

HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA
ÉS A
MAGYAR KATONAI
KATASZTRÓFAORVOSTANI
TÁRSASÁG LAPJA



Szerkesztőbizottság

elnökök:

r. Svéd László

elnökhelyettes:

r. Orgován György

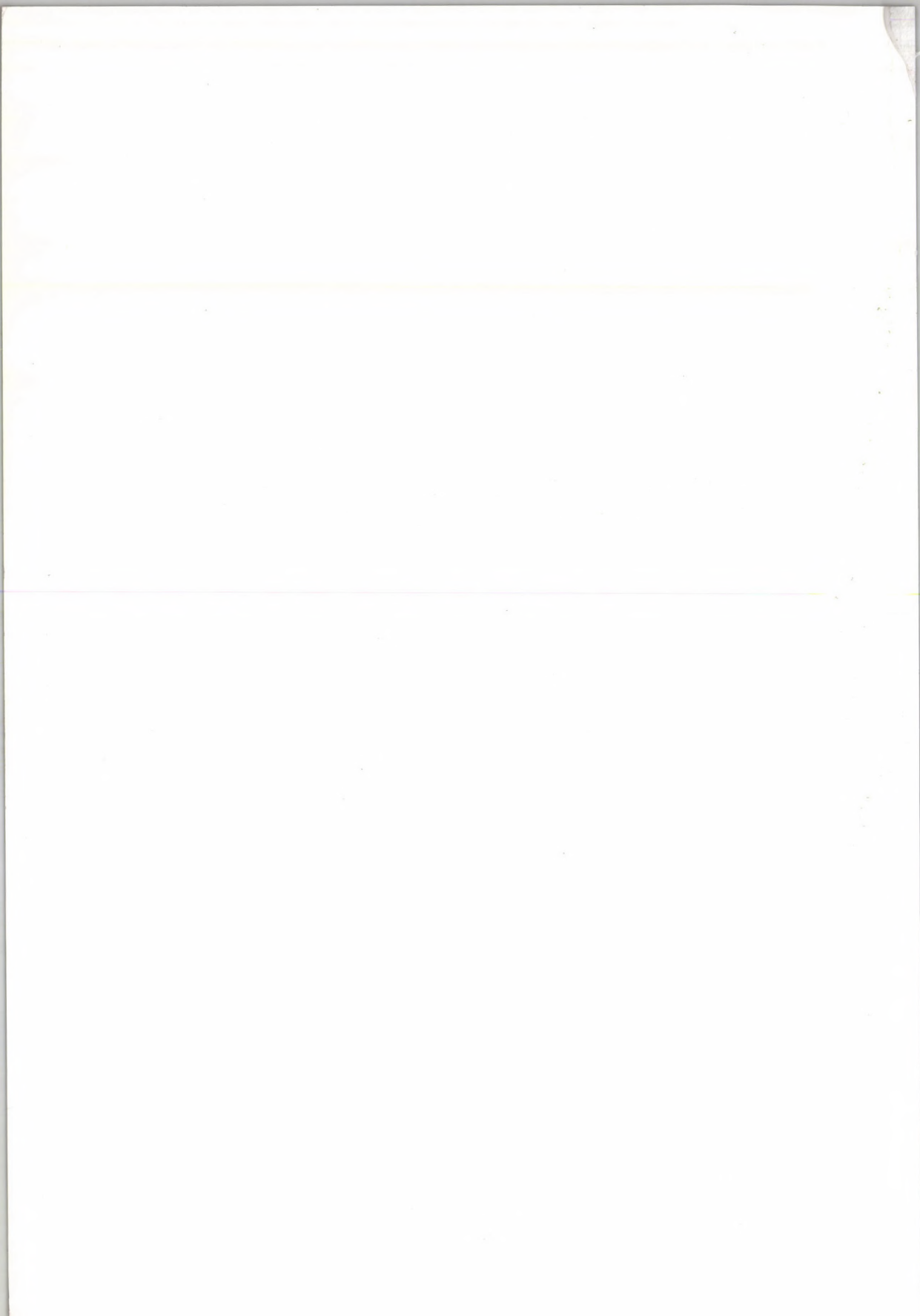
összerkesztő:

r. Hideg János

tagok:

r. Berky Mihály,
r. Birkás János,
r. Bognár László,
r. Farkas József,
r. Fűrész József,
r. Grósz Andor,
r. Hangay Géza,
r. Hetei Péter,
r. Horváth István,
r. László Imre,
r. Liptay László,
r. Magyar László,
r. Mezőfy Miklós,
r. Németh András

L. ÉVFOLYAM
1998/4.



HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA
ÉS
A MAGYAR KATONAI-KATASZTRÓFAORVOSTANI
TÁRSASÁG LAPJA

L. ÉVFOLYAM
1998/4

HONVÉDORVOS SZERKESZTŐSÉGE

Dr. Dávid Gábor, Dr. Fiam Béla, Dr. Breznayné F. Ilona

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. vagy 1555 Budapest Pf.: 68.

Telefon: 350-0611/13-12 vagy 18-65 mellék, HM: 161-43 vagy 171-80, Fax: 340-1144

Kiadja: Zrínyi Kiadó 1087 Budapest, Kerepesi út 29/b, Tel.: 333-9165

Kiadásért felelős: Eszes Máté, Telefon: 333-9165, *Készült:* MOHA Bt. Nyomda,

Index: 25376 HU ISSN 0133-879, nyilvántartási szám: B/FL/11/91.

TARTALOM

Dr. Svéd László o.vőrgy.

Az MH Egészségügyi Doktrína rendeltetése, céljai, alapelvei227

Prof. dr. Vámos László ny. o.vőrgy., DSc.

Az egészségügyi biztosítás megújuló koncepciójának alapelvei234

Dr. Faludi Gábor o.ezds.

A katonai megelőző orvostani biztosítás a Magyar Honvédség megújuló egészségügyi biztosítási rendszerében.....249

Dr. Aracsi László o.ezds.

Sürgősségi betegellátás – honvédegészségügy265

Dr. László Imre o.ezds.

Az intézeti sürgősségi betegellátás alapjai272

Dr. Orgován György o.ezds., PhD., egyetemi magántanár

A tábori sebészeti eljárás új jellemzői278

Dr. Liptay László ny. o.ezds.

A tábori belgyógyászati ellátás új jellemzői284

Dr. Kovács Gábor o.ezds.

A háborús pszichiátriai ellátás szervezésének új elvei.....294

Dr. Fűrész József orvosezredes, PhD., egyetemi magántanár,

Prof. Dr. Hideg János ny. orvosvezérőrnagy, DSc.,

Dr. Svéd László orvosvezérőrnagy,

Prof. Dr. Vámos László ny. orvosvezérőrnagy, DSc.

Az oktatás és képzés helye, szerepe a Magyar

Honvédegészségügy stratégiai koncepciójában300

CONTENTS

Maj.gen. L. Svéd M.D.M.C.	227
Purpose, function, principles of the military medical doctrine of the Hungarian Defence Forces	
Prof. L. Vámos M.D., DSc., (ret.) maj.gen.	234
Basic conception for the renewed conception of medical support	
Col. G. Faludi M.D.M.C. Military preventive medicine - as a part of new doctrine - of medical support of Hungarian Defence Forces.	249
Col. L. Aracsi M.D.M.C. Emergency medicine - military health care	265
Col. I. László M.D.M.C.	272
Basis of emergency medicine at institutional level	
Col. Gy. Orgován M.D.M.C., PhD., med.habil. New aspects of war surgery	278
Col. (ret.) L. Liptay M.D.	294
New features of war medicine	
Col. G. Kovács M.D.M.C.	294
New concept for the management of war psychiatry	
Col. J. Fűrész, M.D.M.C., PhD., med.habil., Prof. J. Hideg M.D., DSc., (ret.) maj.gen., Maj.gen. L. Svéd M.D.M.C., Prof. L. Vámos M.D. DSc., (ret.) maj.gen. Strategic conception of the military and disaster medicine education and training in Hungary	300

HVK Egészségügyi Csoportfőnökség

Az MH Egészségügyi Doktrína rendeltetése, céljai, alapelvei

Dr. Svéd László orvosvezérőrnagy

Kulcsszavak: katonai stratégia, nemzetbiztonság, katonai doktrína, összhaderőnemi, fegyvernemi, funkcionális doktrínák, egészségügyi biztosítás

A szerző a dolgozatában összefoglalja a Magyar Honvédség béke és háborús egészségügyi biztosításának stratégiai feladatait, az egészségügyi doktrína kidolgozásának szükségességét. Meghatározza az összhaderőnemi doktrína helyét, szerepét az ország biztonság- és szövetségi politikai (NATO) rendszerében. Kifejti, hogy az MH egészségügyi doktrínájának tartalmaznia kell az MH egészségügyi biztosításának céljait, feladatait békeidőszakban, nem háborús hadműveletekben, háborús hadműveletek különböző formáiban és katasztrófa helyzetben.

A HVK Egészségügyi Csoportfőnökség immáron 2 éve dolgozik az összhaderőnemi doktrínán, amely alapvető és meghatározó dokumentuma annak a műhelymunkának, amelynek eredményeképpen megszülethet a majdnem minden követelménynek megfelelő, a Magyar Honvédség egészségügyi biztosítását legjobban megvalósítható elvek, nézetek és állásfoglalások gyűjteménye.

Az egészségügytől látszólag távol eső, de összefüggéseiben a jelen szituációban mindenféleképp vizsgálandó terület a stratégiák és doktrínák, ezen túl, illetve belül, az ország biztonságpolitikája kiépítésének összefüggéseiről kell néhány szót ejteni. Ezeknek a területeknek a vizsgálata ugyanis rávilágít a doktrínák szük-

ségességére és arra is, hogy miért kell az egészségügyi szolgálatnak ezzel a kérdéssel ilyen komolysággal foglalkoznia.

Az egészségügyi szolgálatnak a logisztikai funkcionális doktrínában való megjelenése mellett, sokrétűsége és specialitásai miatt szükséges egy önálló doktrína kiadása, a későbbi szabályozók megkönnyítése és a különböző elvek és elméletek egyértelmű összehangolása miatt.

A Magyar Honvédség Összhaderőnemi Doktrínája (ÖHD) a Magyar Köztársaság Katonai Stratégia-tervezete bázisán készült. A Magyar Honvédség alapdoktrínáját képezi, a doktrína-hierarchia csúcán helyezkedik el.

Alapvetően a Magyar Honvédség hadászati vezetési szintjén megjelenő összhaderőnemi tevékenységek tervezésével, szervezésével, vezetésével, támogatásával, a haderő szervezeti felépítésével, felkészítésével, alkalmazásával összefüggő – a NATO-dokumentumokkal harmonizáló – irányelveket tartalmazza (I. táblázat).

Katonai stratégia

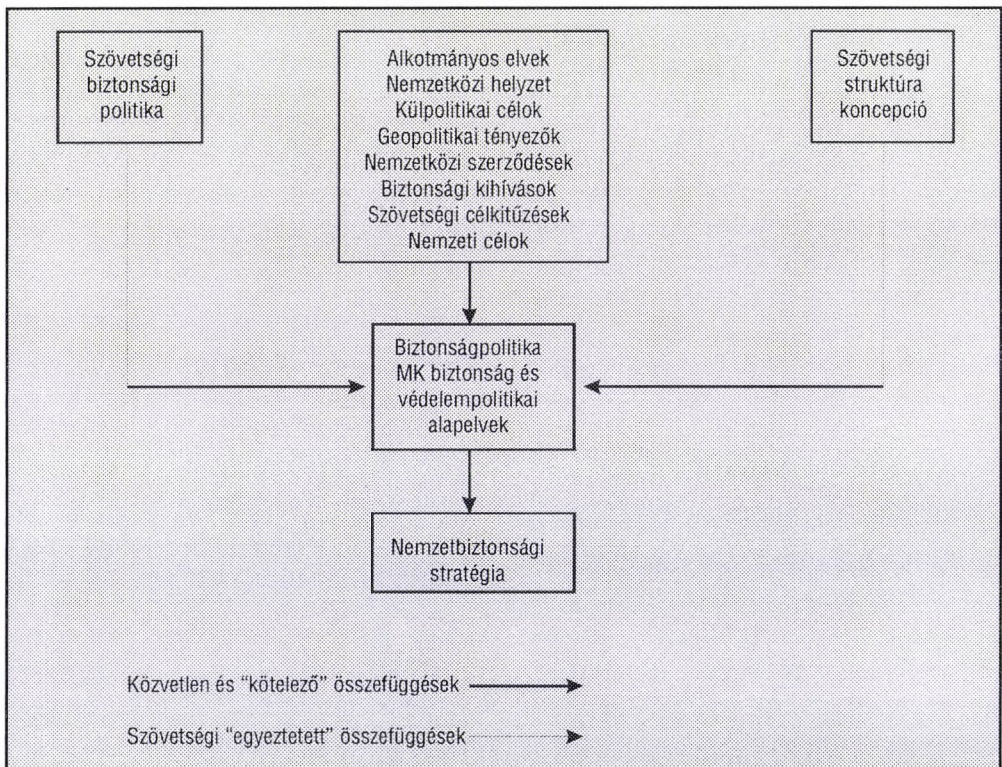
Nemzetbiztonsági erőforrások, valamint a fegyveres erők fejlesztésével és alkalmazásával kapcsolatos komplex nézetek és tevékenységrendszer, abból a célból, hogy ez maximálisan szolgálja a nemzetbiztonságot, illetve a katonai védelmi feladatok sikeres és

megbízható végrehajtását.

A katonai stratégia a nemzeti stratégiának, a nemzeti célkitűzések végrehajtása érdekében a katonai erő fejlesztésének és alkalmazási módjait megjelenítő alkotó eleme.

Magában foglalja:

- geostratégiát,
- egyes államok feszültségeit,
- fegyveres erők lehetséges feladatát a fentiek figyelembevételével,
- felmerülő újabb problémák valószínűségét és jellegét,
- aktuális haderő fejlesztését,
- fegyveres erők szerepét a nemzetközi kapcsolatok rendszerében,
- szövetségi rendszerekhez való csatlakozás feladatait,



I. táblázat:

Az ország biztonságpolitikája kiépítésének összefüggései

- nemzeti hadiiparral szembeni elvárásokat,
- fegyveres erők tevékenységével összefüggő logisztikai célkitűzéseket és feladatokat stb.

Katonai doktrína

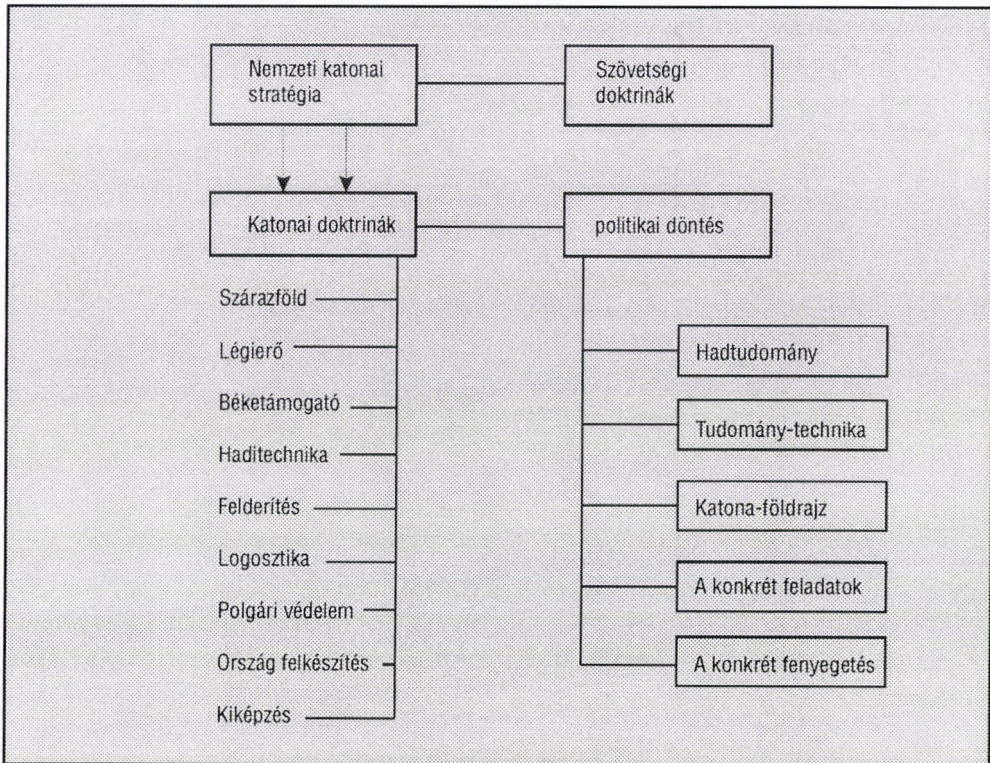
Megfogalmazott doktrína az elmúlt 40 évben nem volt.

A régi fogalma igen egyszerű volt. Ez a következők szerint hangzik: "a biztonságpolitikából és honvédelmi politikából következő, az állam vezető szervei által hivatalosan elfogadott azon politikai és katonai állásfoglalások, nézetek és követelmények rendszere, amelyek egy adott időszakban a háború megelőzésére, bekövetkezte

esetén a jellegére, céljaira, a fegyveres erők és az ország reá való felkészítésére, a haderő alkalmazására, továbbá a háború megvívásának módjaira, a hadászati célok elérésének mikéntjére vonatkoznak. A doktrínák kidolgozását befolyásoló tényezőket a II. táblázat tartalmazza.

A legújabb megfogalmazás szerint a katonai doktrína a katonai erőknek, a stratégiai célkitűzések érdekében végrehajtandó tevékenységek irányítása és végrehajtása alapelveinek és követelményeinek az összessége.

Mindezen kérdések részletesebb, illetve alacsonyabb szinten történő feldolgozását az ezen a doktrína alap-



II. táblázat

Doktrínák kidolgozását befolyásoló tényezők

ján kidolgozásra kerülő már említett funkcionális doktrínák, valamint a haderőnemi doktrínák tartalmazzák. Ennek részeként tekintjük a logisztikai doktrína kiemelt fejezeteként a speciális kérdéseket tartalmazó egészségügyi doktrínát, amelynek alapvető rendeltetése az, hogy a haderő sikeres tevékenységéhez nélkülözhetetlen egységes szemléletmódot, felfogást és cselekvést, – több aspektust is figyelembe véve – biztosítsák.

Mindezeket figyelembe véve a Magyar Hovédség egészségügyi szolgálata doktrínájának fejezeteire és azon belül néhány tartalmi részletre az alábbiak javasolhatók.

I. A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának rendeltetése, küldetése, célkitűzése, feladatai és felépítése

1.) A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának rendeltetése

A személyi állomány egészségéről való gondolkodás, amely alapvetően a szolgálat által megvalósított parancsnoki felelősségi körbe tartozó feladat, amellyel mind háborús, mind béke időszakban hozzájárul a humán erőforrások megőrzéséhez, a hadműveleti és az alaprendeltetésből következő feladatok sikeres megvalósításához, azaz az igényjogosultaknak a kor színvonalának megfelelő, lehető legteljesebb egészségügyi ellátás biztosítása, beleértve a megelőzés és a rehabilitáció feladatait.

2.) A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának küldetése és célkitűzése

Az elmúlt időszakban elvégzett különböző szintű vizsgálatok, átvilágítások, elemzések alapján összegezhető, hogy az egészségügyi szolgálat:

Küldetése: nem más, mint „az állomány magas szintű ellátásával, harc-készültsége szinten tartásával erősítse a nemzet biztonságát, képezze az ország sürgősségi és katasztrófa egészségügyi ellátórendszerének alapját,

Célkitűzése: az erők egyesítésének olyan – a katonaegészségügy szolgáltatásának fejlesztésével kapcsolatos – stratégiai terv kidolgozása szükséges, amellyel a honvédelmi és az egészségügyi tárca meggyőző hatást tud gyakorolni a döntéshozókra, annak érdekében, hogy a honvéd egészségügy által elgondolt jövőkép és küldetés megvalósuljon.

Ennek a stratégiai tervnek az alapjait az egészségügyi doktrínának kell képeznie.

3.) Az alaprendeltetésből, valamint az összhaderőnemi haderő kötelezettségeiből eredően a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatnak az alábbi feladatoknak kell eleget tenni:

a) Felkészülés az alaprendeltetésből adódó egészségügyi biztosítási feladatok megoldására,

b) Az ország védelmével, valamint a nemzetközi szerződésbe foglalt katonai kötelezettségek teljesítésére alkalmazott erők egészségügyi biztosításának végrehajtására,

c) Gyógyító-megelőző alapellátás, intézeti járó- és fekvőbeteg-ellátás, re-

habilitáció, közegészségügyi-járványvédelmi biztosítás a honvédség személyi állománya és az igényjogosultak részére,

d) A honvédség személyi állománya egészségi állapotának, pszichikai és fizikai teljesítőképességének vizsgálata, minősítése,

e) A fokozott megterhelésnek kitett személyi állomány, a repülő-hajózó állomány rendszeres egészségügyi szűrése, hatósági minősítése,

f) Az egészségügyi szervezetek egészségügyi szakanyagokkal, szaktechnikai eszközökkel történő ellátása, működésük feltételeinek biztosítása,

g) Kutatás és fejlesztés, felkészülés, kiképzés és továbbképzés a katonai és katasztrófa-orvostan területén,

h) Együttműködés az állami egészségügyi szolgálattal katasztrófák egészségügyi következményeinek felszámolásában, az arra felkészülésben.

4.) *A katonaegészségügyi szolgálat felépítése:*

- Csapattagozat
- Központi tagozat

II. Az MH egészségügyi biztosításának céljai, alapelvei

1.) *Az egészségügyi biztosítás alapvető fajtái*

a.) békeidőszak

b.) nem háborús hadműveletek:

- konfliktus megelőzés (válságkezelés),
- külső fegyveres csoportok visszaverése,

- szükségállapotban a fegyveres csoportok elleni fellépés,
- elemi csapások, katasztrófák,
- befogadó nemzeti támogatás,
- béketámogató művelet,
- különleges és támogató művelet.

c.) háborús műveletek:

- védelmi,
- támadó,
- elszakadási,
- különleges és támogató.

2.) *Egészségügyi biztosítás alapelvei*

- humanitárius konvenciók betartása,
- az egészségügyi ellátás szabványai,
- egészségvédelem, prevenció,
- az egészségügyi ellátás spektruma,
- az egészségügyi ellátás időfüggőség miatti korlátozásai,
- osztályozás,
- kiürítésre való alkalmasság,
- az ellátás folyamatossága,
- beteggel való kommunikáció,
- orvosi titoktartás.

3.) *Az egészségügyi biztosítás területei*

a) megelőzés

- felkészítés és kiképzés,
- közegészségügyi-járványvédelmi rendszabályok,
- egészségügyi, fizikai és pszichikai alkalmasság követelményeinek meghatározása,
- személyi állomány mentálhigiénés helyzete,
- ABV fegyverek elleni védelem egészségügyi rendszabályai, beleértve a felkészítést és a védőeszközök biztosítását.

b) gyógyítás

- alapelvek,

- segélyhelyek,
- anyagok és eszközök.

c) kiürítés

- alapelvek,
- végrehajtás,
- eszközök.

d) kutatás és tudományos tevékenység.

