatási egység (pl. megye) rendelkezésére álló egészségügyi erők és eszközök ellátó kapacitása között.

Lefolytatott gyakorlatok és elméleti számítások elemzése azt mutatja, hogy a legtöbb gondot a szakemberek megfelelő helyekre történő csoportosítása, a fekvőbetegellátó intézmények férőhelyeinek és a sérültszállításhoz szükséges számú és erre a célra megfelelő járművek biztosítása okozza.

Célszerű ezért az egészségügyi ellátást a szomszédos megyék erőinek és eszközeinek közreműködésével, illetve igénybevételével megszervezni. Több megye egészségügyi erőinek, eszközeinek együttes felhasználása viszont igen szoros koordinálást igényel.

Ugyancsak számos, részleteiben még fel nem tárt problémát vet fel a rendkívüli körülmények között végzendő egészségügyi ellátás irányításának kérdése. Az nyilvánvalónak látszik, hogy a tömeges egészségügyi ellátást közvetlenül irányító szakvezetőnek az egészségügyi erők és eszközök leggazdaságosabb felhasználása érdekében rendelkeznie kell az operatív intézkedéshez szükséges hatáskörrel. Folyamatosan meg kell kapnia a szükséges információkat nemcsak az egészségügyi, hanem az összes érintett szervek és intézmények részéről is (1, 4). Ugyanakkor biztosítani kell, hogy az előírt szakmai jelentései eljussanak a főlérendelt egészségügyi szervekhez.

A rendkívüli körülmények között végzendő egészségügyi ellátás szervezési elvei közül az alábbiakat szükséges kiemelni:

1. A tömeges sérültellátás időszakában egységes elvek szerint kell szabályozni az ellátás mértékét, az egészségügyi segélynyújtó egységek és intézmények működési rendjét, különösen nagy figyelmet fordítva minden ellátási szakaszon a sérültek osztályozására.

2. A fekvőbetegellátó intézmények működését át kell szervezni és alkalmassá kell tenni őket a sérültek tömeges fogadására és ellátására; ugyanakkor tartalék- és szükségfelszerelések és eszközök igénybevételével növelni kell a férőhelyek számát.

3. A rendelkezésre álló egészségügyi szakemberek igénybevételét a legcélsezerűbb módon történő átcsoportosításokkal kell megoldani.

4. Fontos feladatnak kell tekinteni az egészségügyi anyagellátás és a fo-

lyamatos utánpótlás megszervezését külön is kiemelve a tömeges sérültellátásban nagy jelentőségű vér, plazma, plazmapótszer és egyéb infúziós oldat biztosítását.

5. Célszerű szigorú megelőző közegészségügyi-járványügyi rendszabályokat életbeléptetni még akkor is, ha ezt az adott járványügyi helyzet egyelőre nem indokolja.

6. Az egészségügyi szolgálat működésének irányításában — a szokásostól eltérően — a kötelező érvényű utasításos rendszert kell bevezetni.

Ha elfogadjuk tényként azt, hogy egy kárt szenvedett terület tömeges sérültjeinek ellátása meghaladja az adott terület egészségügyi szolgálatának lehetőségeit, akkor nyilvánvaló, hogy a környező területek egészségügyi erőinek és eszközeinek együttes felhasználásával kell számolni. Ebben az esetben természetes, hogy az egészségügyi szervezés terén is szükséges kutatásokat végezni avégett, hogy több megye egészségügyi szolgálata koordinált együttműködésének szervezeti formáit kialakítsuk.

Nyilvánvaló, hogy a katasztrófák térbeli kiterjedése nem azonos a törvényműleg kialakult közigazgatási határokkal. Az egészségügyi (és egyéb!) ellátás hatékonyságát növelő egyik szervezési mód lehet a legfontosabb feladatoknak — mint pl. a szakemberekkel való „gazdálkodásnak”, az egészségügyi anyagellátás és utánpótlás, valamint a vérellátás, a közegészségügyi-járványügyi ellátás egyes kiemelt feladatainak — az irányítását több közigazgatási egységből létrehozott, ún. tájegység-szinten szabályozni.

Egy 1970-ben végzett kísérlet tapasztalatai is igazolták, hogy irányítás és működés szempontjából optimális nagyságú területi egységnek a 3—5 megyét magában foglaló, a természetes határok és az egészségügyi centrumok (pl. orvostudományi egyetemek) figyelembevételével kialakított tájegység látszik. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy a feladatok konkrét végrehajtásáért a megfelelő szintű tanácsi egészségügyi szakirányítási szervek felelősek. Az adott feladat végrehajtásának tartamára időlegesen létesített és közbeiktatott középszintű irányítás fő feladata a tájegységben felmerülő feladatok elvégzésének koordinálása és kapcsolat-tartás a tájegység és a központi szerv között. Ennek megfelelően csak jogszabályban meghatározott módon irányíthat operatív.

ÖSSZEFOGLALÁS:

A szerző ismerteti a szakirodalomban általánosan kialakult elvet, amely szerint katasztrófa okozta körülmények között a nagyszámú sérült rövid időn belüli ellátása csak a „kompromisszumos medicina” elvének bevezetésével, a szokásostól eltérő szervezési, működési, irányítási elvek és módszerek alkalmazásával oldható meg.