4.) Az egészségügyi biztosítás tervezése

Az egészségügyi biztosítás tervezésének az általános hadműveleti és az előre nem látható eseményekre is ki kell terjedni. A tervezést tapasztalt egészségügyi személyzet kell hogy végezze, amelyet hatékony, operatív egészségügyi felderítő rendszer támogat. Az egészségügyi törzs nagyon közeli kapcsolatban tevékenykedik a személyüggyel, a hadműveleti felderítéssel, a hadművelettel, a polgári-katonai együttműködés szervezetével, valamint a logisztikai törzsek teljes vertikumával, az erőforrások összehangolása és az egészségügyi szolgálat tevékenysége feltételrendszerének biztosítása érdekében.

5.) Az egészségügyi biztosítás vezetése

A vezetésnek képesnek kell lenni a hatékony egészségügyi biztosítás végrehajtására. A vezetési rendszernek képesnek kell lenni:

a) a tervezésre, szervezésre, a végrehajtás irányítására az egészségügyi biztosítási feladatok teljes spektrumában.

b) a parancsnok elé a pontos és gyors hadműveleti egészségügyi tanácsadásra.

c) az előljáró parancsnokságok egész-

ségügyi törzsei részére lényeges egészségügyi információk szolgáltatására.

d) pontos, időbeni egészségügyi felderítés megszervezésére, irányítására, a kapott információk feldolgozására.

Ezeket a képességeket az alkalmazás minden lehetséges változatában fenn kell tartani.

III. Katasztrófavhelyzetek és különleges műveletek, valamint feladatok egészségügyi biztosítása

Ezek a feladatok ellentétben a hagyományos műveletekkel általában kis-méretűek, precíz tervezésűek, rugalmas és nem sablonos, titkosan illetve rejtetten, és önállóan is végrehajthatók. Ezek feltételezik a sokoldalú és különleges képességeket, ebből következően mind a felkészítés, mind az alkalmazás során különös körülményekre van szükség.

IV. Polgári és katonai együttműködés és egészségügyi kapcsolatok

- tartalma,
- területei,
- követelményei.

V. Az egészségügyi biztosítás alapvető jogszabályai

- Genfi konvenciók,
- Honvédelmi és HSZT Törvény,
- Egészségügyi Törvény,
- Egyebek.

Maj.gen. L. Svéd M.D.M.C.

Purpose, function, principles of the military medical doctrine of the Hungarian Defence Forces

The author summarises the strategic tasks of the military medical support of HDF in peace- and wartime. He determines the place of the doctrine and its role in the system of the national safety and federal politics (NATO).

He explains that the military medical doctrine of HDF has to involve purpose, tasks of the medical support in peacetime, not in military operations, in various forms of war operations and in case of disaster medicine.

Dr. Svéd László o.őörgy.

1885 Budapest, Pf. 25.

Az egészségügyi biztosítás megújuló koncepciójának alapelvei

Prof. Dr. Vámos László ny. orvosvezérőrnagy, DSc.

Kulcsszavak: egészségügyi biztosítás, összhaderőnemi és egészségügyi doktrína, szövetségi egészségügyi biztosítás princípiumai, gyógyító-kiürítő ellátás alapelvei, szervezeti-működési modell

A szerző az MH Orvosi Tudományos Tanács 1999. évi munka értekezletén megtartott előadása alapján a dolgozatban az egészségügyi biztosítást meghatározó külső és belső tényezők változásainak elemzésével, a XX. század második fele egyes helyi háborúi és fegyveres konfliktusai tapasztalatainak számbavételével következtetéseket von le az egészségügyi biztosítás új alapelveire, az erre alapozott ellátó rendszer céljaira, szervezeti-működési modelljére, az egyes ellátó tagozatok rendeltetésére, modul rendszerű felépítésük célszerűnek vélt változatára.

Orvostörténeti tény, hogy egészen a XVIII. század elejéig a harci sérültek sorsa legalább olyan mértékben múlt az egyéni szerencsén, mint a korabeli orvoslás lehetőségein. Ebben az időszakban még a nem súlyos sérülések is törvényszerűen együtt jártak a sebfertőzés, az empyema, a szepszis fellépésének veszélyével. A hadjáratokat szinte elkerülhetetlenül követték a súlyos epidémiák. A járványok gyakran nagyobb veszteségeket okoztak, mint a korabeli fegyverzet.

Az alapvető változást az orvostudomány XVIII. század végén meginduló, majd a XIX. században folytatódó nagyszerű fejlődése eredményezte, amikor az empirikus megfigyelésekre és a spekulatív elmé-

letekre alapozott orvostudományt felváltotta a kísérletes élettanra alapozott medicina. Az orvostudomány ekkor vált és válhatott a természettudományok részévé.

Ugyanezen időszakban a hadviselés lehetőségei alapvetően megváltoztak. Az ipari fejlődés lehetővé tette nem csak a nagytávolságú, a korábbiaknál lényegesen gyorsabb és nagyobb kapacitású vasúti és tengeri gőzhajózást, hanem újabb fegyvertípusok tömeges előállítását is. Mindezeknek betudhatóan változott a stratégiai koncepció, a fegyveres erők létszáma és haderőnemi felépítése, a hadászati-hadműveleti elvek, a hadviselés lehetséges tér és időbeni kiterjedése.

Mindezek természetes következményeként lényegesen módosult a várható egészségügyi veszteség nagysága, annak fegyvertípus, testtájék és súlyosság szerinti megoszlása, a fertőző megbetegedések fellépését befolyásoló közegészségügyi- járványügyi körülmények.

A XIX-XX. századforduló idején már rendelkezésre álltak az antiszepezsiz és aszepezsiz módszerei, az újabb és újabb, mind hatékonyabb fájdalomcsillapítók. A kórokozók jelentős részének felfedezése, majd az általuk termelt hatóanyagok megismerése eredményeként lehetővé vált egyes fertőző megbetegedések ellen tömeges védőoltás alkalmazása.

Ebben az időszakban vált egyik oldalról lehetővé, a másik oldalról pedig szükségessé a természettudományos ismeretekre alapozott medicina egyik új szakágzatának, a katonai orvostannak a kialakulása. Ettől az időszaktól kezdve a katonai medicina már nem korlátozódott csupán az orvostudomány eredményeinek alkalmazására a fegyveres erők állományában. Feladatává lett a fegyveres erők állományának egészségvédelme, a békében nem, vagy csak elvétve előforduló kórformák és sérülés típusok patológiájának, diagnosztikájának, terápiájának kutatása, a tömeges sérültellátás egészségügyi taktikájának kidolgozása és folyamatos fejlesztése.

Messzire vezetne a katonai orvostan és a fegyveres erők egészségügyi biztosítása fejlődésének elemzése. Annyi azonban megállapítható, hogy ered-

ményességét vagy fiaskóit a stratégiai koncepció és az egészségügyi biztosítás alapelvei közötti összhang megteremtése, vagy annak elmulasztása lényegesen befolyásolták.

A jövő megalapozása érdekében a múlt tanulságainak számbavétele szükséges, de nem elégséges. Az egészségügyi biztosítás jelenlegi és belátható időn belüli feladatait befolyásoló tényezők alapvetően eltérnek még a legközelebbi múlt helyi háborúiban és fegyveres konfliktusaiiban észleltektől.

1. Az egészségügyi biztosítás fogalma, tartalma, rendeltetése

A katonai orvostan felgyorsult fejlődésének jelen szakaszát az újonnan átvett terminológiák sokasága és a korábbi terminológiák egymás melletti alkalmazása jellemzi. Aligha kétséges a hazai és a szövetségi rendszerben alkalmazott terminológiák egységes értelmezésének szükségessége és jelentősége. Ezen múlik például a segélynyújtás, vagy az összetett, a többszörös és a kombinált sérülések fogalmának azonos alkalmazása.

A különböző nyelvekben az azonos fogalmak kifejezésére alkalmazott szóhasználat azonos, vagy eltérő lehet. Így például az angolszász szakirodalomban az egészségügyi biztosítás fogalmának kifejezésére alkalmazott „support” szó szerinti fordításában támogatásnak felel meg. A magyar nyelvben a támogatás és a biztosítás nem azonos fogalmat takar, egymásnak nem szinonimái [11, 12]. Ismert az is, hogy egyes szavak alkal-

mazása a szaknyelvezetben, avagy a tájszólásokban eltérhet annak köznap alkalmazásától, vagyis idiomatikusak [13].

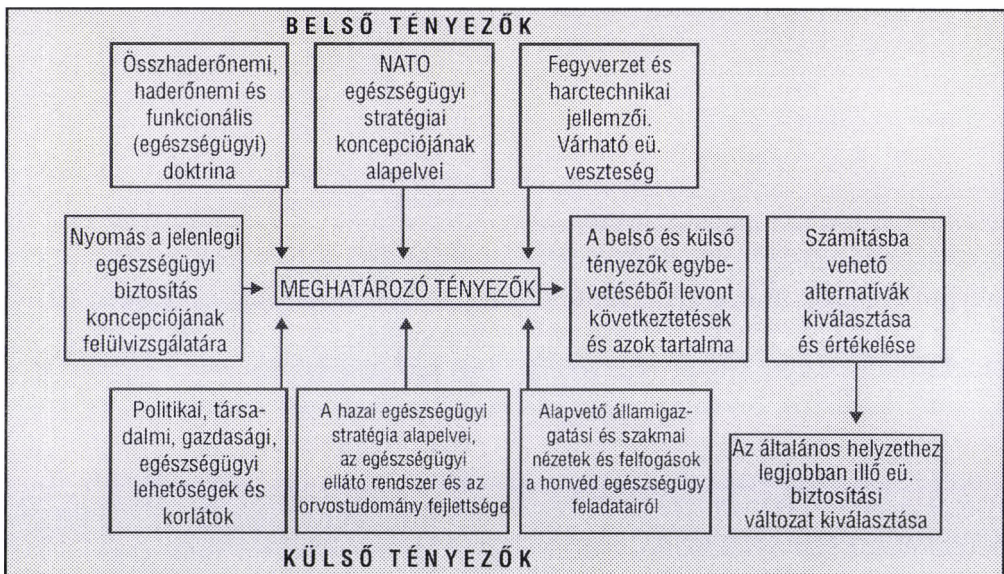
A lényeg azonban az adott fogalom identifikálása és annak azonos értelmezése. Az idiomák ismerete szükséges, azonban tükörfordítás szerinti átvétele nem szükséges. Az egészségügyi biztosítás hazai terminológiájának elvetése nem látszik megalapozottnak. Fogalmát az alábbiak szerint értelmezzük:

Az egészségügyi biztosítás a katonai egészségügyi doktrína alapelveinek megvalósítására hivatott, az egészségügyi ellátó rendszer egyes tagozatai rendeltetésének, szervezetének és működésének alapelveit meghatározó, az egészségvédelem a gyógyellátás és az egészségügyi logisztikai ellátás

egymásra épített feladatait tartalmazó elmélet és gyakorlatrendszer.

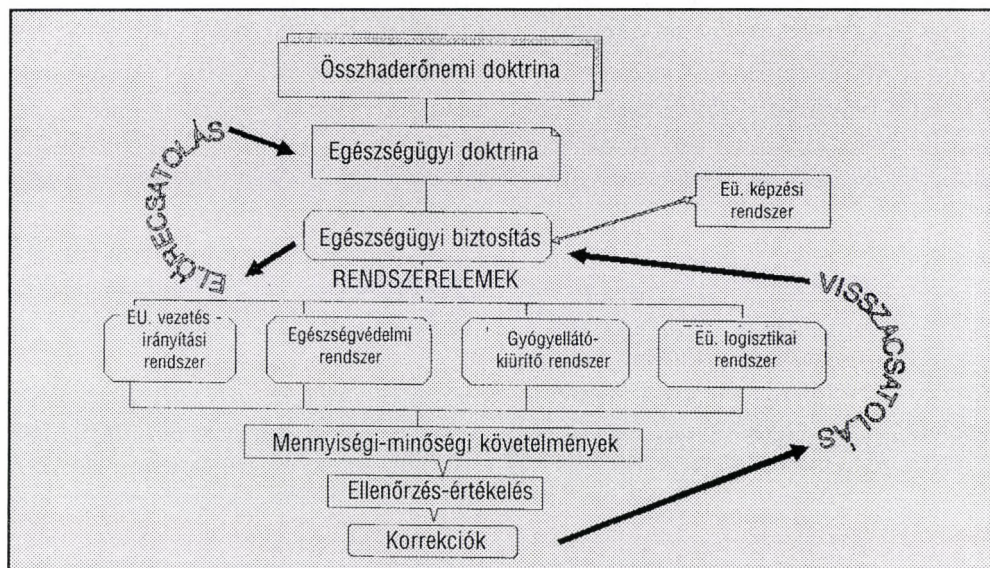
Az egészségügyi biztosítás a hosszabbtávú katonai egészségügyi doktrínában meghatározott célok elérésének eszköze.

A célok elérésének lehetőségét számos tényező befolyásolja. Így például az egészségügyi doktrínán túl a szövetségi rendszer egészségügyi stratégiai koncepciója, a fegyverzet és a harcitechnika jellemzői, a várható egészségügyi veszteség. Számításba kell venni továbbá a hazai gazdasági és egészségügyi lehetőségeket és azok korlátait, továbbá a hazai orvostudomány fejlettségét is. Ugyanakkor mérlegelni szükséges a meglehetősen eltérő szakmai nézeteket és felfogásokat a honvéd egészségügyi biztosítás feladatairól (1. ábra).



1. ábra:

Az egészségügyi biztosítás koncepciója kidolgozásának modelje



2. ábra:

Az egészségügyi biztosítás részelei

A jelzett külső és belső tényezők értékeléséből levont következtetések alapján válik lehetővé az egészségügyi biztosítás alapelveinek megközelítése, majd ennek alapján a legcélszerűbbnek ítélt modell kiválasztása.

Az egészségügyi biztosítás rendszer-elemeit a vezetés-irányítás, az egészségvédelem, a gyógyító-kiürítő ellátás és az egészségügyi logisztikai ellátás képezik. Ugyanakkor folyamatos kapcsolatban a felkészülés-képzési rendszerrel jelzi tapasztalatait és igényeit (2. ábra).

Az egészségügyi biztosítás rendszere távolról sem statikus. Az említett tényezők folyamatos értékelésével korrigálja a cél elérését akadályozó tényezőket (visszacsatolás), ugyanakkor jelzi a doktrína felé, a várható fej-

lődés fő irányait és tendenciáit (előre-csatolás).

2. Az egészségügyi biztosítás új alapelveiről

Az egészségügyi biztosítás új alapelveinek meghatározásában döntő fontosságú az összhaderőnemi és az egészségügyi doktrína alapelveinek számbavétele. Nem hanyagolható el azonban az egészségügyi biztosítás egyes rendszer-elemeiben (egészségügyi vezetés-irányítás, egészségvédelem, gyógyító-kiürítő ellátás, egészségügyi logisztika) lezajlott és prognosztizálható fejlődésük mérlegelése sem. Mindezeket összhangba hozni szükséges a szövetségi egészségügyi biztosítás koncepciójával. E feladat megoldásának első szakaszát végezte el az MH Orvosi Tudományos munkaértekezlete [8, 9, 15, 17, 18].

Az összhaderőnemi és egészségügyi doktrínából levonható alapelvek

2.1. Kiindulva az MH haderőnemi felépítéséből, azok fegyvernemeiből és szakcsapataiból, továbbá mérlegelve feladataikat, alkalmazási elveiket, áttekintve azok egészségügyi biztosításának általános és speciális követelményeit, mindezek a sajátosságokat figyelembe vevő, de egységes elvek alapján működő összhaderőnemi egészségügyi biztosítási rendszer alkalmazásának célszerűségét igazolják.

Alapelv: egységes összhaderőnemi egészségügyi rendszer alkalmazása.

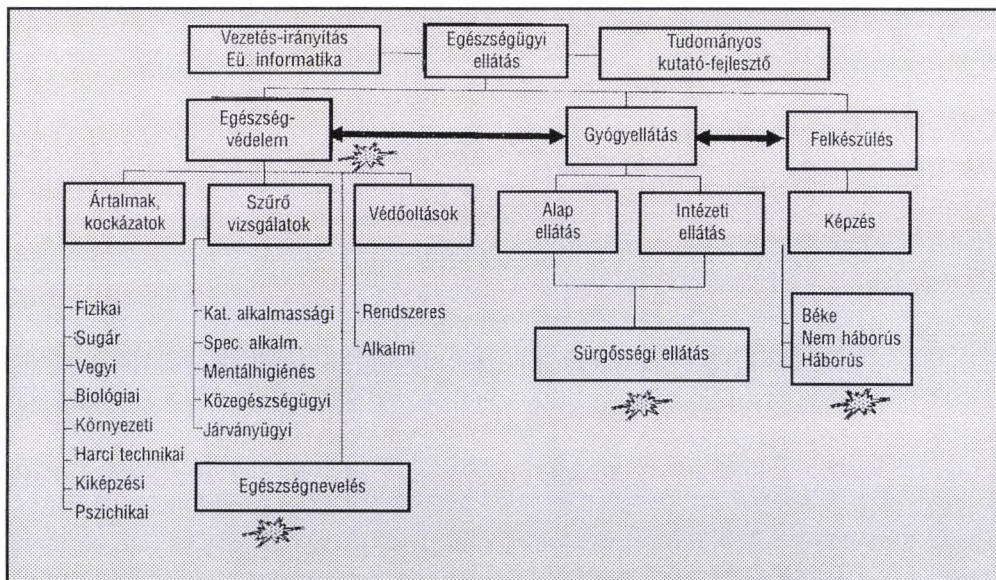
2.2. Figyelembe véve a csapatok reagáló és fővéderők szerinti kategorizálását, kiemelt prioritással szükséges kezelni az azonnali és a gyors reagálású csapatok egészségügyi biztosításának rövidtávú fejlesztését.

Alapelv: az azonnali és gyors reagálású csapatok kiemelt prioritása az egészségügyi biztosítás rendszerén belül.

2.3. Az MH megváltozott feladatrendszeréből származóan az egészségügyi szolgálat feladatai a korábbiakhoz képest részben módosulnak, részben új feladatokkal egészülnek ki.

Az egészségügyi biztosítás új dimenziójú feladata a preventív medicina elvének és gyakorlatának érvényesítése, amely nem korlátozódik csupán a sérültek és betegek gyógyellátására, hanem kiterjed az egészségmegőrzésre, az egészségi és mentális állapot helyreállítására, a teljes egészségügyi rehabilitációra.

A preventív medicina keretében az egészségvédelem fogalma és tartalma lényegesen módosul. Tartalmazza



3. ábra:
MH egészségügyi ellátás funkcionális feladatai

az emberre, mint bioszociális lényre háruló ártalmak és kockázatok teljes körének felmérését és megelőzését, a sugár-, vegyi- és biológiai ártalmak prevencióját, a többirányú és rendeltetésű alkalmassági és szűrővizsgálatok rendszerét és az egészségnevelés oly annyira fontos feladatait is [4].

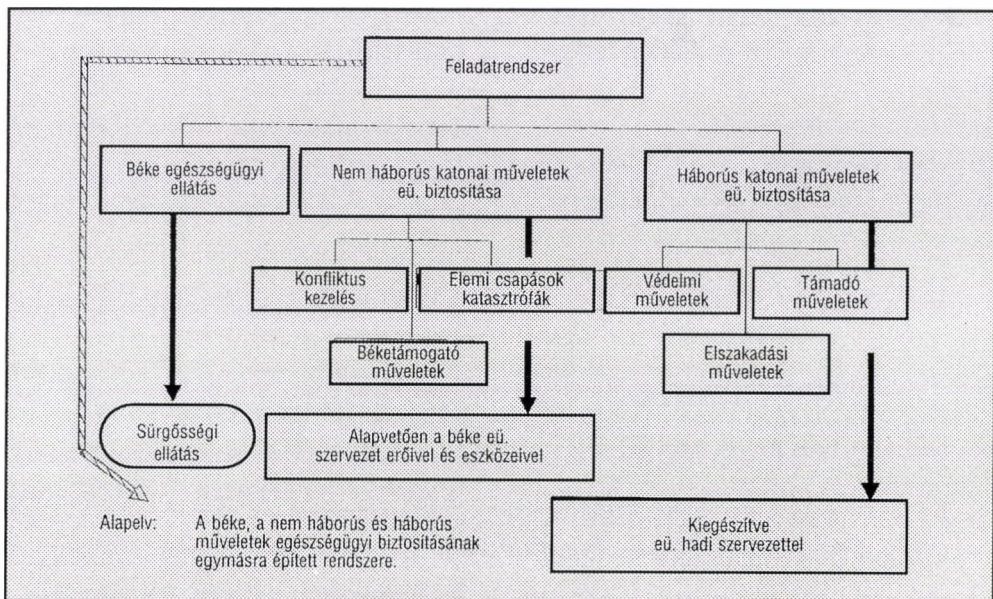
A gyógyító- kiürítő ellátórendszer szervezetét, működését számottevően módosító új tétel a vezető megbetegedési és sérülési fajták letalitásának csökkentésére, a szövődmények megelőzésére hivatott sürgősségi ellátás bevezetése [1, 6, 9, 6].

Mindezekhez társul a felkészülés, amelynek részét képezi a honvéd egészségügyi képzés-, továbbképzés teljes vertikumára kiterjedő, az önálló feladat végzésre felkészítő, szakmacsoportonként differenciált tar-

talmú, Euro- és NATO kompatibilis szakképzés bevezetése az egészségügyi tiszthelyettesek, a hivatásos és tartalékos honvédorvosok részére [5] (3. ábra).

Alapelv: az egészségügyi biztosítás rendszerében a preventív medicina követelményeinek érvényesítése, a képzési rendszerben Euro- és NATO kompatibilis követelmények alkalmazása.

2.4. A honvéd egészségügy feladatrendszerében új elem a nem háborús műveletekben – a konfliktus kezelés, béketeremtő és fenntartó, elemicsapás, katasztrófa – az egészségügy exponált szerepe. Ezen feladatok megoldására alapvetően a béke egészségügyi szervezet erői és eszközei vehetők figyelembe.



4. ábra:

Az MH egészségügyi szolgálat feladatrendszere

Mindezek megoldása a béke, a nem háborús egészségügyi biztosítás rendszerének egymásra építésével, ezen belül pedig a béke sürgősségi ellátásra és a nem háborús műveletek (beleértve a katasztrófát is) ellátására egyaránt képes szervezetek révén nyílik lehetőség (4 ábra).

Alapelv: A béke, a nem háborús és a háborús műveletek egészségügyi biztosítási rendszerének egymásra építése.

2.5. Tévedés lenne azonban a nem háborús műveletek egészségügyi biztosítása feladatrendszerének leegyszerűsítése, sablonok alkalmazása. Az egyes műveletek céljai és feladatai kvantitativ eltérnek egymástól. Ezen műveletek helyszínei, azok távolsága az országtól, a klimatogeográfiai, közegészségügyi- járványügyi viszonyok éppúgy eltérnek egymástól, mint az adott térség társadalmi-, politikai szituációja, vagy vallási és morális adottságai.

Következésképpen ezen feladatok valamelyikére igénybevett alegység (egység) egészségügyi biztosítása egy típus egészségügyi szakasszal, vagy századdal aligha teljesíthető. A megoldást a konkrét feladat mérlegelése alapján a rendelkezésre álló egészségügyi modulokból összeállított, a feladatnak megfelelő szervezet képezheti.

Figyelembevétel a reális lehetőségeinket, a gazdaságosságot, a felkészítettség szempontjait ezen feladatok ellátására szervezetileg és techni-

kailag kiegészített és felkészített központi tagozat egészségügyi intézetei lehetők számításba.

Alapelv: a központi egészségügyi tagozat intézeteinek alkalmassá tétele, felkészítése, folyamatos készenléte, a nem háborús műveletek egészségügyi biztosítási feladatainak ellátására.

3. A szövetségi katonaegészségügyi tézisekből származó alapelvek

A szövetségi rendszerben egyeztetett egységes katonaegészségügyi tézisek érvényesülnek. Beépítésük és alkalmazásuk egészségügyi biztosításunk alapelvei közé az együttműködésnek, a kölcsönös alkalmazhatóságnak és működtetésnek nélkülözhetetlen alapfeltétele [14].

Ezek közé soroljuk az alábbi principiumokat:

- Minden beteg és sérült diszkrimináció mentes segélyben részesítésének, állapotuk súlyosságának megfelelő gyógykezelése, a rendelkezésre álló erők és eszközök függvényében.
- A szövetségi rendszer egészségügyi ellátó tagozataiban a segélynyújtás azonos szintje és terjedelme, amely összességében a kialakult helyzet függvényében a lehető legjobb mértékben közelítse meg a béke ellátás szintjét.
- Az egészségügyi biztosítás rendszerében a preventív medicina elvének és gyakorlatának érvényesítése.

- Az egészségügyi ellátás sprektuma kiterjed a nem harci sérültek és betegek ellátására, a harci stressz állapotok gyógykezelésére, különös figyelmet fordítva az első sürgősségi és szakorvosi ellátáson belül a vitális funkciók stabilizációjára, a posztoperatív ellátására.
- A sérültek sürgősségi sebészeti ellátása optimális esetben egy órán, de legalább a sérüléstől számított hat órán belüli elvégzése.
- Az osztályozás, a segélynyújtás és a kiürítés folyamatossága, következetes egymásra építése.
- A betegek jogainak és az orvosi titoktartás szabályainak betartása és érvényesítése.

4. Egészségügyi vezetés-irányítás, az egészségügyi biztosítás tervezése

Az egészségügyi vezetés- irányítás, az egészségügyi biztosítás szerves alkotóeleme. Működése elősegítheti, vagy hátráltathatja feladatainak végrehajtását, annak színvonalát.

Az egészségügyi vezetés-, irányítás számos modellváltozata ismeretes. Van ahol az egészségügy a haderőnemi vezetési rendszerbe beillesztve, minden tekintetben önállóan vezet, irányítja az egészségügyi biztosítást békében, nem háborús és háborús műveletekben egyaránt.

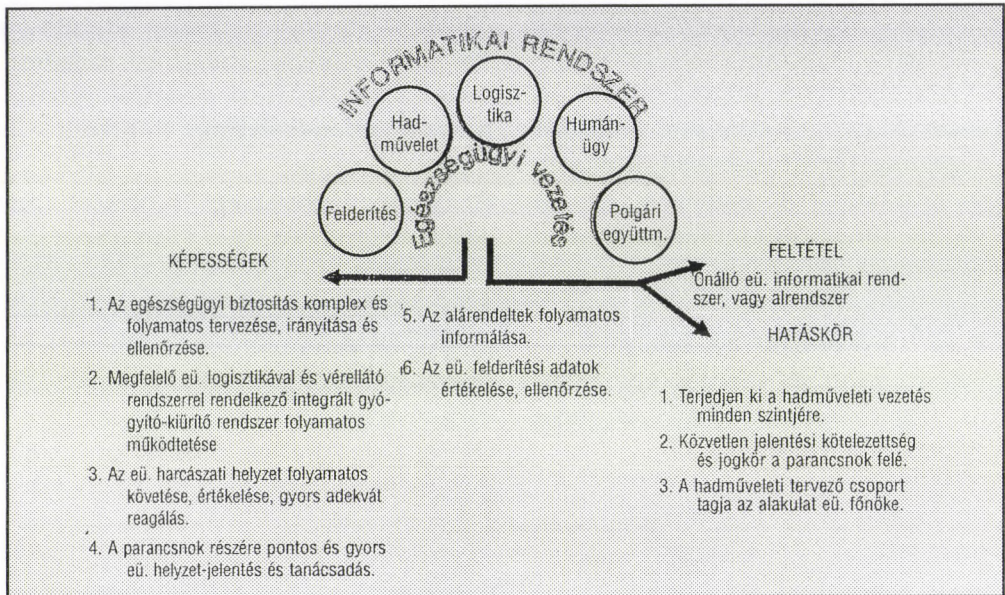
Ismeretes az egészségügynek a parancsnoki vezetés, – irányítás rendszerbe beillesztő modellje. Ezen ve-

zetési- irányítási struktúra az egészségügyi vezetést- irányítást minden más harcbiztosítási vezetési struktúrával egyenértékűnek minősíti.

A NATO szövetségi rendszer az egészségügyi vezetést- irányítást a logisztikai vezetés rendszerébe sorolja. Ugyanakkor a modern orvostudomány eredményeinek, a korszerű egészségügyi informatika vívmányainak, továbbá a hadműveleti tapasztalatoknak figyelembevételével nélkülözhetetlennek tekinti az egészségügy vezetés-, irányítás önálló, vagy alrendszerének létrehozását. Feladatát a megfelelő egészségügyi logisztikával és vérellátással rendelkező integrált egészségügyi biztosítási rendszer hatékony és gazdaságos tervező, vezető, irányító képességében jelöli meg [14].

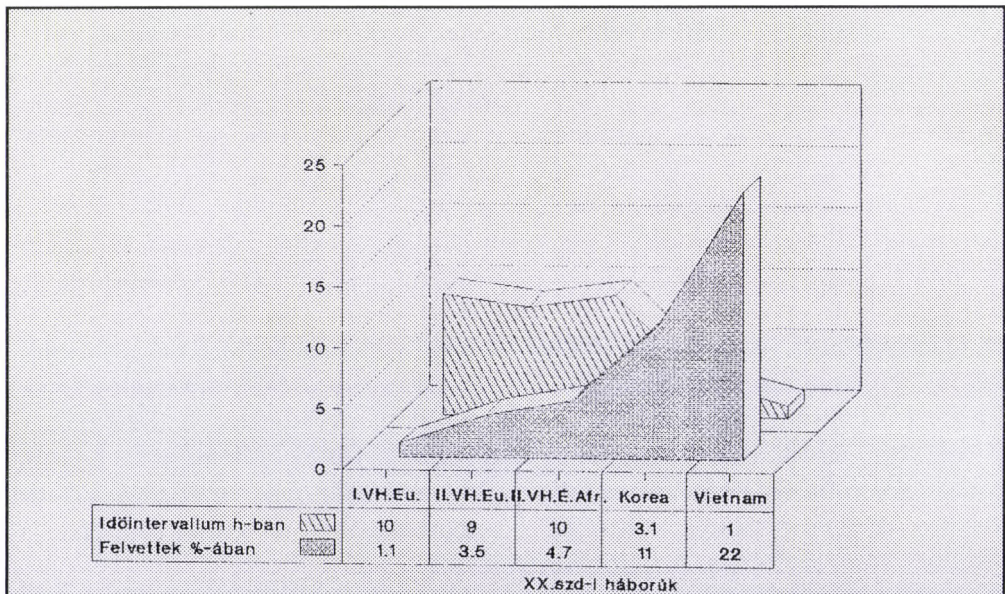
Az egészségügyi biztosítás tervezésének (legalábbis számunkra)- új dimenzióját tükrözik az alábbi alapelvek:

- Az egészségügyi biztosítás tervezése a hadműveleti tervezés része.
- A szövetséges haderő parancsnoka a közreműködő nemzetek bevonásával, mérlegelve a haderő egészségügyi főnök véleményét, felelős az egészségügyi biztosítás követelményeinek meghatározásáért.
- Az egészségügyi ellátó kapacitás feleljen meg a műveletekben alkalmazott erők kockázatainak, vagyis a várható harci és nem harci egészségügyi veszteségeknek, melynek



5. ábra:

Az egészségügyi vezetés-irányítás képességei, hatáskörei, feltételei



6. ábra:

Penetráló hasi sérülések gyakorisága a sérülés és az ellátás közötti időtartam függvényében (USA hadsereg)

becslése a hadműveleti törzs felelőssége.

- Az egészségügyi egységek készenléte és alkalmazhatósága – személyi és technikai ellátottsága – egyezzen meg az általuk biztosított csapatokéval.

Az egészségügyi vezetési – irányítási információs rendszer rendeltetését és annak irányait az 5. ábra mutatja be.

Alapelv: az egészségügyi biztosítás szerves részét képező vezetési – irányítási rendszer, a kompatibilis egészségügyi tervezés és a funkcionális együttműködés nélkülözhetetlen előfeltétele. Az egészségügyi vezetéssel-irányítással és tervezéssel szemben támasztott követelményeket és képességeket a szövetségi rendszerben

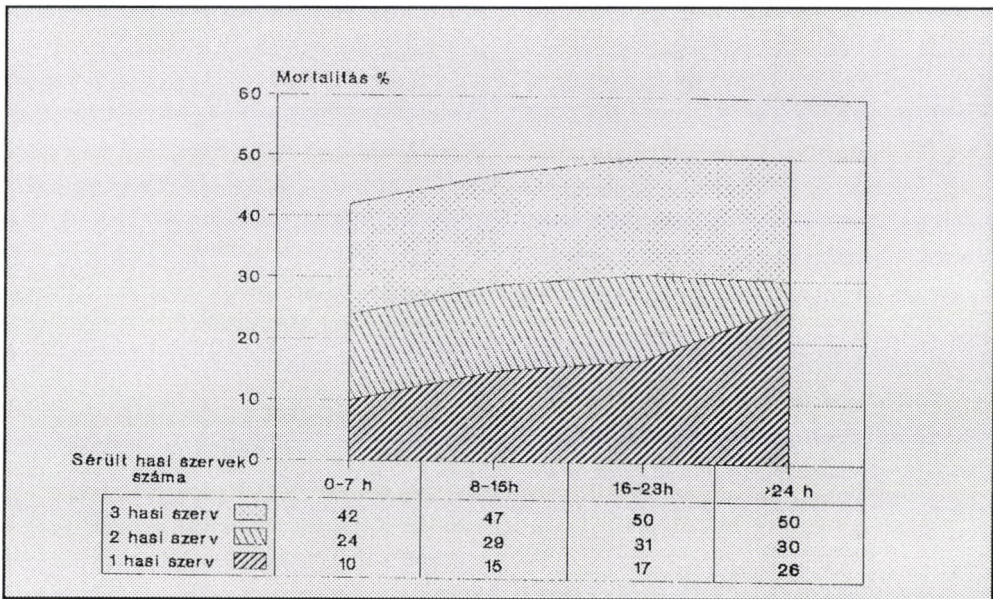
alkalmazott alapelvekhez szükséges közelíteni.

5. A gyógyító-kiürítő ellátás alapelve

A háborús sérültellátás eredményességének, illetve defektusainak alapvető mérési módszere a sérültek (betegek) harcmezei, illetve egészségügyi intézeti letalitásának, harc- és munkaképességük helyreállításának mérése.

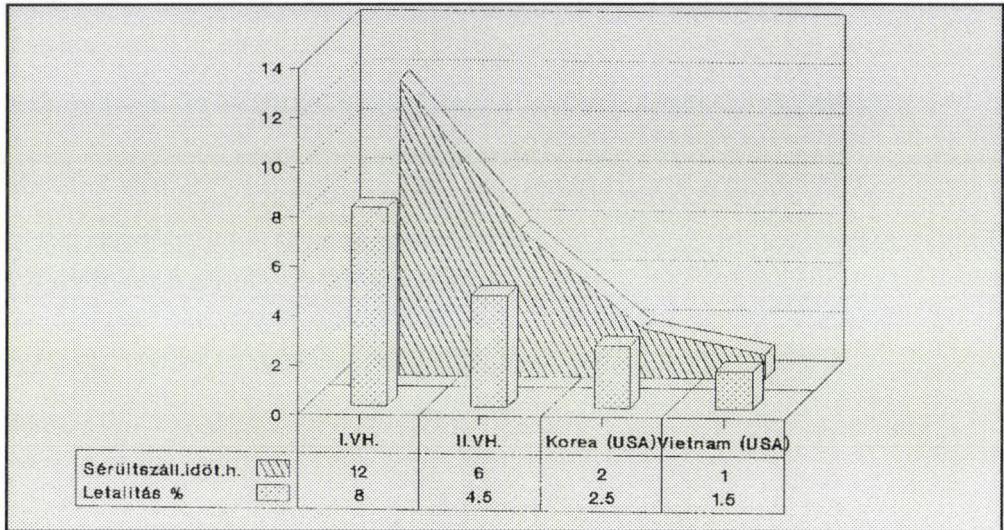
Közismert tény a letalitás arányának összefüggése a sérülés és az ellátás közötti időtartammal, az egyes tagozatok személyi és technikai felkészültségével, az egészségügyi vezetés-irányítás hatékonyságával.

A háborús sérültellátásban az időtényező szerepével foglalkozó szakirodalmi adatok szerint a sérülés és a



7. ábra:

Hasi lőtt sérülések prognózisa a sérülés és a műtét közötti időtartam függvényében (Wolf, 1955 alapján)



8. ábra:

Sérültek légiszállításának időtartama kórházakba és a letalitás változása (Enderlein D.(1984) alapján)

segélynyújtás közötti időtartam csökkenésével egyenes arányban nő a segélyhelyekre felvett súlyos sérültek aránya. Amíg az I. világháborúban ezen időintervallum 10 óra körül mozgott, addig ez Vietnámban az USA fegyveres erőknél 1 órára csökkent. Ennek betudhatóan segélyhelyekre felvett súlyos hasi sérültek aránya 1,1 %-ról 22%-ra növekedett [7, 19] (6. ábra).

Ismeretes a lőtt hastájéki sérülések mortalitásának összefüggése a sérülés és a műtéti ellátás közötti időtartammal és a sérült hastájéki szervek számával [20] (7. ábra).

A XX. századi háborúkban a harci sérülések letalitásának csökkenésében alapvető szerepet játszott a kiürítés technikai eszközrendszerének, külön-

nösen pedig a légi kiürítő kapacitás növekedésének, illetve a segélyhelyek és kórházak személyi és egészségügyi technikai ellátásának bővülése [3].

Ennek betudhatóan a kórházi letalitás aránya az amerikai fegyveres erőknél az I. világháborús 8%-ról Vietnámban 1,5%-ra csökkent (8. ábra).

A XX. századi gyógyító kiürítő ellátás tapasztalatait összegezve megállapítható:

- Minél gyorsabb a sérültek összegyűjtése és kiszállítása, annál alacsonyabb a harcmezői letalitás, illetve annál magasabb a segélyhelyeken a súlyos sérültek aránya.
- Minél magasabb szintű a segélynyújtás, annál alacsonyabb a szekunder mortalitás, illetve annál ma-

Ellátó tagozat	Eü.sz.	Eü.sz.d.	Eü.z.
Kiürítés táv. (km)	1–5 km	2–20 km	30–40 km
Időtartam (h)	4 h	6 h	8–10 h
Segélynyújtás szintje	Orvos előtti és első orvosi sürgősségi segély	Általános szakorvosi segély	Differenciált szakorvosi segély
Sürgősségi sebészeti ellátás időtartam (h)		1 h –	6 h
Eü. anyag tart. (nap)	1	3	5

9. ábra:

A gyógyító-kiürítő ellátás tervezésének alapvető mutatói

gasabb a túlélők hányada.

- A súlyos sérültek (betegek) életben tartásának, az életveszélyes szövődmények megelőzésének, a marandó egészségkárosodások visszaszorításának sikerét vagy sikertelenségét alapvetően meghatározza az előlfekvő egészségügyi tagozatokban végzett segélynyújtás szintje.

Ezen tapasztalatok érvényesülnek a NATO egészségügyi biztosítás koncepciójában. E szerint a kiürítő kapacitás tegye lehetővé valamennyi sérült kiszállítását az 1. tagozatra 4 órán, a 2. tagozatra 6 órán, a 3. tagozatra pedig 8-10 órán belül. Ugyanakkor a segélynyújtás szintje tegye lehetővé az 1. tagozatban az orvos előtti (első orvosi) sürgősségi, a 2. tagozatban az általános szakorvosi, a 3. tagozatban pedig a differenciált szakorvosi segélynyújtást (14.) (9. ábra).

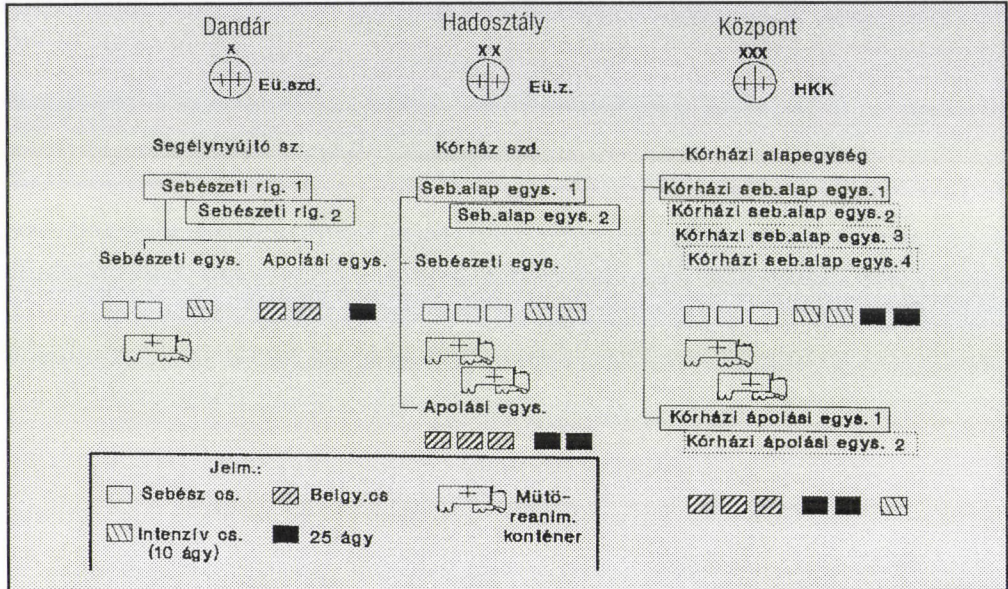
Az összegzett cél, hogy az egészségügyi ellátás színvonala az adott har-

cászati helyzettől függően, de minél jobban közelítse meg a béke sürgősségi ellátás szintjét, vagyis az ellátás alapvetően a sürgősségi medicina „lege artis” szabályai szerint történjen.

Alapelv: a gyógyító kiürítő ellátás alapelvét a kompromisszumos medicina szabályait csak kényszerítő körülmények közt és átmenetileg alkalmazó, a béke sürgősségi ellátást legjobban megközelítő ellátás képezi. Az alapelv megvalósítása, az osztályozás, a segélynyújtás és a kiürítés egymásra épített folyamatos alkalmazását igényli.

6. Az egészségügyi biztosítás új alapelvei megvalósításának céljai, fő irányai

Az új alapelvek megvalósítása az egészségügyi biztosítás teljes rendszerének, ezen belül az egyes ellátó tagozatok rendeltetésének, céljainak, feladatainak lényeges módosítását igényli. Ezek közé sorolhatók:



10. ábra:

A segélynyújtás-ápolás modulrendszerű felépítésének elvi vázlata

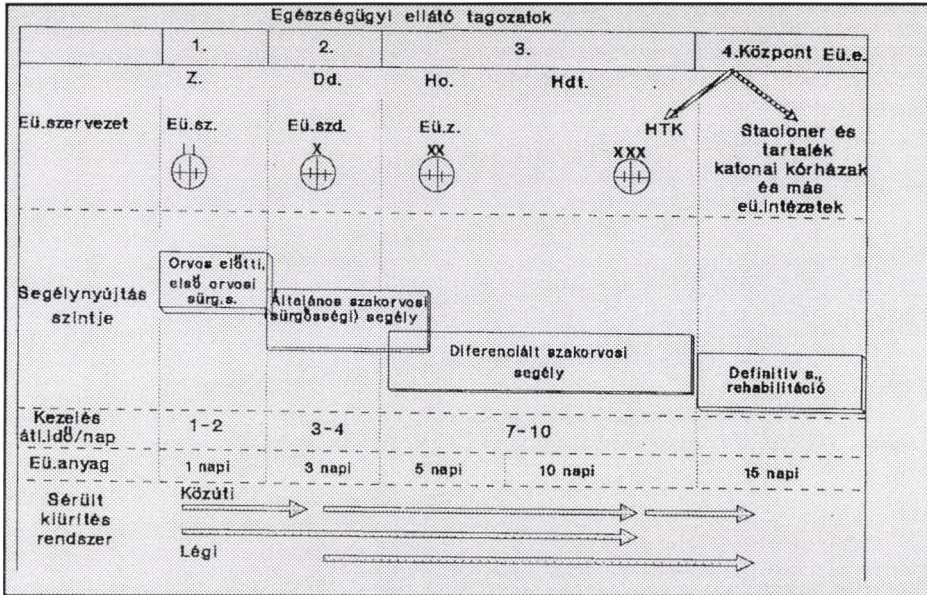
- A segélynyújtó tagozatok számának csökkentése.
- Az egyes tagozatokban a segélynyújtás szintjének egy nagyságrenddel való bővítése.
- A segélyhely és intézet típusok számának csökkentése.
- Az egyes tagozatok alapvető funkcionális egységeinek tipizálása, azok modul rendszerű felépítése.

Az ellátó tagozatok modul rendszerű felépítésének célja a különböző tagozatokban azonos feladatokat ellátó szervezeti egységek kölcsönös alkalmazhatósága, szabványosított egység felszereléseinek és készleteinek felhasználhatósága bármelyik tagozatban, a kölcsönös helyettesíthetőség, a kiesettek fennakadás nélküli pótlása.

Az egyes ellátó tagozatokban végzett segélynyújtás szintje közötti különbséget alapvetően az alkalmazott modulok száma, a szakorvosi csoportok összetétele és azok szakfelszerelése képezi [18] (10. ábra).

Ehelyütt csupán utalunk a technikai eszközrendszerrel, az egészségügyi egységkészletekkel, a vér és vérszítványokkal szemben támasztott követelmények és szabványok Euro-komfortjának és NATO kompatibilitásának fontosságára.

Az egészségügyi biztosítás új modelljé kettős követelménynek kell hogy eleget tegyen. Feleljen meg a szövetségi védelmi rendszer egészségpolitikai elveinek, illeszkedjék annak struktúrájához, az ellátó tagozatok kapacitása lehető legjobban közelítse meg az azonos rendeltetésű más nem-



11. ábra:

MH egészségügyi biztosítás rendszer
(Modell tervezet)

zeti ellátó tagozatok szintjét. Ugyanakkor vegye figyelembe az MH és az országos egészségügy jelen helyzetét, továbbá várható fejlődésének fő tendenciáit.

Az új egészségügyi biztosítás alapelvei részben a közeljövő, részben a távlati célok elérésének irányait kell, hogy tartalmazza. Megvalósítása és annak ütemezése a haderő fejlesztés programjába beillesztve lehetséges. A koncepció célja az ad hoc fejlesztés elkerülése, a tudatos rendszer szemléletű fejlesztés elősegítése.