Tapasztalati adatok alapján hangsúlyozza, hogy egy kárt szenvedett terület sérültjeinek ellátása érdekében több megye egészségügyi erőinek és eszközeinek együttes felhasználásával kell számolni. Ez szükségessé teszi az együttműködő megyék egészségügyi szolgálata közötti koordináció szorosabbá tételét.

Véleménye szerint az együttműködés hatékonyságát növeli, ha a legfontosabb feladatok szervezését a közigazgatási határoktól függetlenül oldják meg. Célszerűnek látszik működtetni az érintett megyékre kiterjedő hatáskörrel rendelkező, ún. középszintű egészségügyi irányítószervet (a kiemelt feladatok végrehajtásának irányítására). Ez az időlegesen létrehozott szerv azonban nem csökkentené az érintett egészségügyi vezetők felelősségét a konkrét feladatok végrehajtásában.

Optimális nagyságú tájegységnek a 3—5 megyét magában foglaló, a természetes határok és az egészségügyi centrumok figyelembevételével kialakított terület látszik, természetesen figyelembe véve a katasztrófa következtében kialakult konkrét situációt.

IRODALOM:

1. *Dózsa A.*: Nemzetközi konferencia a katasztrófa védelméről. Polgári Védelem XIV. évf. 8. sz. — 2. *Dorđević Zarko*: O nehim problema medicina skopog katastrofi. Vojnosanit. pregl. 1964. 21. — 3. *Farádi L.*: A tömeges sérültellátás alapvető elvei. Orvosi Hetilap 109. évf. 39. sz. 4. — 4. *Cz. Karolák*: A háttországvédelem irányításának és vezetésének egyes sajátosságai. Vpl. Wojskowa 1967. 12. sz. — 5. A katasztrófavédelem egészségügyi kérdései. Organisation Internationale de Protection Civile-OSPC 1971. novemberi tájékoztatója. (ref. a Polgári Védelem 1971. évi 2., 3., 5. száma).

Боне Ю.:

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В АВАРИЙНЫХ УСЛОВИЯХ

Автором излагается общепринятый в литературе принцип, по которому оказание в кратчайший срок медицинской помощи массовым пораженным катастроф может быть обеспечено только введением принципа «медицины компромиссов», применением отличающихся от нормы принципов и методов организации, работы и управления.

На основе данных, накопленных в опыте, автором подчеркивается, что в интересах медицинского обеспечения пораженных пострадавшей территории должно быть предусмотрено совместное применение сил и средств медицинской службы нескольких комитатов. С целью этого требуется более тесная координация медицинских служб сотрудничающих комитатов. По мнению автора, эффективность сотрудничества повышается, если организация важнейших задач происходит независимо от административных границ. Целесообразным кажется организовать т. н. орган мед. управления среднего уровня (для управления выполнением первоочередных задач) с компетенцией во всех комитатах, включенных в сотрудничество. Однако этот временный орган не уменьшил бы ответственность заведующих медицинской службой за выполнение конкретных задач.

Оптимальной единицей кажется территория, составленная из 3—5 комитатов, имея в виду при этом природные границы, медицинские центры и, конечно, ту конкретную обстановку, которая складывается вследствие катастрофы.

Dr. Júlia Bóné:

EINIGE ORGANISATIONSFRAGEN DER MEDIZINISCHEN BETREUUNG UNTER AUSSERORDENTLICHEN UMSTÄNDEN

Verfasserin erörtert das in der Fachliteratur allgemein anerkannte Prinzip wonach unter Katastrophenumständen eine Betreuung binnen kurzem Zeitabstand der zahlreichen Geschädigten nur aufgrund der Einführung von Grundlagen einer „Kompromißmedizin“ sowie durch Anwendung solcher Prinzipien und Methoden der Tätigkeit und Führung lösbar wird, die von dem Gewöhnlichen abweichen. Anhand der Erfahrungsdaten wird betont, daß es im Interesse der Betreuung von Geschädigten auf einem Schadengebiet mit der gemeinsamen Verwendung der medizinischen Kräfte und Mittel mehrerer Komitee gerechnet werden muß. Eine engere Koordination zwischen den Gesundheitswesen der kooperierenden Komitee wird dadurch benötigt. Verfasserin ist der Meinung, daß die Wirksamkeit dieser Zusammenarbeit wird erhöht, wenn man die Organisation der wichtigsten Aufgaben unabhängig von den administrativen Grenzen löst. Zur Leitung der Durchführung hervorgehobener Aufgaben scheint es als zweckmäßig ein sog. Gesundheitsführungsorgan mittlerer Abstufung funktionieren zu lassen, dessen Wirkungsgebiet sich auf die interessierten Komitee ausdehnt. Dies temporär zustandegebrachte Organ soll jedoch keineswegs zur Ermäßigung der Verantwortlichkeit der beteiligten Leiter des Gesundheitswesens bei der Durchführung ihrer konkreten Aufgaben führen. Als eine Gebietseinheit optimaler Größe scheint ein Gebiet zu sein, das 3 bis 5 Komitee zusammenfaßt und mit Rücksicht auf die naturellen Grenze und Gesundheitszentren ausgebildet wurde, natürlich die infolge der Katastrophe aufgetretene konkrete Situation beachtend.