A teljes megvalósítás feltételei számosak és szerteágazóak. Közéjük sorolható:

– Az 1., 2., 3. Egészségügyi ellátó tagozatok teljes mobilitása.

– Az egészségügyi ellátó tagozatok feladatrendszerének összhangja az egészségügyi technikai és képzési követelményrendszerrel.

– Az ellátó tagozatokban végzett segélynyújtás minőségét garantáló, azok teljesítésének ellenőrzését lehetővé tévő, ugyanakkor egyszerű világos és jól kezelhető protokollok és standardok alkalmazása.

Ugyanazon cél elérésének több alternatív változata lehetséges. A 11. ábra a lehetséges modellek egy változatát mutatja be.

A dolgozat második része a várható egészségügyi veszteség elemzését és az abból származó feladatok ellátására hivatott egyes tagozatok modelljét ismerteti.

IRODALOM

- [1.] *Aracsi L.*: A sürgősségi ellátás alapelvei. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 59-69.
- [2.] *Atzr, C. P., Bronwell, A. V., Sako Y.*: Experiences in the management of abdominal and the racoabdominal injuries in Korea. In: Ganzoni N., Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern. 1975, 230.
- [3.] *Enderlin, D.*: Besonderheiten der Organisation der medizinischen Sicherstellung der Luftkreitkrafte/ Luftverteidigung. In: *Letzel, Ch.*, Organisation und Taktik des medizinischen Dienstens. Militarverlag. Berlin. 1984, 144.
- [4.] *Faludi G.*: Az MH egészségvédelmi tevékenysége. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 41-57.
- [5.] *Fűrész J.*: Az oktatás és a képzés helye, szerepe a MH egészségügyi stratégiai koncepciójában. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 73-82.
- [6.] *Karl J., Gilbody, R. N.*: Prehospital care. In: Kravis Th., Co., *Werner, C. G.*: Emergency Medicine. Aspen Public. Rockville. 1987, 7-11.
- [7.] *Kovacic, J. J., Hamit, H. F., Hardaway, R. M.*: Vietnam casualty statistics. In: *Gansoni, N.*: Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern. 1975, 230
- [8.] *Kovács G.*: Pszichiátriai ellátás szervezése alkalmazások során In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 107-108.
- [9.] *László I.*: Az intézeti sürgősségi betegellátás alapjai. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 70-72.
- [10.] *Liptay L.*: A tábori belgyógyászati ellátás új jellemzői. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 101-106.
- [11.] Magyar Értelmező kéziszótár. Akadémiai kiadó. Budapest. 1975.
- [12.] Magyar Szinonima Szótár. Akadémiai kiadó. Budapest. 1978.
- [13.] Idegen szavak és kifejezések szótára. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1973.
- [14.] A NATO egészségügyi biztosítás politikája, irányelvei, (MC 326, 326/1.)
- [15.] *Orgován Gy.*: A tábori sebészeti ellátás új jellemzői. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 88-100.
- [16.] *Richard, H., Cales, M. D.*: Systems Approach. In: *Kravis Th. C., Werner, C. G.*: Emergency Medicine. Aspen Public. Rockville. 1987, 3-5.
- [17.] *Svéd L.*: Az MH egészségügyi biztosítási rendszer koncepciója. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 1-10.
- [18.] *Vámos L.*: Az MH egészségügyi biztosítási rendszer koncepciója. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999. 11-24.
- [19.] *Welch, C. E.*: War wounds to the abdomen. In: *Ganzoni, N.*: Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern. 1975: 230.
- [20.] *Wolff, L. H., Giddings, W. P., Childs, S. B., Brott, C. R.*: Timelag and the multiplicity factor in abdominal injuries. In: Ganzoni N., Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern, 1975, 231.

**Prof. L. Vámos M.D., DSc., (ret.)
maj.gen.**

Basic conception for the renewed conception of medical support

The author – on the basic of his lecture delivered on the workshop of the Medical Council of the Hungarian Defence Forces in 1999 – analyses the change in internal and external determination of medical support.

Considering experiences of some local war and armed conflicts, he draws a conclusion for the new basic principles of the medical support, for the purpose of this system, for its organisational and functional model, for the function of supplying departments as well as for the variation of its module-like construction regarding as appropriate.

*Dr. Vámos László ny. o.őrgy.
1553 Budapest, Pf. 1.*

A katonai megelőző orvostani biztosítás a Magyar Honvédség megújuló egészségügyi biztosítási rendszerében

Dr. Faludi Gábor orvosezredes

Kulcsszavak: egészségügyi biztosítás, doktrína, prevenció, közegészségügyi-járványügyi biztosítás, megelőző orvostani biztosítás.

A szerző a honvéd- és katasztrófaorvostanban használt és jól ismert közegészségügyi-járványügyi biztosítás tartalmi-fogalmi megújulásával kapcsolatos változásokat foglalja össze. Leírja a közegészség-tan-járványtan tudományágának jelentős tartalmi kibővülésével és modernizációjával, valamint a Magyar Honvédség NATO elveken nyugvó új egészségügyi biztosítási doktrínájának kidolgozásával kapcsolatos összefüggéseket. Az egészségügyi biztosítás kidolgozás alatt álló új doktrínája magában foglalja a preventív tevékenység hangsúlyozott fontosságú kérdéskörét is. A katonai megelőző orvostani biztosítás fogalma, ötvözi a szakterület művelésében a generációk által szerzett tapasztalatokat, és a legkorszerűbb katona-egészségügyi ismereteket.

I. A közegészségügyi-járványügyi és/vagy megelőző orvostani biztosítás

Magyarországnak a NATO szövetségi rendszeréhez 1999-ben történő csatlakozása, hatalmas tömegű információ befogadására kényszeríti a hadtudomány, a honvédervostan, és a honvédelem elméleti, és/vagy gyakorlati kérdéseinek művelőit. Az ismeretek áradása már a Békepartnerségi együttműködés (Pfp – partnership for peace) nyújtotta lehetőségek kiaknázásával kezdődött meg, és a folyamat napról-napra erősödni látszik. A honvédervostan a szakis-

meretek több korból származó rétegeit ötvözi magába: a VSZ időszak egészségügyi szervezési doktrínáinak elemeit, az elmúlt tíz év katonai önállóságának vonatkozó tapasztalatait és tanulságait, és most a NATO szövetségi együttműködés megvalósítására irányuló szabályozás elveit.

Mindez tükröződik a katonaorvosi terminológiában, a definíciók finomabb módosulásában, a felismerhető hasonlóságokban vagy lényegi különbségekben egyaránt. A közeljövő feladata lesz, hogy az ismereteink kényszerű sokszínűsége elvezessen az új elvek befogadásával egy harmo-

nikus szintézishez, amelyben a több forrásból is származó ismeretek összevetésének képessége és lehetősége gazdagítja a magyar honvédervosi gondolkodás minden területét. A „csapatok közegészségügyi – járványügyi biztosítása” fogalma jól ismert, sok éven át oktatott, a harckészültség és hadrafoghatóság szempontjából meghatározó jelentőségű tartama is alapos változásra szorul. Ennek a felismerésnek a jegyében az MH OTT által Az MH egészségügyi biztosítási doktrínájáról rendezett konferencián kísérleti jelleggel felajánlásra került a „katonai egészségvédelem” kifejezés használatba vétele, amelyen az idő azonban hamarosan átlépett, mivel a kifejezést a polgári élet, és kapcsolatos jogalkotási szféra más, szűkítettebb értelemben kezdte használni.

A Military Preventiv Medicine and Health Promotion fogalmi és tartalmi befogadására a Katonai Megelőző Orvostan és Egészségvédelem kifejezés, a megelőző orvostani biztosítás, megelőző orvostani biztosítási terv és később talán intézet is, alkalmasabbnak és könnyebben honosíthatónak tűnik, egyben harmonizál a hazai legújabb [6] és a nemzetközi katonaeorvostan elfogadott szóhasználatával is [2]. A látszólag bölcséleti (fordítás-technikai) probléma mögött súlyos, a tudományterületet mélyen érintő változások húzódnak meg.

A közegészségtan-járványtan változása

A közegészségtan-járványtan, mint tudomány, születésétől a folyamatos

változásban éli életét, mert sajátos jellegénél fogva érzékenyen kénytelen reagálni a vizsgálatai tárgyát képező ember és környezet rendszerben és az azt körül ölelő társadalmi közegben lezajló változásokra. A diszciplína a kialakulása óta a természeti és társadalmi környezet egymásra hatása következtében kialakuló új és újabb kihívásokra keresi az orvostudomány válaszait az egészségkárosodások és a betegségek megelőzése érdekében. A nem egykönnyen felismert válszok rendre nyitottak egyre újabb és újabb fejezeteket a tágabb értelemben vett „Higiéne” történetében, amelyben csak a cél maradt állandó: az emberi egészség védelme valamely/bármely egészségi ártalommal szemben.

A tömegesen fellépő fertőző betegségek elleni küzdelem a járványtan, a kezdetekre jellemző sorvasztóan embertelen ipari milió a munkaegészségtant, a tömegek malnutriciójára vezető egyoldalú (szükség) táplálkozás az élelmezés és táplálkozás higiénét hívta életre a XIX sz. közepétől – végétől kezdődően [4].

Az elmúlt tíz év során a kivülálló számára nehezen értelmezhetőnek tűnő nevezéktani viták mögött is a tudományterület átalakulása, az új feladatok befogásával kapcsolatos vajúadás állt. A korábban jól ismert és elfogadott közegészségtan-járványtan megnevezés, amely szerint: A közegészségtan az orvostudomány harmadik, prevenciót szolgáló ága (az elméleti és a klinikai orvostudomány mellett), amely jelentős multidiszciplináris természettudományi és társadalomtudományi kapcsolatokkal rendelkezik,

mögöttes tartalmaival együtt változni kezdett.

A közegészségtan-járványtan előbb önmagát 1995-ben népegészségtannak redefiniálta: A lakosság egészségének a megőrzésével a betegségek megelőzésével foglalkozó tudomány [5], ezzel visszavette a profiljába a korábbi évtizedekben a háttérbe szorult ún. nem fertőző betegségek epidemiológiáját, a társadalom orvostan ismeretanyagát, valamint az egészségügyi közigazgatás számos feladatrendszerét.

Napjainkra a foglalkozás-egészségügy bizonyos vonatkozásaival, az egészségneveléssel, egészségmegőrzéssel és egészségfejlesztéssel, mint az egészség elősegítésének (health promotion) – új rendszerével gazdagodva, integrálva a mentálhygiéne bizonyos megelőzési vonulataival és még sok más területtel bővülve megszületett a polgári preventív medicina új diszciplínája, a „megelőző orvostan, amelynek jogilag szabályozott gyakorlata a népegészségügy”. Az új, tartalmilag is és nevében is megújult, tartalmilag kiteljesedett tudomány a szélesebb megalapozottság birtokában a betegségek hatékonyabb megelőzésének és az egészség megőrzésének új, eredményesebb formáit ígéri.

A polgári életben oktató megelőző orvostan ma nyolc nagyobb tárgykörre bomlik: az emberi öröklés-egészségtan, környezet-egészségtan, munkaegészségtan, táplálkozás és élelmezés-egészségtan, magatartás-egészségtan, a két epidemiológiára (fertőző és nem fertőző betegségek

epidemiológia), és a társadalom-egészségtan tárgyköreire [6].

Az eddigiekben leírtak alapján két irányból, a hazai orvostudomány fejlődéséből és a NATO által használt fogalmi apparátusából is táplálkozó evolúciós folyamatok nyomása következtében a katonai prevenció eszköztárszerét is újra kell fogalmazni, mert:

- Megváltozott az MH társadalmi beágyazottsága (civil kontroll, a jogi szabályozás változásai, az alaptudományok fejlődése).
- Megváltozott az MH katonai stratégiai helyzete, feladatrendszere (NATO tagság).
- Megváltozott az MH személyi állományának nagysága, korösszetétele, az igénybevétel intenzitása, jellege és az alkalmazás lehetséges területe, ezzel megváltozott a betegségek megelőzésének és az egészség megőrzésének számos lehetősége.

II. A prevenció szerepe és helye az egészségügyi biztosítás rendszerében

A katonai megelőző orvostan mindenkor szükségleteinek megfelelően merít a polgári megelőző orvostan teljességéből, és az egészségügyi biztosítás rendszerébe integráltan, annak szakirányú szervezetén át érvényesíti elveit, ismereteit a gyakorlatban. Bázis-intézménye az MH Egészségvédelmi Intézet (MH EVI).

A katonai megelőző biztosítás célja: a Magyar Honvédség teljes személyi állományának testi, szellemi és szociális jólétének megőrzésében a legteljesebb

segítséget nyújtani a megelőző orvostudomány mindenkor rendelkezésre álló eszköztárával, a jelentős ráfordítások árán kiképzett csapatok harcképességének, és az egészségnek, mint önmagában is humán erőforrásnak és értéknek a megőrzésével.

A prevenciós tevékenység hatóköre sokszorosa az MH szorosán értelmezett (állománytábla szerinti) személyi állományának, tevékenységét tekintve megegyezik a gyógyító ellátásra jogosultak körével, de már az alkalmasság vizsgálati rendszerébe vontak révén, a különféle polgári beszállítók ellenőrzései miatt (pékek, húsüzemek, civil ellátó szervek (büfék, boltok) többszörösen is felülmúlja azt. Területi tekintetben felelősségi köre pedig átnyúlik az országhatáron is, ha csak a legismertebbeket IFOR, SFOR, KFOR, AFOR, MFO említem.

A Magyar Honvédség kialakuló prevenciós rendszerét tartalmi tekintetben még egy további egyértelmű szempont befolyásolja: a megújuló magyar törvények kikerülhetetlen hatása. A szövetségi elkötelezettségünkől következő beilleszkedési kényszer, amely pl. a katonai szabványosítási tevékenység lassan alakuló útjain is érvényesül, együtt a törvényesség betartásának nem vitatható kötelezettségével, együttesen orientálja a szolgálat cselekvési lehetőségeit.

A katonai prevenciós tevékenység területei a béke időszakában

Vizsgáljuk meg, hogy a honvéd és katasztrófa-orvostani fogalomként is-

mert ún. közegészségügyi – járványügyi biztosítás milyen tartalmi különbséget mutat a megelőző orvostani biztosításhoz képest? A különbség nem elsősorban a megelőző orvostudományt alkotó rész tudományágak elveiben, hanem az alkalmazás módszerében, és a területek számában lelhető fel leginkább.

A korábbi szemlélet inkább a diszciplínák mentén osztotta szét a feladatokat, mint pl.: katonai higiéné, katonai járványtan stb. Az új szemléletű közelítés pedig inkább feladatorientált, erősebben a gyakorlat támasztotta igényekre koncentrálna, integráló jellegű megközelítéseket alkalmaz és csoportosítja szükség szerint az elveket, erőket és eszközöket a katonai feladat megoldása szolgálatára. Ez a szemlélet mindenütt megjelenik a NATO direktívákban [1, 2] vagy a hazai szakirodalomban is [3].

A megelőzés, a NATO értelmezése szerint, az egészségügyi biztosítás rendszerét alkotó 6 fő terület egyike – a többi terület: kiürítés, gyógyítás, egészségügyi anyagi-technikai biztosítás, egészségügyi kiképzés, kutatás fejlesztés – mellett.

Az egészségügyi biztosítás megítélésének fontosságát, a NATO felfogás szerint kiemelt jelentőségét az mutatja, hogy definíció-szerűen is deklarált, hogy az egészségügyi feladatok ellátása közvetlenül része az élőerő megőrzésére vonatkozó parancsnoki felelősség kifejeződésének. A hatékony, korszerű elveken nyugvó és megfelelően kivitelezett egészségügyi biztosítás elengedhetetlen a hadműveleti sikerhez. Az egészségügyi szol-

gálat a hadműveletek során jelenlétével, hatékony működésével közvetlenül is befolyásolja a csapatok morálját és harckészségüknek megőrzését. A katonai megelőző orvostani biztosítás, mint egyik alkotó része az egészségügyi biztosítás rendszerének, osztozik a felelősségben és feladatokban is. Az egyes szakterületeinek alkalmazása dinamikusan változhat, fontosságukban bővíhetnek vagy alárendeltebb szerepet játszhatnak, a haderő alkalmazási jellegétől, és az ebből származó követelmények és az intenzitás erejének módosulásától függően, pl.: békeidőszakban és minősített időszak (válságkezelés során és humanitárius segítségnyújtás) eseteiben. Az I. táblázatot a tevékenységi területek időszaki megoszlásait mutatja a relatív fontossági szempontok (+) érzékeltetésével.

A táblázatos tömörített forma kiemelni kívánja, hogy pl.: a tábori egészségügyi anyagi-technikai eszközök keze-

lőinek kiképzése dominánsan még a békeidőszakban végzendő el, mert a kiképzési jellegű feladatok értelem szerűen elsődlegesen a béke időszakot terhelik. A sorkötelesekből álló hadsereg feladat rendszerében békében, és veszélyhelyzetek esetén, eltér az alkalmasság-vizsgálatok és az egészségügyi minősítések rendszerének szerepe, a humanitárius vagy katasztrófavédelmi tevékenység során szükségstől. Az egészségügyi felderítés szerepe más háborús környezetben, mint egy humanitárius akció esetén, ahol a szakszerű alapos tájékoztatás részét képezheti a befogadó nemzeti támogatásnak.

A katonai megelőzési tevékenységnek természetesen reagálni kell az egészségügyi veszteség szerkezeti változásaira is. Az elmúlt időszak létszámleépítései, a szerződéses állomány beáramlása, megváltoztathatja a katonai szolgálatban résztvevőket fenyegető egészségkárosító tényezők szerepét és az expozíció lehetőségeit.

A katonai prevenció szakterületei	Békeidőszak	Válságkezelés Időszaka /háború és béke műveletek/	Humanitárius segítségnyújtás/katasztrófa védelem időszaka
Eü. anyagi kiképzés	++++	+	+
Eü. felderítés	++++	++++	++
Közegészségügyi -járványügyi biztosítás rendszabályai	+++	++++	++++
Védőoltási politika	++++	++	++++
Eü. felvilágosítás és egészségmegőrzés programja	++++	++++	++++
Eü. alkalmasság-vizsgálat rendszere	+++	++++	++
Az ABV fegyverek hatásai elleni orvosi védelem szabályai	++++	++++	+

I. táblázat

A „tüzérfül” mellé új katona betegségek széleskörű jelentkezésére, és (indokolt vagy indokolatlan) kártérítési igényekre és perekre (Öböl szindróma, Tengiz - jelenség) lehet számítani, például a hosszúra nyúló szerződéses katonai szolgálatban a harcokosi kezelőknél a vibrációs ártalom, vagy a reaktív fegyverek kezelőszemélyzeténél az kilövéskor fellépő égéstermékek ismétlődő krónikus vegyi (toxikus) károsító hatásai.

III. A katonai megelőző orvostani biztosítás béke időszaki ellátásának főbb területei

A katonai megelőző ellátás főbb területének feladatai békeidőszakban igen bonyolultak, és szinte címszavakban jelennek meg, az alábbi területeken:

1. A katonai (egészségügyi, fizikai, pszichikai) alkalmasság elbírálása és az egészségi állapot felülvizsgálati rendszerének működtetése. A katonai szolgálatra való alkalmasság megítélése törvényileg előírt kötelezettség, a pszichikai, fizikai erőnléti és orvosi vizsgálatok egyben katonai szempontból a későbbi zavartalan szolgálatteljesítést valószínűsítik. A speciális alkalmassági vizsgálatok: a különleges feladatteljesítések várható hatásainak egészségkárosító hatását minimalizálják, például az ejtőernyős állományánál, tűzserészeknél.

2. A fertőző betegségeket és járványokat megelőző rendszabályok rendszerre és az MH védőoltási politikája
A területet érdemes bontani didaktikai okok és szakmai okok miatt is, jár-

ványvédelmi és higiénés területre.

A járványvédelem területén:

A fertőző betegségeket és járványokat megelőző rendszabályok rendszere, az MH védőoltási politikája és ellenőrzése az a terület, amely leginkább összecseng a korábbi közegészségügyi-járványügyi biztosítás fogalmkörével.

Az MH védőoltási politikája az aktuális járványügyi helyzet, a várható feladat, és a személyi állomány oltottsága és az ország teherbíró képessége függvényében határozható meg. A fertőző betegségek primer prevenciójának ez a formája az egyik leghatékonyabb eszköz a megelőzés kezében. Speciális kihívás a közeljövő számára a lépfene és más potenciális biológiai fegyver ágensei elleni specifikus védelem kialakításának szükségessége.

A fertőző betegségek folyamatos kontrollja része egy surveillance rendszernek, amely tevékenységében szorosan koordinált a polgári hasonló szakirányultságú szervezetekkel (OEK/ÁNTSZ). A fertőző beteg bejelentési rendszer működtetése, lényegileg egy epidemiológiai korai riasztási rendszernek felel meg, amely az alukulatok biztonságát is jelenti, a járványok elleni küzdelemben, vagy a biológiai fegyverek akár rejtett alkalmazása esetén folyamatos és rendszeres adatcserét tartva a szövetséges hadseregek szakszolgálataival a NERC-en (NATO Epidemiological Record Center) keresztül. Az MH Nemzetközi Oltó Központja a „travel medicine” elveinek alkalmazási helye a gyakorlatban, a nemzetközi

szolgálati utakon résztvevők számára.

A külföldi szolgálatra utazók egészségvédelmének speciális esete, amely mind a malária prevenciót, mind az aktív immunprofilaxist, mind az utazás előtti gyógyszerkészlettel történő ellátást és a célzott személyre szabott felkészítést foglalja magában. A felkészítés során a speciális klimatikus viszonyok és más veszélyforrások megismertetésével a feladat sikeres végrehajtását biztosítja a maga sajátos eszközével.

Mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztikai tevékenységet folytat, a gyorsdiagnosztikai módszerek irányában alkalmazott kutatásokban működik közre. Jelentős személyi és eszközös fejlesztése a biológiai fegyver elleni védelem NATO követelményeinek megközelítése céljából is megkerülhetetlen feladat.

Fertőtlenítési és rovar-rágcsálóirtási képesség (DDD tevékenység) fenntartása rendkívüli járványügyi helyzet esetére és esetleges katasztrófa vagy korlátozott ABV veszélyeztettség esetére.

A higiénés tevékenység területein:

Egészséges biztonságosan fogyasztható ivóvíz szolgáltatását biztosító tevékenység folytatása, amely a folyamatos minőség biztosító ellenőrzés egyfajta rendszerezett módja az MH szabályozott keretei között. A fogyasztható víz biztosításán túl, a vízellátó rendszerek elemeinek hatékony ellenőrzésével a víz okozta tömeges egészségkárosodás veszélye csökkenthető jelentősen.

Az élelmiszerek és élelmezés-bizton-

ság fenntartására szolgáló szabályok kidolgozása, mind a közegészségügyi, mind az állatorvos szakértők bevonásával az élelmezési infrastruktúra (konyhák, élelmiszerraktárak, szállító járművek) és az élelmiszerek ellenőrzése, az ételkészítési technológiai és az élelmezési dolgozók ellenőrzése és kiképzése területén csökkenti a konyhatechnológia súlyos megsértésének esélyét, megelőzve a tömeges egészség-károsodások (ételfertőzések, ételmérgezések) kialakulását.

Az ionizáló sugárforrások állapotának folyamatosan ellenőrzése alatt tartása, a terület dolgozóinak dozimetriai ellenőrzésének végrehajtása nem mellőzhető. Fontos feladatok hárulnak a szolgálatra az ágazati Nukleáris Balesetvédelmi Rendszer működéséből adódóan is. Objektív mérésekkel és helyszíni ellenőrzésekkel kell biztosítani a nem-ionizáló sugárzások hatásának kitett dolgozók a munkahelyeit.

A feladatok végrehajtásához működteti az MH EVI bázisán az államigazgatási hatósági tevékenység folytatására kialakított kétszintű MH Tisztiorvosi Szolgálat hálózatát, eljár I. és II. fokon, hatósági szerveivel biztosítja a fertőző betegségek teljes ellenőrzését, mintavételezéssel egybekötött helyszíni járványügyi vizsgálatot végez, orvosi fontosságú adatokat, mintákat gyűjt, intézkedik saját hatáskörében.

3. Egészségnevelési és megőrzési programok szervezése vezetése

Az MH EVI Egészségnevelési osztályával az egészségnevelési és megőrzési programok szervezésének le-téteményese. Feladata a helyes élet-mód irányába befolyásolni a szemé-lyi állományt, bajmegelőző ismeretekkel felfegyverezni az MH szemé-lyi állományt a harcképesség megő-rzéséhez. A többi preventív szakszol-gálatok adatai alapján, célzott egé-szégnevelési feladatok ellátásával hat-hat az állomány harcképességének fenntartására. Pl., STD megelőzés, egészséges életmód propagálása, kli-matikus hatások (hideg, meleg) elleni védelem szabályainak ismertetése, küzdelem a dohányzás, az alkoholiz-mus és a drogfogyasztás terjedő jár-ványával és más életmódbeli életve-zetési hibákkal (mozgásszegény élet) szemben, stb.

4. A környezeti (fizikai/kémiai /bio-lógiai) ártalmak kiküszöbölése és az ártalom megelőzése a foglalkozás-egészségügyi feladatok ellátásával.

A foglalkozásegészségügy a klasszi-kus üzemorvostant és munkaegész-ségügyet minőségileg meghaladó a megelőzést a gyakorlatban, annak kli-nikai és prevenciósz eszköztárát is újonnan születő-szolgáltató ága, tevé-kenységi területei zömmel a preven-cióhoz kötődnek.

5. A környezetvédelem bizonyos, közegészségügyi vonatkozásainak el-lenőrzése, az egészségügyi veszélyes hulladékkezelés szabályainak betar-tatása. Egészségügyi mérnöki tervbí-rálati tevékenységgel örködni az em-

beri érdekek és a közegészségügyi biztonság megteremtésében már az objektumok tervezési szakában.

6. Kutatás-fejlesztés, oktatási tevé-kenységek területein

Akár nemzeti sajátosságként is el-könyvelhető, hogy a megelőző orvos-tan és intézménye, olyan szakterü-leteket is befogadott, amelyek koráb-ban nagy, önálló szolgálatok jogutód-jai (Állategészségügyi szolgálat), vagy forráshiány miatt önállósággal nem rendelkező egészségügyi főága-zat képviselője, mint a tudományos kutatás/továbbképzés. Tudományos kutató tevékenységgel lehet mega-lapozni a felsorolt tevékenység sorozat elméleti bázisát a toxikológia, sug-árbiológia és a kórélettan szakterü-letein. Teljesíti az információszol-gálatást papíralapú és mágneses adat-hordozók segítségével, tudományos szakkönyvtári szolgáltatást biztosít. Oktató, kiképzési tevékenységgel ké-pes biztosítani az MH szakember utánpótlását.

A katonai igazságügyi orvosi teendők folyamatos ellátása az MH-n belül.

Állategészségügyi tevékenység szer-vezése: Az MH szolgálati állatállo-mányának ellenőrzése, a zoonózisok terjedése elleni védekezésben részvé-tel, az élelmiszertermelés higiéniés szempontú szakkontrollja. Az MH preventív intézetének feladata a tudo-mányos elemzés alapján az MH ka-tasztrófa készülségét fokozni, egé-szségügyi vonatkozásaira felkészülni.

7. ABV fegyverek elleni orvosi védelem feladatainak kidolgozása

A NATO doktrínák hangsúlyozott és egyre fokozódó erővel számonkért szakterülete tömegpusztító fegyverek elleni védelem orvosi vonatkozású rendszabályainak kidolgozása- modellezése – fejlesztése, és a terület nemzetközi tevékenységében való intenzív részvétel. Az elmúlt tíz esztendő a tömegpusztító fegyverek elleni védelem kérdéskörének teljes mellőzését hozta, elsősorban nem szakmai megfontolások alapján. A rendszerek rendszerének is nevezett tömegpusztító fegyverek hatásai elleni orvosi védelem, és az azt szolgáló megelőző rendszabályok komplex rendszere, az egészségügyi ellátás megszervezése ABV szennyezett környezetben, a személyi mentesítés, katonai személyi dozimetria, vagy az ionizáló sugárzás problémakörének új területe: az alacsony sugárzási szintek detektálása, egyre hangsúlyosabb területei a védelem-egészségügynek.

8. Az egészségügyi felderítés területe

Az egészségügyi felderítés honvéd és katasztrófa-orvosi fogalom, amely magába foglalja a csapatok egészségügyi biztosításához szükséges általános, katonai és egészségügyi információk rendszerezett gyűjtését, melynek részei: az egészségügyi harcászati vagy taktikai, az egészségügyi vegyi, sugár és biológiai, valamint a járványügyi felderítés. Megvalósul az egészségügyi biztosítás valamennyi (harcászati, hadműveleti) szintjén. A járványügyi előzetes adatgyűjtés egy

operatív készenlét alapjául szolgál, bizonyosan kezdete a béke-tevékenység része, de a nem tisztán csak békejellegű tevékenység, amely folyamatosan zajlik, periodikusan ismétlődik és tagozatonként eltérő tartalommal töltött. A nagyobb szövetséges hadseregeknél egészen az egészségügyi hírszerzés intézményes kialakításáig jutottak.

A felsorolt, de részletiben nem, vagy csak felszínesen ismertett területek, nem pontosan fedik le a békeidőszakban az Egészségvédelmi Intézet tevékenységi körét. A prevenció feladatok legtöbbször ugyanakkor hangsúlyos jogszabályi háttér, törvényi előírás, államigazgatási vagy súlyozott katonai érdek fűződik. Az 1997-ben, létrehozott az MH nem-gyógyító profiljába tartozó intézeteinek csaknem teljes koncentrációja, a mai megítélés szerint elveiben igen korszerű, szinte NATO intézmény létrejöttét eredményezte, amely bizonyos területeken talán több profilt is magába foglal, mint más szövetséges ország analóg intézete. Ugyanakkor a nagyobb nemzeti intézmények is (ÁNTSZ, minisztériumok és háttérintézetek, OOSZI, NEVI, KSH, egyetemek, OVH, OKH stb. alkalmas együttműködési partnerre található benne.

A katonai megelőző orvostani koncepciója más kapcsolódásai pontokkal is rendelkezik a primer szekunder és terciér prevenció alkalmazásának valamennyi lehetséges területén. Az MH EVI, mint viszonylag friss intézet, a nem fertőző betegségek epidemiológiája területén is kedvező lehetőségek birtokosa, pl. a sorozottak

eü. állapotának ismerete terén, amely klasszikus területe a nem fertőző betegségek epidemiológiája bizonyos vonatkozásainak, elég ha például csak az akceleráció jelenségének felismeréséhez vezető utat említem. A jövőben a lehetőségeinket hangsúlyozottan érvényesíteni kell.

Összegezve az elmondottakat, a megelőzés békerendszerének markánsan kirajzolódó profilja, intézményi formája és feladatrendszere alkalmas alap lehet az immár NATO tagállam Magyarország, átalakulóban levő hadseregével szemben támasztott követelmények kielégítésére. Az MH új intézeti hátterével kész, és részt tud venni a bonyolult döntés előkészítési munkákban is, azonban erre igazán csak akkor lesz teljes erejével képes, ha az első alapozó lépéseket – a jó szervezési koncepciót – az erők optimalizációja mellett, az egységes intézeti infrastruktúra kialakítása is követni fogja.

A minősített időszak katonai megelőző orvostani ellátásának főbb területei

Az MH egészségügyi biztosításának minősített helyzetre (válsághelyzet és humanitárius segítségnyújtás) felkészültnek kell lennie. A prevenció tevékenység koncepciójában szükségszerűen épít az MH már felvázolt katonai megelőző orvostani, béke időszaki ellátási koncepciójára.

A hidegháborús korszakában a reguláris tömeghadseregekkel és tömegpusztító fegyverekkel megvívott kombinált összefegyvernemi hadmű-

veletek során jelentős egészségügyi veszteséget lehetett prognosztizálni. A korszak lezárulásával megváltoztak a szövetséges amerikai és NATO katonai doktrínák, következésképpen a várható egészségügyi veszteség szerkezete módosult, és az egészségügyi biztosítás rendszere is nagymértékben átalakult. A kétpólusú világ jól definiált ellenségképe helyébe a bárhol fellépő globális fenyegetés lehetősége új megközelítések és megoldások megfogalmazását kényszerítik ránk.

A részaránya miatt korábban alárendelt jelentőségű hányada az egészségügyi veszteségnek, a betegségek és nem harci-sérülések (DNBI= Diseases and non battle injuries) kategóriájába tartozó megbetegedések megelőzésének jelentősége a béke-fenntartó, béke-kikényszerítő stb., és humanitárius műveletek során lényeges áttértekelésre került.

A kompromisszumos medicina elveit kiváltotta a békeellátás szintjéhez való aszimptotikus közelítés elve. Az egészségügyi ellátási doktrínák a korábbi igen didaktikus a „háború vagy béke időszakára érvényes” antinómián alapuló egészségügyi biztosítást, egy árnyaltabb mátrix jellegű megközelítés váltotta fel, ahol a veszélyhelyzeti időszak feladatai az „5-ös Cikkely szerinti hadműveletek” felelnek meg legjobban a klasszikus háborús alkalmazásnak.

A nem 5. Cikkely szerinti hadműveletek felölelik a veszélyhelyzeti feladatoknak a helyi jellegű korlátozott katonai konfliktusoktól kezdődő a béke-teremtés és békefenntartási béke-

kiképzési hadműveletekig terjedő, lehetséges katonai harctevékenységek egész sorát.

Végül a humanitárius segélynyújtási tevékenység kategória az, amely elsősorban a nem fegyveres jellegű segítségnyújtási feladatok megoldását tartalmazza, pl.: menekülttáborok ellátása orvos csoportok (AFOR), műszaki, kutató- mentő alakulatok küldésével, illetve tartalmazza a katasztrófa elhárítási feladatokban (az országon belüli és a nemzetközi szinten)

való részvétel lehetőségeit is. Az egy mástól különböző alkalmazási területek, esetenként hadszínterek eltérő követelményeket támasztanak az MH béke egészségügyi és azon belül a béke prevenciók biztosításának a kialakított rendszerével szemben, amelyből levezethető az eltérő katonai alkalmazásra kialakított egészségvédelmi koncepció (II. táblázat).

A katonai prevenciók tevékenység feladatrendszerének bizonyos beszűkítése a béke állapotról egy tervezett

Katonai megelőző orvostani tevékenység fontos részterületei	Béke állapot	5.cikkely szerinti hadműveletek /háború/	5.cikkely szerinti hadműveletek: helyi konfliktus, béke hadműveletek	Humanitárius segítségnyújtás és katasztrófavédelmi tevékenység
3. feladatkör :				
Járványügyi felderítés	+++	+++	+++	++
Védőoltási stratégia	++	+++	+++	++
Megelőző rendszabályok kidolgozása	+++	+++	+++	+++
Megelőző rendszabályok ellenőrzése	++	+++	+++	++
DDD tevékenység	++	+++	+++	+++
Jelentések, adatforgalom	++	+++	+++	++
4. feladatkör:				
Minősített helyzet eü. alk. vizsgálatai	+++	+++	++	++
5. feladatkör				
Minősített helyzeti eü. felvilágosítása	+++	++	+++	+++
6. feladatkör				
Atom f. elleni orvosi védelem	+++	+++	++	+
Biológiai f. elleni orvosi védelem	+++	+++	++	+
Vegy f. elleni orvosi védelem	+++	+++	++	+
8. Egyéb a prevencióhoz asszociált feladatkörök:				
Állategységügyi tevékenység		+	++	+++
Laboratóriumi kapacitás biztosítása	++	+++	++	++
Foglalkozás eü. terv	+++	++	+	+
Fegyveres használat igénye	+	+++	+++	++
Hatókör	+	+++	+++	+++

II. táblázat:

A megelőző orvostani biztosítás feladatköreinek összehasonlító súlyozása (fontosság szerint)

mértékgig ma még elfogadható. Megnövekszik a fontossága az olyan specifikus eljárásoknak, amelyek békeidőszakban nincsenek vagy alig működnek, mint a járványügyi-felderítés, védőoltási politika kiemelt vonatkozásai (pl.: a tömegpusztító fegyver elleni specifikus védelem vonatkozásaival kiegészülve). Mindez kölcsönöz bizonyos manőverezési lehetőséget a szolgálat számára.

A megelőző és korlátozó rendszabályok betartása és ellenőrzése, a fertőző betegségek, járványok bejelentési rendszerének, mint korai riasztási rendszernek a folyamatos működtetése mindenkor létező, de eltérő jelentőségű feladatai állnak a legközelebb a korábbi közegészségügyi – járványügyi biztosítás fogalomköréhez.

A megelőző orvostani tábori ellátási rendszerének egyik sajátos infrastrukturális rendszere, az eszmei-tartalmi szempontból ugyan kissé megkopott, de létező, mobil konténer-laboratóriumi eszközcsalád, amely fölött évtizedek óta rendelkezik a szolgálat. Ezen eszközök miatt, a Magyar Honvédség korábban többször bírálattot is kapott: a hadsereg számára nagyfokú autonómiát biztosító eszközcsalád létezésében rejtett (VSZ eredetű) agresszív szándékot tételtek fel. A NATO aktuális elvei szellemében ma a mobil laboratóriumi eszközök sora, számos válfaja kerül rendszeresítésre pl.: az USA egyes haderőnemeinél, de egyes NATO államok is megőrizték-fejlesztették hasonló jellegű eszközeiket.

A tábori preventív technika megőrzött mobil eszközei, a könnyen telepíthető

konténer laboratóriumok rendszerével, napjainkra teljesen elfogadottá vált, célszerű további fenntartásuk. A megelőző orvosi egységek, alegységek katonai alkalmazásával kapcsolatban korábban felhalmozódott sok tapasztalat az új egészségügyi biztosítási koncepcióban is megtalálhatja a helyét, kellő felújítás, és egy jelentős eszmei regenerálást követően, amint azt az AFOR misszió sikere is beigazolta. A megelőző orvosi biztosítás a céljában, stratégiájában csaknem változatlan a tábori alkalmazási feltételek között is: az orvostudomány legkorszerűbb, rendelkezésre álló eszközeivel, a legteljesebb segítséget nyújtani az egészség reális megőrzésében a harctevékenység teljes időtartamán át. Hatásköre a katonai küldetésbe bevont állomány vonatkozásában érvényesül.

A feladatainak felosztásában a járványügyi és higiénés megelőző rendszabályok elrendelése és ellenőrzése létfontosságú jelentőséggel bír. A járványügyi adatok forgalma, a jelentések rendje és betartása operatív jelentőségű egy ABV fenyegetés szempontjából. Az ABV védelem fontossága újra jelentkezik a katasztrófák során kiszabaduló toxikus vegyi szennyező, fertőző anyagok hatása miatt, vagy izotópok véletlen/szándékos kiszabadulása során. Napjaink szomorú realitása, hogy az ABV harceszközöknek, vagy ekvivalenseinek megjelenését a békefenntartási műveletek során is számításba kell venni, mint a szélsőségesek terror fenyegetésének eszközeit, vagy mint a polgárháborús cselekmények szándékolt

szerencsétlen mellékhatásait.

A tábori preventív orvosi biztosítás kezdete a ROLE I-II segélyhely, a maga harctevékenységi ütemtől függő, erősen korlátozott terjedelmű lehetőségeivel, a befejező tábori bázisintézménye a tábori egészségügyi ezred szervezetében működő megelőző orvosi zászlóalj. A teljes vertikum stationer befejező eleme az MH EVI. A megelőző orvosi biztosítás tagozatonkénti alkalmazására kialakított elkép-

zelést a III. táblázat szemlélteti.

Valamennyi tagozatnak képesnek kell lenni a Biológiai Mintavevő Eszközzel (BIME), vagy annak valamely korszerű analógjával a biológiai mintavételezés végrehajtására, amely az egyik eszközös oldala a járványügyi felderítésnek, de az ABV védelemnek is. A táblázatból látható, hogy a vegyitoxikológiai kimutatás területen az eszközök és kimutatási lehetőségek eléggé hiányosak.

Feladatok	Tagozat I.	Tagozat II.	Tagozat III.	Tagozat IV.
Járványügyi felderítés	Van folyamatos	Van folyamatos	Van folyamatos	Van folyamatos
Fertőző beteg bejelentés/FBB. Mintavételezés	FBB Környezeti és Biológiai mintavétel /K+B/	FBB K + B	FBB K + B	FBB K + B
DDD	Korlátozott/háti permetező	Korlátozott/háti permetező	Korlátozott/háti és motoros permetező	Teljes terjedelem háti, motoros permetező gázosítás stb. megelőző rsz teljes terjedelem
Hygiénés f. ellenőrzése, mérések	megelőző rsz.	megelőző rsz.	megelőző rsz szűkített terjedelem	teljes terjedelem
Víz fogy.	mintavétel	mintavétel	Mintavétel részleges vizsgálat	Mintavétel teljes vizsgálat
Élm. fogy.	mintavétel	mintavétel	mintavétel	mintavétel
Labor eszközök lépcsőzése	BIME,	DDA 66, DSB BIME	DDA 66, AMOL, DSB, BIME	Eü. ezred jeü. z. Teljes mobil lab.r.
Mentesítési készség	részleges	teljes	teljes	teljes
ABV védelem.	egyéni	egyéni,	egyéni, kollektív	egyéni kollektív
Atom	Szennyezettség	SZM	SZM+fogyaszthatósági mérés/FM	SZM+FM+dozimetria
Biológiai	FBB + Mintavétel(MV)	FBB + MV	FBB+MV+korlátozott detekció (D)	FBB+MV+D+Identifikáció (1)
Vegyí				

III. táblázat:

A minősített időszak feladatok és a hozzárendelt tábori eszközrendszer megoszlása ellátási tagozatonként a prevenció rendszerében.

A DDD tevékenység, a rovar – rágcsáló irtás és felületfertőtlenítés az I. tagozattól kezdve minden tagozaton láncszerűen végigvonul, a háti permetezővel együtt, amely a korlátozott terjedelmű tábori fertőtlenítési és rovarirtási feladatok és bizonyos mentesítési lehetőségek kivitelezésének az eszköze.

A javasolt tábori egészségvédelem gerincét a DDA 66 fürdető-fertőtlenítő gépkocsi az AMOL (Általános Megelőző Orvosi Laboratórium) és a DSB (Demineralizáló és Sterilizáló Berendezés) alkotja. A Tagozat 3-tól mindenütt előfordul, egészen a megelőző orvosi zászlóalj állományáig megtalálható. (Tagozat 4.) A megelőző orvosi zászlóalj 3 db megerősítő és egy működő egység található a főirányú megerősítés, csere stb. céljaira. A DDA 66 alkalmas a fürdetés – és felsőruházat mentesítés mellett, tetvenítés és a teljes ABV mentesítés végrehajtására, és mint ilyet, célszerű a leginkább közelíteni a I. tagozathoz. Az AMOL alkalmas víz, élelmiszer fogyaszthatóság, korlátozott mikrobiológiai vizsgálatok és sugárzó anyagok kiutatására biológiai és környezeti minták korlátozott elemzésére, helye lehet akár a II. tagozatba előre vetve, de jelen változatban a 3. Tagozatra tervezett az alkalmazása. Az egység gyakorlati alkalmazására az AFOR keretében 1999 nyarán került sor, a tapasztalatok értékelése és a tanulságok tudományos feldolgozása folyamatban.

A teljes terjedelmű mobil tábori preventív tevékenység fő ereje az korábban Egészségvédelmi osztagnak, még

régebben JEO-nak (Járványegészségügyi Osztág) nevezett komplex rendeltetésű, a régi járványügyi zászlóalj eszközeinek felhasználásával kialakított szervezet, amely az eü. ezred járványvédelmi zászlóaljaként biztosítja a tábori megelőző orvosi biztosítást elérhető legmagasabb laboratórium vizsgálati színvonalát is.

A osztag a mindenkori katonai helyzet igénye szerint részenként vagy egészében felhasználható, saját rendszerében nagymértékben csereszabatos, operatív részlegeivel külön vagy közösen a járványügyi érdekből minden feladat ellátására képes. A főbb szakmai egységei:

– a BSL a bakteriológiai szerológiai laboratórium, amely a Viv (vivárium) laboratóriumi egységgel és egy DSB -vel települve alkalmas mikrobiológiai, vírusszerológiai, diagnosztikus és szűrővizsgálatok elvégzésére. Járványgóc felszámolására, ABV védelemben a kórokozók klasszikus módszerek szerinti kimutatására, gyógyító intézmények laboratóriumi megerősítésére, a szakszerű speciális mintavételezésre és mintatovábbításra a háttérország irányába, karanténizálásra és a járványgóc felszámolására alkalmazható.

az ERAL az egészségvédelmi-radio-metriai laboratórium, amely a víz élelmiszer és környezeti mintákban határoz meg sugárszennyezettséget, és alkalmas dozimetriai mérések elvégzésére.

a KBL a kórbonctani vizsgálatok kivitelezésével a szigorított járványügyi zárlat feltételeinek tisztázásában tudatpatológiai segítséget nyújtani az eg-

zotikus, ismeretlen kórképek tisztázása és mintavételezés céljára. Az egészség állományába tarozik a már ismerttetett AMOL pedig, mint a higiénés prevenciók tevékenység általános laboratóriuma működik a zászlóalj állományában, illetve tartalék egységekkel is rendelkezhet, ha a helyzet megkívánja.

A felvázolt rugalmas szerkezetű mobil intézményrendszer támaszkodik az MH EVI stacioner épületekben elhelyezett rutin és tudományos laboratóriumainak megerősített rendszerére, a hazai polgári intézményrendszerre, illetve szükségből a szövetséges hadseregek támogatására. A szervezeti elképzelés minden rugalmassága és korszerűsége dacára sem tudja kiváltani a metodikai és műszeres lemaradás szinte már elképzelhetetlenül súlyos jelenlegi mértékét.

A béketevékenység során a felsorolt szakterületek laboratóriumi igényeinek részleges vagy teljes kielégítésével meg tud felelni az egészségügyi biztosítási tervben megfogalmazott követelményeknek, szolgálni tudja a preventív medicina objektív mérések iránti igényeit. Jelentősen fejleszteni, erősíteni kell az osztagot új irányokban is. Pl.: egészségnevelés technikai eszközellátottságát ki kell munkálni, az osztag számítástechnikai és hírközlési rendszerét meg kell tervezni, biztosítani kell az adatok folyamatos és veszteségnélküli áramlását és megőrzését a szélsőséges körülmények között, és foglalkozni kell számos technikai részlet módosításával is.

A felvázolt szervezési keretek megfelelő tartalommal való megtöltése, a

NATO által alkalmazott szabványosított metodikák adaptálása, műszeres mérés technikai feltételek kialakításával a nem-béke színtereinek mindegyikén kaphat feladatot a Megelőző orvosi zászlóalj.

Végezetül nem hagyhatók ki az olyan fontos és a békefeladatok között is említethető tevékenységek, amelyek megváltozott normatívák alkalmazásával folytatják munkájukat, az egészségügyi alkalmasság megállapítását, a tudományos kutatást – bizonyos meghatározott honvédelmi érdekek alapján, illetve vizsgálják a szélsőséges körülmények hatásait lelki működés bizonyos funkciózavarai esetén. A preventív medicina feladatkörében szerepel a NATO rendszerében a csata stressz hatás megelőzése, és az ellenvaló küzdelem, valamint a szélsőségesen rossz körülmények közé kihelyezett állomány lelki működéseinek változása a küldetés megkezdése esetén a megállapított helyzethez képest, pillanatnyilag ezen területek sok más mellett frissen feltáruuló eddig ebben a formában kevésbé művelt szakterületek, amelyek biztosan teljesebbé teszik a egészségügyi ellátás és a megelőző orvostani biztosítás tervezését.

Összefoglalva, az elmúlt években a megelőző orvostan hazai átalakulásának izgalmas folyamatai bontakoztak ki, amelyek kisugárzásukkal, és a NATO együttműködés modernizációs hatásaival megújulni kényszeríti közegészségügyi-járványügyi biztosítás egész rendszerét.

IRODALOM

Col. G. Faludi M.D.M.C.

- [1.] AD85-8 ACE (NATO SHAPE) Egészségügyi biztosítási elvek, módszerek, tervezési paraméterek.
- [2.] MC 326/1, NATO Egészségügyi biztosítási előírások és útmutató.
- [3.] Svéd L., Szolnoki L.: Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátó rendszerében a NATO elvek tükrében. Honvédorvos 1998. 50: 1. 5 - 37.
- [4.] Kertai P.: Hygiéne Tankönyve Medicina, 1982, Budapest.
- [5.] Dési I.: Népegészségtan. Semmelweis Kiadó. 1995, Budapest
- [6.] Kertai P.: Megelőző Orvostan. Medicina Könyvkiadó Rt. 1999, Budapest.

Military preventive medicine - as a part of new doctrine - of medical support of Hungarian Defence Forces

The author assumed the changes of earlier well known phase of military and disaster medicine – the epidemiological and hygienic support. The science of preventive medicine has intensively developed in the last decade. Many different new branches of medicine were integrated into it. The military prevention – according to the NATO standards, requirements and doctrines – has also changed. This prevention is a highlighted topic of NATO compatible new doctrine of medical support of HDF.

*Dr. Faludi Gábor o.ezds.
1555 Budapest, Pf. 68.*

Sürgősségi betegellátás - honvédegeszségügy

Dr. Aracsi László orvosezredes

Kulcsszavak: sürgősség, időfaktor, tömegbalesetek, kiképzés, honvédkórház

A szerző figyelmet szentel a sürgősségi betegellátás fogalma tisztázásának, majd az ellátó rendszer legfontosabb elemeit mutatja be. Kiemeli a felkészülés, képzés, begyakorlás, az egységes ellátási elvek fontosságát és a rendszer folyamatos fejlesztésének szükségességét. Bemutatja a sürgősségi ellátás és a katonaezségügy azonos tartalmi vonásait. Hangsúlyozza a honvédkórházak felelősségét, klinikai és szervezői feladatait a csapategzségügy ez irányú felkészítésében.

A honvédezségügynek - alaprendeltetéséből fakadóan - kiemelt szerepe van a sürgősségi ellátásban, katasztrófák egzségügyi felszámolásában. A szakállomány felkészítése, a csapat-egzségügyi szolgálat korszerűsítése elképzelhetetlen az oxiológiai ismeretek megszerzése és azok gyakorlati alkalmazása nélkül. A készség szintjén megszerzett tudás hasznossága és fontossága egy-egy éles helyzetben válik igazán kézzel fogható értéké. Mindnyájan tudatában vagyunk annak, hogy háborúban, katasztrófák felszámolása során csak azt tudjuk igazán alkalmazni, amit a béke időszak kiképzése során elsajátítottunk.

A sürgős szükség, a sürgősségi ellátás tartalma

A mindennapi gyakorlatban többféle megközelítéssel találkozunk. Sokan és sokféleképpen definiálják. Ál-

talában elfogadott az álláspont, mely szerint a sürgősség fogalomkörébe tartozó eset közvetlen életveszéllyel jár, vagy rövidesen azzá válhat, de a gyors beavatkozás megszünteti az életveszélyes állapotot.

Más megfogalmazásban sürgős az, ami nem tervezhető, nem halasztható. Találkozunk olyan véleménnyel, amely szerint sürgős az, amit a beteg vagy a beutaló annak gondol, és addig sürgős, amíg ennek ellenkezője szakmailag nem igazolódik.

Az egzségügyi törvény úgy fogalmaz, hogy sürgős szükség: "az egzségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egzségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egzségkárosodást szenvedne" [1].

Nyilvánvaló, hogy az akut életveszély abszolút indikációja a sürgős beavatkozásnak. Ugyanakkor a sürgősségi ellátás szükségessége önmagában még nem jelent feltétlenül életveszélyes állapotot. A sürgősségi ellátás igényét a hevenynek, illetve veszélyesnek tűnő betegség, a gyorsan súlyosbodó kórkép, a tisztázatlan kórok támasztja alá [3].

A sürgősségi betegellátást meg kell különböztetünk az egyes szakmák azon kórképeitől, amelyek ugyan sürgősek, de nem sürgősségi, az adott szakterület szokványos módszereivel elláthatók, a diagnózis ismert, az ellátás feltételei biztosítottak (1. ábra).

A sürgősségi betegellátás más annyiban, hogy szintetizálja különféle szakmák ismeretanyagát, magában foglal katasztrófa orvostani, szervezési-irányítási feladatokat is, és felhasználja sok más, nem egészségügyi szakma

tapasztalatait, segítségét. Mindennek következményeként egy olyan viszonylag önálló szakterületté válik, amely sajátos szemlélet kialakítását igényli művelőjétől [3].

A sürgősségi ellátás szintjei

A sürgősségi ellátás általában a helyszíni ellátással kezdődik. Itt az eszközök szűkossége, a szerény munkakörülmények, mind-mind bonyolítják az ellátást. Nagyon sok múlik az ellátást végző felkészültségén, helyzetfelismerésén. Általában az első észlelő laikus, nem egészségügyi szakember. Szerepe rendkívül fontos a szakszemélyzet értesítése és a sérült (beteg) körüli első teendők szempontjából.

A helyszíni ellátás elsőrendű feladata az életveszély elhárítása, az életveszélyes szövődmények megelőzése, fájdalomcsillapítás, a beteg (sérült) ál-

Helyszíni ellátás

Sürgősségi betegellátó osztály

Intenzív osztály

Gyógyító osztályok

Sürgősség

Elengedhetetlen, fontos az idő, adott a tudás, az eszközök, nincs konziliáris segítség

Elvégzi mindazt, amit prehoszpítáisan nem lehetett, amihez több eszköz, tudás, ember, idő kell. Viszonylag a korlátozottság, (idő, konzilium)

Amit addig nem lehetett elvégezni, amit még eddig nem kellett elvégezni. Korlátlan lehetőségek az előzőekhez viszonyítva.

Szakmaspecifikus ellátás

1. ábra: A sürgősség és a specializáció viszonya az ellátásban

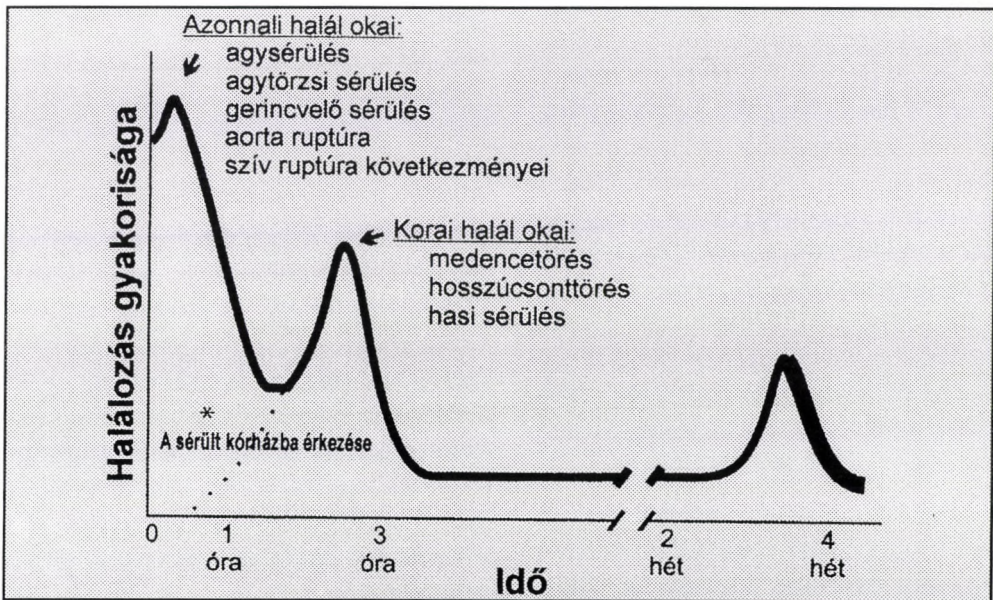
lapotának stabilizálása, a sérült szállíthatóvá tétele. A munkát bonyolítják, nehezítik, sokszor még lehetetlenné is teszik a terepviszonyok, időjárás körülményei, a beteg (sérült) megközelíthetősége. A segélynyújtó mentalitása, szakértelme, akarata, pillanatnyi lelkiállapota is meghatározók döntésében [4].

Az akut szak jó megszervezése, a megfelelő korai beavatkozás többnyire kedvező feltételeket teremt a korai szövődmények elhárítására, megelőzésére. Az első órák elvesztegetett percei a folyamatok gyors előrehaladásával egyre több irreverzibilis következménnyel járnak (2. ábra).

A sokktalanítás, fájdalomcsillapítás, szabad légutak biztosítása, a rögzítés, a beteg állapotának stabilizálása,

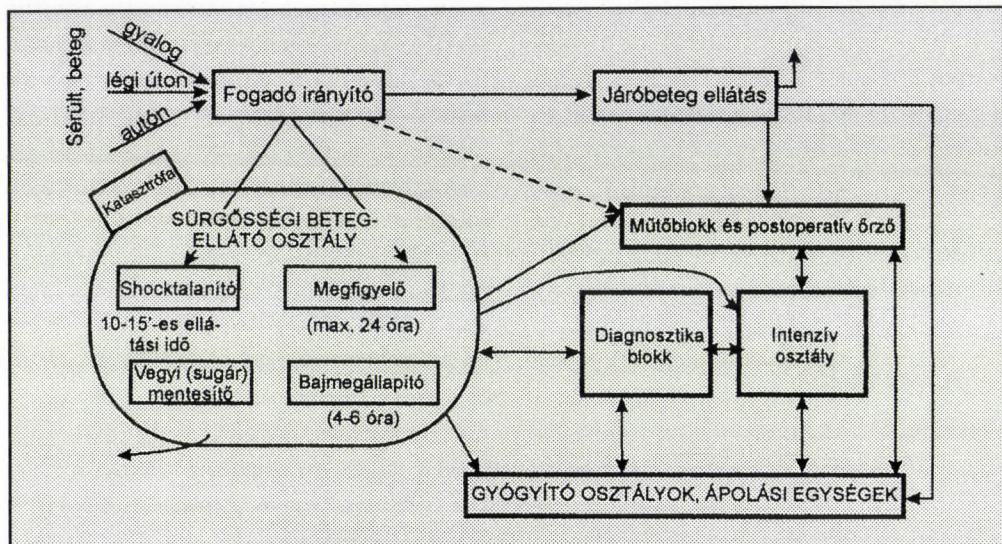
gyors eljuttatása intézménybe a korai halálozás csökkentésére jelentős befolyással bír (2. ábra). A mai gyakorlatban sokszor éppen a kórházban veszik el az értékes idő, mert a 30-40 percen belül intézetbe kerülő beteget tologatják a szakrendelők és a diagnosztikus munkahelyek, sokszor intézetek között.

A háborús egészségügyi biztosításban is a legbonyolultabb, legnehezebb feladat harctéri körülmények között megszervezni és végrehajtani a sérült első óráinak gyógykezelését. Ha beleképzeljük magunkat e helyzetbe, máris értékeljük az ön- és kölcsönös segély jelentőségét, a harcoló katona és egészségügyi személyzet jó felkészültségének jelentőségét. Nem kell különösebben indokolni annak fontosságát sem, hogy a szakszerű és



2. ábra:

A traumákból eredő halál leggyakoribb okai
(Scientific American/1983.249.31/ forrás felhasználásával)



3. ábra:

Kórházi sürgősségi ellátó osztály és kapcsolatrendszere

minél komplexebb ellátást közelíteni kell a sérülés keletkezéséhez.

A sürgősségi ellátás folyamatának következő fontos láncszeme a szállítás. Ez sokak nézetétől eltérően a mentés szerves része. Magába kell hogy foglalja a szállítás alatt szükséges beavatkozásokat, a beteg (sérült) állapotának folyamatos nyomon követését. Bár a légi mentés gyors, kíméletes, de főleg gazdasági okok miatt ma csak szűk indikációs területe van. Ezért a megfelelő földi szállítás megszervezésére és a szállítás alatti beavatkozások lehetőségének megteremtésére bővítésre kell koncentrálnunk.

A kórházak a sürgős esetek fogadására különbözően vannak felkészülve szakmai profilok, időbeni elérhetőség, felszereltség, szervezethez viszonyítottan. Nyilvánvaló az alapszakmák kis kórházak és a jól felszerelt nagy,

sokprofilú kórházak lehetőségei közötti különbség. A szemlélet, a beteg-ellátás módja vonatkozásában már kisebb a különbség. A sürgősségi beteg-ellátást az ügyeletesek látják el, a szolgáltatások alacsony szinten koordináltak, szakma centrikus a munkaszervezés.

A probléma megoldására az egészségügyi kormányzat programjában olyan sürgősségi osztályok (angolul: emergency department) hálózatának kiépítése szerepel, amelyek a nap 24 órájában bárkinek azonos szolgáltatást tudnak nyújtani (3. ábra).

Sürgősségi osztályok tervezett alapfeladatai [6]

- heveny kórképek ellátása a kórtani helyzet stabilizációjáig,

- akut kórtani helyzetek megalapozott diagnosztikája,
- bizonytalan akut folyamatok diagnosztikus célú megfigyelése,
- várhatóan 12-24 órán belül rendeződő akut jelenségek definitív ellátása,
- a terápiás tevékenység hatásának megfigyelése és értékelése.

A sürgősségi osztály összekötő a pre-hospitalis és hospitalis sürgősségi ellátás kapcsolódási pontján [3]. Az osztály a tömeges sérültellátásban, katasztrófa ellátásban is nyilvánvalóan fontos szerepet tölt be. A tömeges ellátás céljára összeállított eszközök tárolását, ellenőrzését itt kell végrehajtani. A riasztás, mobilizálás begyakorlása, az osztályozás, a katonai feladatokkal való teljes azonossága [8] miatt fontos kiképző hely is (3. ábra).

Nemcsak mint a szervezet új, hanem az ellátás formája is új szemléletet igényel. Ezen ellátási rend abszolút beteg centrikus. Nem a beteget küldik végig a „futószalagon” (labor, rtg., szakrendelők, stb.), hanem a beszállított beteg köré csoportosítják a szükséges eszközöket, gyors diagnosztikai műszereket, kommunikációs eszközöket. A beteget kiképzett, a szükségletnek megfelelően összeállított és begyakorlott team látja el.

Hazánkban a mentőkórház járt élen és alkotta meg a sürgősségi ellátás egyik igen fontos modelljét. Az orvosok a kórházi tevékenységük mellett kivonuló szolgálatot is rendszeresen teljesítenek. Az oxiológiai kép-

zés és továbbképzés központjaként is joggal tartják számon [9]. A sürgősségi osztályok létjogosultságát számtalan külföldi példa is alátámasztja. Elterjedésük mégis lassú és vontatott. Miért? A szemléleten túl a költségigényesség a legnagyobb visszatartó erő. Annak ellenére, hogy az ellátórendszer egészét racionálisabbá, gazdaságosabbá teszi, a közvetlen működtetőknek anyagi áldozatot jelent a mai finanszírozási rendszerben. Kívánatos lenne mielőbbi megoldása.

A sürgősségi ellátás honvéd-egészségügyi jelentősége

A sürgősségi ellátás és a honvéd-egészségügy biztosítási feladatai között több azonosság fedezhető fel. Ezek:

- a váratlanság,
- az időfaktor,
- az ellátás interdiszciplináris jellege,
- az eszközökben és az ellátók létszámában mutatkozó korlátok,
- a megfelelő felkészültség, begyakorlottság, önfegyelem, szervezettség, motiváció,
- az ellátó szervezetek szabályozott, egymásra épülő, azonos szemlélettel működő rendszere,
- a minden körülmények közötti működés.

Szolgálatunk csak akkor képes megfelelni alaprendeltetésének, ha a sürgősségi ellátás szakmai és szervezési ismereteinek birtokában van, azt magas szinten műveli, és képes alkalmazni, a katonai feladatok végrehajtásával összhangba hozni, még a legszélsőségesebb helyzetekben is. Az

önálló feladatot bármilyen helyzetben, irányban és körülmények között végrehajtó harcászati egységet az egészségügyi biztosítás érdekében is teljessé, önállóvá kell tenni [7].

A csapatok alkalmazásának módja azt kívánja, hogy a fő hangsúlyt a telepíthető egészségügyi egységek felkészítésére, és a sérültek szállítására, szállíthatóságának biztosítására kell fordítani. Ez különösen aláhúzza a prehospitális sürgősségi ellátás jelentőségét. A személyzetnek feladatához adaptált ismeretekkel kell rendelkeznie. Ezt csak akkor tudjuk teljesíteni, ha rendelkezünk azzal a szakmai, intézményi bázissal, amely garantálja a végrehajtók speciális felkészítését, a folyamatos tréninget, az ismereteik bővítését. Oktatási, képzési rendszerünk bázisa csakis a katonakórház lehet.

A katonarovlás egyik legfontosabb elemét képező sürgősségi ellátás és a polgári egészségügyi ellátó rendszer ez irányú ténykedése egymást kölcsönösen ki kell hogy egészítse, egységet kell képeznie, és szervezeten együtt kell működnie békében, háborúban, katasztrófák felszámolásában. A honvédegyeség attól más, attól válik speciális ismeretek műhelyévé, hogy extra, a mindennapjainktól jelentősen eltérő szituációk teljes körű megoldására is felkészül. Itt kell hogy koncentrálódjon az a tudás és felkészültség, eszközpark, amely a sürgős egészségügyi ellátásra szorulókat minden szinten legeredményesebben, legkomplexebben képes szolgálni (Egyelőre utópia).

Mindezek után jogosan tehetjük fel a

kérdést: Mi jellemezze a jó sürgősségi ellátást?

- legyen időben elérhető,
- alkosson hatékony, beteg centrikus rendszert,
- kellően tudjon alkalmazkodni a konkrét helyzethez,
- az ellátást végző team legyen összekovácsolt,
- jó, aktív kapcsolatokat alakítson ki az együttműködő nem egészségügyi szervekkel,
- rendelkezzen a szükséges eszköztárral,
- garantálja a gyors, célirányos információáramlást, a dokumentáltságot,
- folyamatosan értékelje és elemezze eredményeit.

A sürgősségi ellátás magában foglalja [2]:

1. a prevenciót (kockázati tényezők csökkentését),
2. a széleskörű, többszintű képzést, oktatást,
3. a tényleges ellátást (prehospitális, hospitális),
4. a szállítást,
5. a megfelelő infrastruktúrát,
6. a szervezést, tervezést.

Akkor működik olajozottan, ha jól kimunkált az irányítás rendje, megfelelő a finanszírozás és a folyamatokat meghatározó szabályok, törvények karbantartása, a rendszer fejlesztése folyamatos.

Reményeink szerint e terület mindinkább az érdeklődés középpontjába kerülve hasznára szolgál majd minden katonának, minden állampolgárnak.

IRODALOM

- [1.] Az 1997. évi CLIV. törvény Az egészségügyről
- [2.] Committee on trauma American college of surgeons: Resources for optimal care of the injured patient 1999.
- [3.] Göbl G.: Oxyológia - sürgősségi betegellátás Orvostovábbképző Szemle VII. évf./1. 2000 január
- [4.] Lendvai R., Kenyeri F., Kiss B., Kőcse T.: Az elsősegélynyújtást befolyásoló tényezők katasztrófahelyzetekben. Magyar Mentésügy, 1995. XV. évf. 3-4.
- [5.] Cales, R. H., Heilig, R. W. Jr.: Trauma care systems 1986, USA 12-15, 79-160.
- [6.] Sürgősségi osztályok jellegzetességei. Tervezet. Készült a Mentés és katasztrófaügy szakmai kollégium részére 99/03/19.
- [7.] Svéd L.: A Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának feladatai hadi és katasztrófa helyzetekben. Új Honvédségi Szemle 1996. különszám
- [8.] Török Z.: A Pécsi Honvédkórház szerepe a régió katasztrófa ellátásában. Honvédorvos, 1996, 3. 153-159.
- [9.] Tury P.: A sürgős segítség elérhetősége, fejlődési lehetőségek. Egészségügyi gazdasági szemle. 1996, 34 (2): 89-103.

Col. L. Aracsi M.D.M.C.

Emergency medicine - military health care

The author paid attention for a clear terminology of the emergency medicine than assessed the most important elements of the supply system.

There was emphasized the importance of the preparation, the education, the exercises, the similar principles in the treatment procedures and the continuous evaluation of the system. They showed the value of the emergency medicine having similarities with the military health care. Also emphasized the responsibility of the military hospitals in their clinical work and organization duties in the preparation of the military health care for the troops.

*Dr. Aracsi László o. ezds.
7608 Pécs, Akác u. 1.*

Az intézeti sürgősségi betegellátás alapjai

Dr. László Imre orvosezredes

Kulcsszavak: sürgősségi ellátás, az amerikai rendszer és követelményei, Sürgősségi betegellátó osztály részei

A szerző rámutat a sürgősségi és a háborús egészségügyi ellátás rendkívül szoros kapcsolatára, amely egyértelműen alátámasztja a honvédegségügyi kérdéskörrel kapcsolatos érzékenységet. Az Amerikai Egyesült Államokban 1973 óta szabályozza törvény a sürgősségi ellátást és annak mindenoldalú feltételrendszerét. Jelen publikáció bemutatja a törvény által szabályozott fontosabb követelményeket, illetve az 1998. decemberében Columbusban tett látogatás során szerzett tapasztalatokat, a Sürgősségi betegellátó osztályok amerikai körülmények között történő működtetését.

Az egészségügyi ellátás fejlődésének, fejlesztésének ténye és szükségessége, a korszerű menedzsment technikák fokozatos előtérbe kerülése és érvényre jutása, a törekvések mozgatórugójaként fellelhető hatékonyabb betegellátás igénye állította előtérbe a sürgősségi betegellátás hospitális szakaszának új alapokra helyezését. Ismert, hogy az országban több helyen is működnek Sürgősségi betegellátó osztályok (SBO), amelyek a jelenleg érvényben lévő finanszírozási rendszer és uralkodó szemlélet miatt valós értéküknek csak igen korlátozott mértékben képesek megfelelni.

Amikor a sürgősségi ellátás kérdéskörével foglalkozunk a kulcsszó a „rendelkezésre álló idő”, illetve még pontosabban annak erősen korláto-

zott volta. Ez a gondolatfelvetés a katonarvos számára azonnal a háborús egészségügyi biztosítás építkezésének logikáját és lényegét: a gyors és mégis eredményes ellátásra történő törekvést jeleníti meg. Egy olyan rendszert, amely a működésében szigorúan szabályozott elemeivel a súlyos sérültek gyors, időtakarékos és mégis hatékony ellátására készült fel. A háborús- és katasztrófa medicina, illetve a békekörülmények között realizálódó sürgősségi ellátás ezen a ponton találkozik egymással.

A rendelkezésemre álló idő rövidege miatt nincs lehetőség egy szélesebb körű áttekintésre, ezért előadásomban annak a rendszernek a jellemzőit és sajátosságait kívánom ismertetni, amelyet Amerikában, az Ohio állam-

beli Columbusban, közvetlenül a gyakorlatban is volt lehetőségünk megtekinteni az elmúlt év decemberében.

A sürgősségi ellátás – mint rendszer – az Amerikai Egyesült Államokban, törvényesen szabályozott formában 1973-ig nem működött. A Tudományos Akadémia előkészítő munkája alapján ekkor öntötték formába a kérdés szempontjából meghatározó jelentőségű 1973. évi Törvényt, amely az Egészségügyi Sürgősségi Szolgáltatáról, egy egységes sürgősségi ellátó rendszerről intézkedett. Napjainkig ez a törvény a gyakorlati tapasztalatok folyamatos feldolgozása és annak jogszabályi adaptálása révén egyre pontosabbá, a gyakorlatot egyre hatékonyabban segítő szabályozási formává vált. Ez a magyar egészségügy szempontjából már az első megköze-

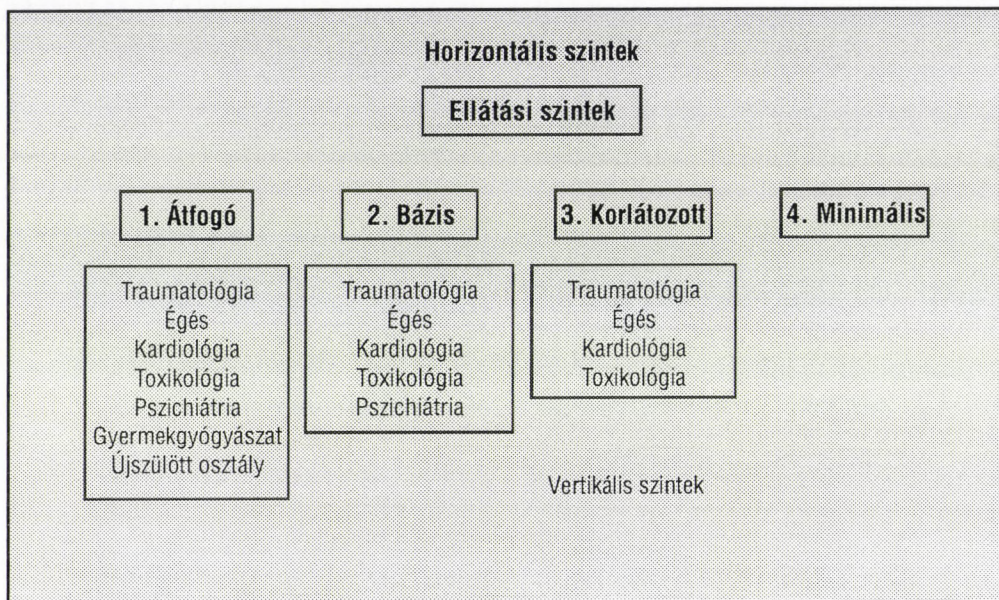
lítésben azt jelenti, hogy ezt az ellátási formát törvényben megfogalmazottnak szabályozni kell!

Maradva az amerikai gyakorlatnál, foglalkozzunk most kizárólag a sürgősségi ellátás hospitális tagozatával és nézzük meg, hogy meghatározott kritériumok figyelembevételével hogyan sorolódna be ebbe a rendszerbe az egyes intézetek. Szempontként az adott gyógyintézet szerkezeti struktúráját, illetve annak személyi és technikai lehetőségeit vesszük figyelembe. A 70-es évek elején az Amerikai Orvostársaság, valamint az Amerikai Kórházszövetség az egyes kórházak ez irányú képességeinek felmérésére az ún. horizontális értékelési rendszert alkalmazta. Ennek alapján az ellátásnak 4 szintjét különböztették meg (1. ábra).

Ellátási szintek			
1. Átfogó	2. Bázis	3. Korlátozott	4. Elemi
1 2 3 4	1 3 4	4 5	4 6
1. 24 órás folyamatos sürgősségi ellátás (állandó, képzett gyakorlott, helyben tartózkodó szakorvosok és szakdolgozók) - standardok, protokollok, technikai eszközök	2. A kórházban azonnal elérhető, folyamatosan igénybevehető konzultáció legalább belgyógyászati, ortopédiai, szülészeti-nőgyógyászati, gyermekgyógyászati és aneszteziológiai szolgálattal.	3. 30 percen belül konzultációs lehetőség kórházon belül más szakterületekkel.	
4. Folyamatos két és többoldalú hírvisszeköttetés a szolgálatok közt és az informatikai központtal	5. A kórház orvosaiból biztosított, 30 percen belül folyamatosan elérhető sürgősségi készenlét.	6. Minimális sürgősségi ellátás (osztályozása, sürgősségi fok megállapítása), életmentő első orvosi segélynyújtás.	

1. ábra:

A kórházak sürgősségi besorolásának horizontális szintjei



2. ábra:

A kórházak horizontális és vertikális ellátási szintek szerinti besorolása

A gyakorlati tapasztalatok gyorsan bizonyították, hogy sürgősségi ellátást meghatározóan (az esetek 95%-ában) az első két besorolási szintet képviselő gyógyintézetek nyújtottak, továbbá azt is, hogy a 3. és 4. szintbe sorolt intézetek csak elvétve alkalmasak ezen ellátás személyi és technikai feltételeinek biztosítására. Ugyancsak fontos volt az az 1973-beli felismerés is, amely szerint a horizontális besorolást egy ún. vertikális besorolási követelményrendszerrel kell kiegészíteni (2. ábra). A kezdetben ez 7 szakterületet jelentett 3 szintű rendszerbe sorolva, majd később kiegészült a szülészet-nőgyógyászattal.

A mai gyakorlat követelményeinek figyelembevételével érdemes megneézni, hogy az egyes szintekkel szemben az osztályos szerkezeti tagozódás

milyen követelményeket támasztana (lásd 2. ábra). Abban az esetben, ha a régióban gyermekgyógyászati ellátásra specializálódott központ működik (pl. Budapesten ilyen a Heim Pál Kórház) a követelmények sorából a gyermekgyógyászat és gyermeksebészet értelemszerűen törölhető. Nem érdektelen beletekinteni abba, hogy a vertikális tagozódás egyes szintjeivel szemben egy adott szakma vonatkozásában – önkényesen ragadjuk ki például az égést – milyen követelmények fogalmazódtak meg (3. ábra).

Talán fölösleges is külön hangsúlyozni, hogy a sürgősségi ellátásban résztvevő egyes szakmákkal kapcsolatban – úgy személyi, mint technikai oldalról – a követelmények pontosan megfogalmazásra kerültek.

Delegációnk Columbusban olyan in-

1. szint	2. szint	3. szint
1. Égési központi (osztály) Optimális ellátási lehetőség	2. Speciális gyakorlattal rendelkező égési részleg	3. Sürgősségi osztály ambuláns ellátás
E L L Á T A N D Ó K		
Súlyos égési sérülések	Mérsékelt égések	Könnyű égések
– a bőr felső rétegeire kiterjedő, a testfelszín több mint 25%-át meghaladó égések	– felszínes, a testfelszín 15-20%-ára kiterjedő égések	– a testfelszín kevesebb mint 15%-ára kiterjedő felszínes, illetve 2%-ot meg nem haladó mély égések, amennyiben nem járnak az arc, szem, fül, kéz, láb, perineum funkcionális, vagy kozmetikai károsodás, veszélyével
– a testfelszín 10%-ára kiterjedő mély égések	– a testfelszín kevesebb, mint 10%-ára kiterjedő égések	
– arc, szem, fül, kéz, láb, perine- umra kiterjedő, funkcionális vagy kozmetikai károsodás veszélyével járó égések	– arc, szem, fül, kéz, láb, perineum vagy kozmetikai károsodásának veszélye, nélküli égések	
– légúti inhalációs égések vagy traumával társuló égések		

3. ábra:

Égési osztály szakmai követelményei vertikális besorolás szerint

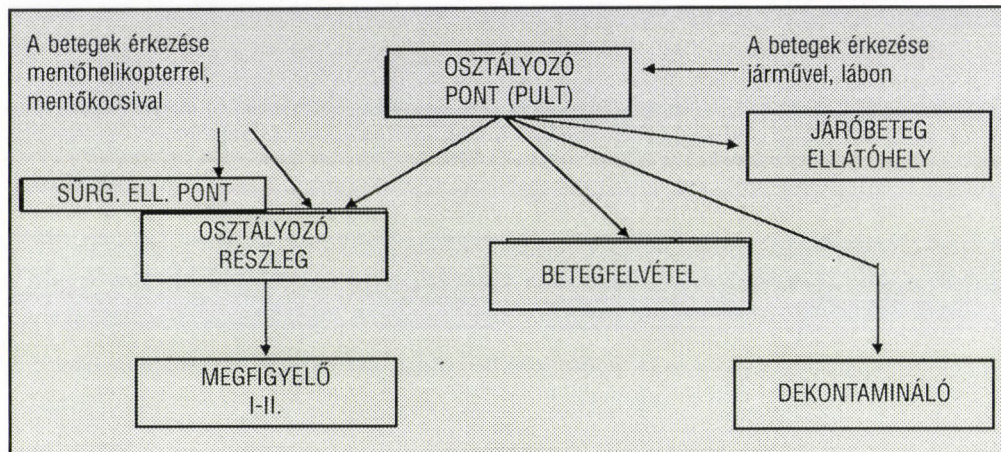
tézetet tekintett meg, amely a sürgősségi ellátás rendszerében, annak első szintjébe sorolva tevékenykedik. A két részből (Grant és Riverside) álló kórházba az SBO mind működésileg, mind elhelyezés szempontjából igen szigorú szabályok szerint integrálódik be. Felépítését, funkciók szerinti tagozódását a 4. ábra mutatja.

A betegellátásban betöltött fontosságára utal az is, hogy a biztosítók akut beteg ellátásáért csak akkor fizetnek, ha azok az SBO rendszerén keresztül kerülnek be a gyógyintézetbe! Az SBO a következő elemeket foglalja magába:

1. Osztályozó pont (pult): a járóbeteg lépnek be ezen a ponton. Egy jól képzett nővér a panaszok figyelembevételével irányítja tovább az érke-

zőket vagy az Osztályozó Állomásra (esetleg a Megfigyelőbe), vagy a Járóbeteg Ellátó Helyre.

2. Osztályozó Részleg: 1 műszakban 2 orvos, 8 szakdolgozó működteti és 24 óra alatt mintegy 150 sérültet/beteget látnak el. A személyi állomány a feszített munkatempó miatt átlagban 3 évet dolgozik ebben a részlegben. 20 olyan helyiséggel rendelkeznek, ahol különböző beavatkozások elvégzésére van lehetőség. Ha egy időben sok sérült vagy beteg (esetlegesen súlyos állapotban lévő) érkezik, akkor személyi hívnak lekerik a szükséges erősítést. A statisztikák alapján a sürgősségi ellátásra szoruló betegek 10%-a traumás eredetű. A részlegből a megfigyelőbe, műtőbe, intenzívra, a kórház egyéb osztályaira, a patoló-



4. ábra:

SBO részei sematikusán ábrázolva

giára, illetve haza kerülhetnek a sérültek/betegek. Az osztályozó praktikusán két részből áll: a bejáráshoz közel található az a helyiség, ahol a beérkező és életveszélyes állapotban lévő betegek az első ellátásban részesülhetnek. Ennek keretében 10 percen belül elkészül az rtg. és UH (természetesen a kép bekerül a beteg adataival együtt a központi számítógépbe), centrális vénát szúrunk, leveszik laborvizsgálatra a vért és vizeletet. Súlyos traumás vagy sebészeti beavatkozást igénylő beteg ezt követően közvetlenül a műtőblokkba kerül átszállításra. Az osztályozó megkerülésével is bekerülhet sürgős eset az intézetbe, amikor például a helikopteres (vagy mentő) szállítás során a személyzet az azonnali sebészeti beavatkozás szükségessége mellett dönt.

3. Megfigyelő I-II.: azok a betegek, akiknek a kórisméje az osztályozóban nem tisztázódik a megfigyelőbe kerülnek. Ebben a részlegben maximum

24 órát tartózkodhatnak. Ennyi idő alatt az állapotukkal kapcsolatban végleges döntésre kell jutni. A RIVERSIDE ennek két fokozatát működtette, nevezetesen a Megfigyelő I-ben a tartózkodási időt 6 órában maximálták (átlagban 4 órával dolgoznak, de igyekeznek elérni a 3 órás átlagértéket). A Megfigyelő-II. maximálisan 24 óráig tarthatja a 6 óra alatt nem tisztázott kórisméjű betegeket.

4. Járóbeteg Ellátó Hely: délelőtt 11-től este 23 óráig egy műszakban. A családorvosok rendelésének befejezése után a betegek ezt a részleget keresik fel. Összesen 1 orvos és 2 szakdolgozó látja el a feladatokat, továbbá ők biztosítják az ún. üzemorvosi ellátást is. Ezt az ellátási formát – amely mintegy 300.000 lakos első orvosi ellátását van hivatva biztosítani – naponta 70-80 beteg veszi igénybe.

5. Betegfelvétel: a betegek felvételét kérdőívek alapján nővérek végzik. Az összesen 4 vizsgálóban folyamatos

műszakban 2 nővér dolgozik. Az az orvos, aki ki van jelölve ennek a területnek a felügyeletével osztályon dolgozik és problémás eseteknél személyi hívóval mozgósítható. Az osztályon viszont csak olyan tevékenységet folytathat, amit adott esetben azonnal abba tud hagyni, azaz például nem osztható be műtéti team-be.

6. Dekontamináló: a betegfelvételi hellyel szoros kapcsolatban működik. Feladata a környezetre és a betegre veszélyes anyagok eltávolítása gyo-mormosás elvégzése.

IRODALOM

- [1.] *Vámos L.:* Sürgősségi ellátás – egészségügyi doktrínaváltás. Az USA sürgősségi ellátó rendszerének irodalmi áttekintése. Tanulmány (1998.)

Col. I. László M.D.M.C.

Basis of emergency medicine at institutional level

Author points out the extremely close connection between the emergency medicine and war health supplies which clearly emphasizes the importance of military medicine. In the United States there is a law since 1973 controlling emergency medicine and its condition system of all kinds. This publication shows the most important criteria controlled by law, the experiences received during the visit in Columbus in 1998. dec., and the operation of emergency departments among american conditions.

*Dr. László Imre o. ezds.
1553 Budapest, Pf. 1.*

A tábori sebészeti ellátás új jellemzői

**Dr. Orgován György orvosvezetes, Ph.D.,
egyetemi magántanár**

Kulcsszavak: tábori sebészeti ellátás, NATO elvek, osztályozás, kiürítés, ellátási szintek

A NATO csatlakozást követően a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatánál is változásokra van szükség. Az új egészségügyi veszteség számvetések új osztályozási, hátraszállítási és ellátási taktikát igényelnek. A szerző ezen új ellátási elvekre és megvalósíthatóságukra irányítja rá a figyelmet.

Az új egészségügyi biztosítási NATO elvek gyökeresen változtatják meg az eddigi beteg és sérült ellátási taktikát a Magyar Honvédségben. Főleg az ACE 85-8. sz. NATO utasítás rendelkezik a jelenleg használatos, a jelenkor háborúit és harci cselekményeit alapul vevő tervezési, szervezési ellátási és biztosítási általános irányelvekkel. A korábbiakhoz képest eltérést mutat az, hogy a beteg és sérült ellátást a béke ellátásához képest azonos szintre emeli. Ennek érdekében a csapatok háborús szintjein (század, zászlóalj, dandár, hadosztály, hadtest) adekvát egészségügyi ellátásnak a megvalósulása is szükséges a megfelelő erővel és eszközökkel. Mindezeket keresztül a Magyar Védelmi Erők alapvető egészségügyi biztosítását közelíteni érdemes a NATO tagországokban érvényes, egységes egészségügyi ellátási rendszerekhez. Fontos ezen országok egészségügyi szolgálataiban az egyetértés a különböző be-

tegségek, sérülések kialakulási mechanizmusáról, a szervezetben zajló pathológiai folyamatok értelmezéséről és a gyógyítás módozatairól.

Az egészségügyi szolgálat célja nem lehet más, mint a személyi állomány megtartása a mindenoldalú preventív tevékenységen keresztül, valamint betegséget és sérülést követően az egészség és harcképesség mihamarabbi visszaállítása. Alapelvként érdemes elfogadni a HVK Eü. Szolgálatánál a "hat órás szabály"-t is a sérült ellátásban, amely az élet-és végtagmentő beavatkozások minél sürgősebb, - de nem később, mint 6 órával a sérülés utáni - elvégzését javasolja. Ezen kritérium elfogadása esetén számos szervezeti, személyi és anyagi változtatást szükséges elvégezni az egészségügyi szolgálaton belül.

A sérültek és betegek rendeltetés szerinti kiürítése és szakaszos gyógykezelése, mint az eü.-i szolgálat tevé-

kenységének megvalósulási formája továbbra is szükséges, de érdemes törekedni arra, hogy a gyógykezelés a lehető legkevesebb szakaszosságot eredményezze és a rászorulók minél előbb a végleges ellátási helyre kerüljenek. Ugyanakkor a következő ellátási szinteken az ellátásra szorulókat folyamatos, adekvát és progresszív egészségügyi segély is megilleti. Így a kiürítés során az ellátandókat az első segélytől a végleges orvosi ellátásig és rehabilitációig szükséges egészségügyi ellátásban részesíteni.

Az eü. ellátásban három alapvető szint különböztethető meg:

- (1) az újraélesztés és az életfontosságú funkciók stabilizálása,
- (2) az élet- és végtagmentő sebészi és műtét utáni ellátás,
- (3) végleges gyógykezelés és rehabilitáció.

A fentiek figyelembevételével szükséges átformálni a hátraszállításra (kiürítésre) alkalmazott szállítóeszközök rendszerét is. A hat órás szabály és a minél előbbi végleges ellátást kilátásba helyező elv vonzataként főleg a légi (helikopter) sérültszállítás kerül előtérbe. Ez a kiürítési mód a legalkalmasabb egyes sérült kategóriáknál az élet- és a végtag megmentése érdekében.

Természetesen a szállító járművek és eszközök hozzáférhetősége és típusa, a kiürítési utak hosszúsága és hadműveleti helyzet fogja meghatározni az eü.-i intézmények méreteit és kapacitását a közbenső szakaszokon. Fontos elv, hogy elegendő kapacitás álljon rendelkezésre az eü.-i veszteség

összegyűjtésére, kiürítésére, gyógykezelésére és kórházba szállításra, olyan magas sérültszám mellett is, amely meghaladja a várható napi háborús egészségügyi veszteség mértékét (ACE 85-8,2-10).

A háborús ellátási irányelveket szem előtt tartva, az egészségügyi biztosítás tervezésénél három tényezőt szükséges figyelembe venni:

- 1. a haderő létszámot,
- 2. a várható eü.-i veszteséget,
- 3. az egészségügyi ellátó irányelveket.

Azon egészségügyi irányelveket, amelyeket az ACE 85-8 sz. NATO utasítás ír elő szükséges alkalmazni a Magyar Honvédség egészségügyi ellátó rendszerében is. Ezek a következők:

- az egészségügyi biztosítás hiányának észlelése csökkenti a saját csapatok morálját és harci kedvét,
- az egészségügyi ellátás a leghatékonyabban legyen elérhető a sérültek legszélesebb köre számára,
- az ellátandók számához és a várható sérülések fajtáihoz kell tervezni az ellátás minden részletét,
- az egészségügyi ellátás progresszívításon alapul az első- és önségélytől a végleges kórházi ellátásig.

Továbbá érdemes megfontolni az alábbi szakmai törekvéseket:

- törekedni kell a sérültek együtelmű ellátására (több sebész szakmai csoport dolgozik együtt),
- szükséges az élet- és végtagmentő műtétek szakmai protokolljainak kidolgozása,
- a várhatóan gyorsabb és pontosabb diagnosztika miatt késedelem nélküli gyógyító reagálás szükséges,

- az ellátottnaknál pontos és részletes kórtörténetet kell vezetni és az adatokat tudományosan fel kell dolgozni,
- a békében használt eszközöket és anyagokat kell alkalmazni a sérültek ellátásánál is,
- az egyszerhasználatos eszközök és kötszerek használata szükséges.

A sérült ellátást négy ellátási szintre érdemes tagolni, ezek a következők:

Role 1. (SH-1)

1. típusú segélyhely zászlóalj szintű egészségügyi szakasz feladatai:

- napi betegellátás,
- sérültek összegyűjtése és elszállítása a sérülés helyszínéről,
- kezdeti (elsőleges) osztályozás,
- resuscitatio és életfunkciókat stabilizáló beavatkozások,
- első orvosi segélynyújtás,
- előkészítés további hátraszállításra.

Role 2. (SH-2)

2. típusú segélyhely dandár szinten egészségügyi század feladatai:

- sürgősségi sebészet,
- intenzív ellátás,
- posztoperatív ellátás,
- alap laboratóriumi vizsgálatok,
- rtg, UH,
- fogászati ellátás,
- egészségvédelem, közegészségügyi-járványvédelmi biztosítás elemei,
- hadműveleti stressz management.

Role 3. (SH-3)

3. típusú segélyhely hadosztály szintű egészségügyi zászlóalj harctámo-

gató kórházak feladatai:

- speciális sebészet (idegsebészet, maxillo-faciális sebészet, égési sebészet, stb.),
- szakosított és speciális diagnosztikai eljárások (gastroszkópia, CT, arthroscopia, thoracoszkópia, laparoscopia, speciális laborvizsgálatok, stb.),
- speciális fogászati, szájsebészeti eljárások,
- speciális ápolási követelmények (pl. stoma gondozás).

Role 4. (SH-4)

központi tagozat állandó katonai kórházak, kiegészítő kórházak feladatai:

- végleges kezelés és rehabilitáció.

Ezen ellátási szintek, a hozzájuk tartozó erő és eszköz háttérrel tervezhetővé teszik a keletkező mindenkori egészségügyi veszteség felszámolását. A várható vagy becsülhető egészségügyi veszteség számadatai és a sérülésfajták analízise teszi reálissá a mindenkori egészségügyi ellátás tervezését.

A becsülhető egészségügyi veszteség és a különböző sérülési kategóriák, valamint néhány ellátási tevékenység az alábbiak szerint jellemezhetőek: (lásd I-XIII. táblázat)

A tömegpusztító fegyverek alkalmazása esetén feltételezések szerint hagyományos fegyver használatára nem kerül sor, valamint egyidőn belül ugyanazon harcszakaszon valószínűleg csak egy típusú tömegpusztító fegyver kerül alkalmazásra, amikoris az alábbi szempontokat szükséges figyelembe venni:

Háborús eü. veszteség

Harcban elesett	17%
Fogságba esett vagy eltűnt	8%
Harci sérült	58%
Háborús stressz	17%

ABV sérültek és hadifoglyok nélkül

ACE utasítás 85-8 sz. 1993

I. táblázat

**Sebészbrigád számvetés
Harcátmogató Kórházban**

15000 fő ↓
3,6% 540fő
540 fő 58% 313 fő
 313/20

16 sebészbrigád

IV. táblázat

Egy napos háborús veszteségarányok

vezetési szint	háborús eü. veszteség	háborús stressz	Teljes háborús eü. veszteség
Zászlóalj	20,5%	4,1%	24,6%
Dandár	6,9%	1,4%	8,3%
Hadosztály	3,0%	0,6%	3,6%
Hadtiszt	1,4%	0,3%	1,7%
Hadsereg	1,0%	0,2%	1,2%

ACE utasítás 85-8 sz. 1993.

II. táblázat

**Sebészi kapacitás a
Harcátmogató Kórházban**

- 1 műtőosztalon 18 műtét/nap
- 8 műtőosztalon 144 műtét/nap
– 1 műtét/óra
– műtőnként 6 óra tartalék

V. táblázat

**Életmentő és végtagmentő
sebészi beavatkozások**

A SEBÉSZ-TEAMEK SZÁMA
összes háborús sérült
+
nem háborús sérült
20

ACE utasítás 85-8 sz. 1993.

III. táblázat

Tömeges sérültellátás

**A lehető legjobb
ellátást kell
biztosítani a lehető
legtöbb sérültnél**

VI. táblázat

– nukleáris fegyver alkalmazása esetén szigorított rezsimre való áttérés követően a korai sebkimetszés jelentősége megnő. Az inkorporált sérültek ellátásánál speciális rezsim intézkedések és lehetőleg az ötödik-hetedik napig minden kategóriájú műtét elvégzése indokolt (mert ké-

sőbb a sebgyógyulás kétséges). Különösen fontos a korai, széles spektrumú, antimikrobás kezelés megkezdése. Az akut sugárbetegség és a kombinált sérülések kb. 65%-ban fordulnak elő. A vérzésemes szövődmények kialakulása miatt jelentős konzerv vér tartalékokat kell mo-

Tömeges sérültáramlás esetén

- A sebészbrigádok emelni tudják napi eset-számukat (24ⁿ-ra)
- a sérülteket szét kell osztani a kevésbé megterhelt kórházakba

VII. táblázat

**Elsődleges sebészi ellátáshoz
2E teljes vér, vagy vérpótszer
szükséges****VÉRSZÜKSÉGLET**

2x összes háborús sérült
+
2x (nem háborús sérült)

ACE utasítás 85-8 sz. 1993.

X. táblázat

Osztályozás

- azonnali ellátás (újraélesztés) 20%
- halasztható ellátás 20%
- könnyű sérült (ellátás után visszatér az alakulathoz) 40%
- várakozók (súlyos, reménytelen sérültek) 20%

VIII. táblázat

**Hadosztályszintű ellátásnál a vér-,
vérkészítmény szükséglet**

nem háborús sérült
(15000 → 0,05% x 2) = 15E
+
háborús sérült
(15000 → 3,6% → 58% x 2) = 626E
= 641E

XI. táblázat

**Hadosztályszintű ellátásnál
az ágyszükséglet**

15000 fő → 3,6% → 58% → 90%

1. nap 281 ágy/nap
2. nap 562 ágy/nap

IX. táblázat

**A sérültek kiürítésének
tervezett ideje**

- A sérülés helyétől a 1. tagozatig 6 óra
- Az 1. tagozat helyétől a 2. tagozatig 8 óra
- A 2. tagozat helyétől a
3. tagozatig, országúti 10 óra
légi 9 óra

ACE utasítás 85-8 sz. 1993.

XII. táblázat

bilizálni. Különösen fontos az egyszerűszerhasználatos (eldobható), műszer és kötszer alkalmazása, majd ezek tervezett megsemmisítése.

- kémiai és biológiai fegyver bevetésekor mentesítés, izolálás, korai sebkimetszés és minél korábbi célzott antimikrobás kezelés szükség-

séges a kijelölt, rezsim szerűen működő egészségügyi intézetekben.

Következtetések

- az elsősegélynyújtás és a sürgősségi sebészi ellátás egymáshoz, valamint a sérülés helyszínéhez a lehető legközelebb kerüljön.

**Sérültek kiürítése
2. tagozatról a 3. tagozatra**

· Hadosztály ellátó hely:	
– Könnyű helikopter	6
– Ágyszám szükséglet	663
– Sebész team szükséglet	16
· Dandáronként:	
– Mentőkocsi	13

ACE utasítás 85-8sz. 1993

XIII. táblázat

- minél jobban közelítjük a katonai egészségügyi ellátási helyeket egymáshoz, valamint a végleges ellátási helyeket a kárhelyhez, annál jobban csökken a kompromisszumok igénye az ellátásban.
- minél jobban hasonlít a katonai egészségügyi ellátóhely a békeidőshöz, annál jobban elvárható a kompromisszummentes ellátás.
- a sérült ellátás szabályai a lehető legnagyobb mértékben közelítsék a békeidőszakra érvényes ellátási követelményeket,
- a békében használt eszközöket és anyagokat kell alkalmazni a háborús sérültek ellátása során is,
- egységes ellátási elveket és szakmai protokollokat szükséges alkalmazni a sérültek ellátásában.

A megnövekedett egészségügyi veszteség és az elveiben új egészségügyi ellátási rendszer jelentős anyagi konzekvenciákat rejt. A segélyhelyek kialakítása, új szállítóeszközök bevezetése, nagy értékű diagnosztikai és gyógyító rendszerek telepítése közel a harcoló alakulatokhoz (amelyek je-

lentős része elpusztulhat) valószínűleg a jelenlegi gazdasági erőn felüli kívánalmakat jelent. Valószínűnek tűnik, hogy az új elvek, technikák, szállítóeszközök beléptetése a rendszerbe időben eltolódik és az ellátórendszer egyes területein valósulhat csak meg (az aktívan résztvevő csapatoknál). Így az anyagi források hiánya jelenti az első igazi kompromisszumot az egészségügyi ellátásban. Célszerűnek tűnik a csapatoknál dandárszintig egységesen kialakítani a szükséges új egészségügyi kapacitásokat és a mobil harctámogató kórházakat. Ezzel párhuzamosan véglegesíteni érdemes a Központi Honvédkórházat, amelynek NATO feladatot is szükséges adni (sürgősségi ellátás, regionális katonarvosai továbbképzés, katasztrofá ellátási centrum).

Col. Gy. Orgován M.D.M.C., PhD., med.habil.

New aspects of war surgery

Followed the joint to the NATO the changes needed at the Medical Corps of the Hungarian Defence Forces. New treating deals necessitated by the new casualty estimates in triage, evacuation, and treating tactic.

The author turns attention to the treating deals, and possibility conversation them into practice.

*Dr. Orgován György o.ezds.
1553 Budapest, Pf. 1.*

Magyar Honvédség Központi Honvédkórház I. Belgyógyászati Osztály

A tábori belgyógyászati ellátás új jellemzői

Dr. Liptay László ny. orvosezredes

Kulcsszavak: Megváltozott feladatok, megváltozott belgyógyászati veszteségstruktúra, infektológusok szerepe, megváltozott kiürítési elvek, új eredmények felhasználása a tömegpusztító fegyverek elleni védekezésben

A szerző áttekinti az elmúlt 10 év politikai változásainak tükröződését a Magyar Honvédség új honvédelmi doktrínájában és az egészségügyi szolgálatra háruló új feladatokat. Részletesen tárgyalja a belgyógyászati betegségek struktúrájának várható változását és az ebből adódó megváltozott osztályozási-kiürítési szempontokat. Kiemeli az infektológiai kórképek várhatóan nagy számát és ebből következően az infektológusok szerepének fontosságát, illetve a belgyógyászok infektológiai jártasságának fontosságát. Röviden áttekinti a tömegpusztító fegyverek elleni védekezés új szempontjait, az orvostudomány elmúlt 10 évben e területen elért eredményeinek rendszerbe emelését.

Az MH. eü. doktrínáját meghatározó tényezők közül jelen előadás szempontjából kiemelendő a NATO szövetség feladata, a haditechnika jelenlegi állapota és fejlődési irányai, továbbá de nem utolsó sorban az eü. veszteség várható alakulása.

A hazánk új honvédelmi doktrínájából az egészségügyi szolgálatra háruló taktikailag merőben megváltozott feladatok, a NATO-hoz való csatlakozásból adódóan a NATO egészségügyi ellátó rendszeréhez történő alkalmazkodás szükségessége, továbbá az orvostudomány diagnosztikai és terápiás lehetőségeinek az elmúlt 20 év során bekövetkezett jelentős fejlődése azok a tényezők, amelyek figyelembe véte-

lével kell megterveznünk a tábori belgyógyászati ellátás új jellemzőit.

A fenti megfontolás alapján az új jellemzők meghatározásánál a következő szempontokat vettem figyelembe:

1.) A támadó hadművelet helyett az országhatáron belüli védelmi hadműveletek előtérbe kerülése.

2.) NATO kötelezettség esetére és NATO tagságunkból adódóan az USA Vezérkar 1991. március 10-én kiadott Field Manual 8-10 és a NATO 1993. október 26-án kiadott 85-8.sz. ACE utasítását az Európai Szövetséges Parancsnokság egészségügyi biztosításának elveiről, irányairól és tervezési paramétereiről: [1, 5].

3.) A HVK Eü. Csoportfőnökségének azt az elképzelését, hogy a segélynyújtás szintjét a sérülés helyéhez minél közelebb előrevonva orvos jelenlétét biztosítsuk az 1. eü. ellátási szakaszon és szakorvosi segély lehetőségét a 2. ellátási szakaszon a sürgősségi ellátásra szoruló sérültek vonatkozásában [2].

A feladat megoldásához nélkülözhetetlen azoknak a nozológiai formáknak a számbavétele, amelyek ellátásával számolnunk kell. Itt két alapvető irányról kell beszélnünk.

1.) Hagyományos fegyverek alkalmazása során szükségés teendőkről.

2.) Tömegpusztító fegyverek alkalmazása esetén szükségés teendőkről.

1. Hagyományos fegyverek alkalmazása

A bevezetőben említett és az előadás egyik alapját képező USA és NATO szabályzat abból az elvből indul ki, hogy a harcoló alakulatok személyi állománya teljesen egészséges, belgyógyászati betegségben nem szenved. Ennek értelmében az egészségügyi veszteség számítása során számításba veszi a nem háborús veszteség belgyógyászati kontingensét, amely minden vezetési szinten 1,35 % /napal számol a harci cselekménytől függetlenül és ebben a kategóriában kizárólag a hagyományos fertőző betegségeket veszi számításba.

Nem kerülnek említésre például a krónikus gasztroenterológiai és kardiovaszkuláris kórképek és e kórképek kezelésére egészségügyi anyagok

sincsenek biztosítva.

Megállapítják, hogy e betegek 90 %-a tér vissza az alakulathoz 24-48 órán belül és ezért fontos, hogy a 2. eü. ellátási szakasz megfelelő befogadóképességű legyen. Feltételezhető, hogy a betegek 10 %-a 1.5 napot tölt majd a 2. tagozatban, 80 % az ellátás után azonnal visszatér egységéhez. A kórházba kerültek aránya 10 %. Azok az országok, amelyek nem rendelkeznek a fenti befogadóképességgel a 2. eü. ellátási szakaszon, magasabb ágy-számmal kell rendelkezniük a 3. tagozat eü. intézményeiben.

A kórházi tagozatban az ide utalt betegek (az összes beteg 10 %-a) kb. fele (4%) 5 napos tartózkodás után visszatér egységéhez, míg a többiek (6 %) 2 napos tartózkodás után kiürítésre kerülnek (I., II. táblázat) [1].

Tehát minél hamarabb kell a kiürítést végrehajtani. Akiknél a csapathoz való visszatérés nem várható, 2 nap után hátraszállítandók, míg a többiek a 3. szakaszon maradnak az egységhez történő visszatérésig. Végered-

BETEGEK ÉS NEM HÁBORÚS SÉRÜLTEK

	Beteg	Nem háborús sérült
RTD arány	90%	40%
ATH arány	10%	60%

RTD: visszatér az alakulathoz
ATH: kórházi felvétel

I. táblázat:

A return to duty (RTD) és admission to hospital (ATH) arányai

Veszteség- kategória	ATH (%)	RTD (%)	KIÜRÍTÉSI ELŐIRÁNYZAT: 7 NAP		
			Átl. tart. a 3. tagozaton (nap)	Nem RTD %	Átl. tart. a 3. tagozaton (nap)
D	10	4	5	6	2
NBI	60	1	4	59	2
WIA	90	1	4	89	2
BS	10	0	0	10	2

D: beteg NBI: nem harci sérült WIA: harcban sérült BS: harci stressz szindróma

II. táblázat:

Kórházi ellátás

ményben a betegek 7 nap alatt a 3. szakasról valamilyen irányban kiürítésre kerülnek.

A fent vázolt elgondolás alapján már az **1. ellátási szakaszon** dolgozó orvos/ok/nak alaposan ismerniük kell a várható infektológiai betegségek klinikai képét és a terápiás lehetőségeket, rendelkezniük kell a megfelelő egyszerű diagnosztikus eszközökkel.

A **2. ellátási szakaszon** az infektológiában nagy jártasságú belgyógyász munkáját feltételezzük, akit a laboratóriumi és képalkotó diagnosztika mellett közegészségügyi és járványügyi megerősítő csoport segít a diagnózis mikrobiológiai megerősítésében. Biztosítani kell a megfelelő antimikrobás kezelés teljes skáláját megfelelő mennyiségben. Rendelkeznie kell a megfelelő izoláció lehetőségével legalább két irányban (légúti és enterális).

A **3. ellátási szakaszon** azok az esetek kerülnek ellátásra, akiknél a kórisme a meghatározott rövid idő alatt nem állapítható meg, illetve a beteg-

ség lefolyása súlyosabbnak, illetve elhúzódóbbnak tűnik. Itt a már előző szakaszokon említettek mellett szükséges az adott betegség gyógytalmának és prognózisának pontos eldöntése a megfelelő kiürítési irány meghatározása céljából.

A **4. szakaszon** értelemszerűen a definitív gyógyítás történik.

A fentiekből kitűnik, hogy hagyományos fegyverekkel vívott harc esetén a hangsúly a sebészi ellátáson van, ezt tükrözik a várható veszteségszámítások (17% halott, 8% eltűnt és fogságba esett, 58% harcban sérült és 17% harci stressz szindróma) továbbá a kórházi felvételre került sebészeti típusú sérültek aránya (III. táblázat) [1]. Ez az elgondolás az állomány bevonulását megelőzően történő igen alapos alkalmassági vizsgálatát azaz minden szempontból egészséges állományt feltételez. Ezek mellett a közegészségügyi-járványügyi rendszabályok kialakítása és betartása igen fontos. Ezek hiányában és kedvezőtlen körülmények esetén a SZU af-

ganzisztáni háborújának kedvezőtlen tapasztalatai ismétlődhetnek meg.

Az FM 8-10 utasítás a következő infektológiai kórképekkel számol kiemelten:

- 1.) Akut hasmenések.
- 2.) Akut légúti fertőzések.
- 3.) Malária.
- 4.) Arbovírus infekciók.
- 5.) Szexuális úton átvitt betegségek.
- 6.) Japán encephalitis.
- 7.) Haemorrhagiás láz és vese szindróma.
- 8.) Schistosomiasis.
- 9.) Leishmaniasis.
- 10.) Leptospirosis.
- 11.) Vírusos hepatitiszek.
- 12.) Bozót tífusz (5).

E betegségek közül a negatív széklettenyésztési eredménnyel bíró akut hasmenések, akut felső-légúti megbetegedések, arbovírus fertőzések, venereás betegségek képezik az esetek említett 90 %-t. Mi legyen azonban e csoportban a pozitív széklettenyésztési eredménnyel bíró betegekkel, pneumoniásokkal? E betegek számára az US Army ellátó rendszerében szervezett „convalescent center” mintájára nem kórházi jellegű szervezési elemet kell létrehozni, hiszen ezek a betegek sem alakulatukhoz nem távozhatnak, hazaküldésük sem indokolt, a kórházi kapacitást velük lekötni pedig értelmetlen.

A többi kórképet az eü. dandár kór-

HARCBAN MEGSEBESÜLT (WIA)

Egységéhez visszatértek (Return to Duty RTD) aránya	10%
Kórházba felvettek (Admission to Hospital ATH) aránya	90%

III. táblázat:

A return to duty (RTD) és admission to hospital (ATH) arányai

házaiban kell kezelni, illetve le kell őket szerelni.

Ha az ACE 85-8. sz. utasítást részletesen tanulmányozzuk, meglepő koncepcióval találjuk magunkat szembe. Hadosztály szinten a betegek kategóriájában a napi eü. veszteség 1.35 %, ezek 80%-a azonnal, 10 %-a 48 órán belül, további 4 %-a 5 nap után visszatér csapatához, de nyilvánvalóan nem gyógyult állapotban (I., II. táblázat) [1]. Tehát az alapellátásra hárul nagy teher a belgyógyászati kontingens vonatkozásában és a betegek csak kis része kerül hátraszállításra. Következésképpen a csapategészségügyi szolgálat feladata lesz e betegek gyógyítása, szükség esetén két irányú izolálása.

A modulok vonatkozásában: a belgyógyászati modul az ápolási egységben jelenik meg mind az eü. szd, mind az eü. z.alj, illetve a HTKK vonatkozásában. Funkciója infektológiai ellátásból (diagnózis és terápia) áll a megfelelő diagnosztikus és közegészségügyi-járványügyi segítség igénybe vételével. Fontos a két irányú

izoláció biztosítása. Belgyógyászati munka folyik továbbá az intenzív egységen és a sebészeti egységen a harcban sérült és nem harcban sérültek ellátása során.

Hagyományos fegyverek alkalmazása esetén a tábori belgyógyászat jövőbeni doktrínája a következőkben foglalható össze:

a.) A személyi állomány teljesen egészséges emberekből áll, ezért belgyógyászati betegségek előfordulására nem kell számítani. Esetlegesen előforduló, akutan fellépő belgyógyászati betegségeken túlmenően ilyen esetek rendszeres ellátására nincs lehetőség. Ezért **az alkalmasság vizsgálatoknak** a jelenleg szokásosnál alaposabbnak és szigorúbbnak kell lenniük.

b.) A belgyógyászati betegek nozológiai formáit az **infektológiai esetek** jelentik. Ez az infektológusok jelenlétét, illetve infektológiában jártas belgyógyászok jelenlétének szükségességét feltételezi az eü. század, eü. z.alj és eü. ezred szintjén.

c.) Mivel a belgyógyászati betegek 80 %-a azonnal, további 10%-a 36 óra után visszatér csapatához, **ezek ellátásának súlypontja a csapategészségügyi szolgálatra helyeződik át.** Ez azt jelenti, hogy a HTKK-bon, az eü. zászlóalnál és az eü. ddr. intézetekben hagyományos fegyverek alkalmazása esetén a belgyógyászati betegek aránya csekély lesz.

d.) Az említett intézetekben a belgyógyászok az intenzív osztályokon és az ápolási osztályok sebészeti betegeinél a belgyógyászati problémák megoldását végzik.

A nem sebészi sérülések közé tartoznak a harci stressz esetei, amelyek az eü. veszteség 17 %-t (a harci sérülések 1/3-t!) teszik ki (IV.táblázat) [1].

Ez esetek magas százalékos aránya visszatérhet egységéhez, ha kezelésükben a közelség, az azonnaliság, a türelem és az egyszerűség elve érvényesül. Ha egy BS eset betegként kerül be az eü. ellátó rendszerbe, igen nagy valószínűséggel nem fog visszatérni egységéhez.

Vezetési szint	BC arány	BS arány	Teljes BC arány
Zászlóalj	20,5%	4,1%	24,6% *
Dandár	6,9%	1,4%	8,3% *
Hadosztály	3,0%	0,6%	3,6% *
Hadtest	1,4%	0,3%	1,7% *
Hadsereg	1,0%	0,2%	1,2% *

* + 1,35% beteg

IV. táblázat:

Egynapos veszteség arányok

2. Tömegpusztító fegyverek (TÖPFE) alkalmazása.

Hangsúlyoznunk kell azt a jelenleg is érvényes megállapítást, hogy ha az el-lenség TÖPFE-t alkalmaz, akkor ha-gyományos fegyverek alkalmazása abban a hadműveleti időszakban azon a helyszínen már nem valószínű, továbbá egy adott harcszakaszon az ABC fegyverek közül várhatóan csak egy típus kerül bevetésre.

Ennek értelmében az eü. harcászati tagozat ellátását szolgáló 1. 2. és 3. eü. ellátási szakaszon (és ebbe beletartozik a Harctámogató Kórház is) TÖPFE alkalmazása esetén egy időben jelentkező nagyszámú nukleáris vagy biológiai vagy vegyi sérültek fellépésével kell számolnunk.

a. MAGFEGYVER A sugársérülések klinikai képeinek kinetikájából adódóan a belgyógyászati ellátás jellege az első 7-10 napban lényegében nem változik. Az új diagnosztikus és terápiás lehetőségek miatt azonban bizonyos elemekre nagyobb súlyt kell helyezni:

- a prodromális szak tüneteinek kupírozása az újabb típusú antiemetikumokkal.
- a teljes mentesítés lehetőségének minél korábbi biztosítása a következő krónikus sugárbetegség (radiointoxikáció) megelőzése céljából.
- a dekorporációs eljárások mielőbbi megkezdése az elmúlt 25 év során kidolgozott lehetőségek biztosításával (az összes sugársérültnek várhatóan 10%-a szenved radiointoxikációban!).

- az akut sugárbetegség és kombinált sugársérülések (az összes sugársérült 65 %-a, amennyiben nem számolunk neutronfegyver alkalmazásával!) korai diagnózisa.

- a neutropeniás betegek infekcióinak megelőzése (szelektív dekontamináció, a reverz izoláció lehetőség szerinti biztosítása).

- a fellépő infekciók kezelésében az utóbbi 10 év antimikrobás terápiás lehetőségeinek alkalmazása.

- a szubsztitúciós kezelés biztosítása a vérzésemes szövődmények kezelésében.

Új elemként kell követelményként állítani a:

- a sugárvédő szerek nemzetközileg elfogadott és leghatásosabbnak ítélt formáinak bevezetését.

- a 2. eü. ellátási szakaszon a dozimetriás adatok értékelését és a radioaktív mixtek diagnosztikájára szolgáló eljárások bevezetését a kombinált sérültek kiemelése céljából.

- a 3. eü. ellátási szakaszon már a beérkezés után azonnal el kell végezni és folyamatosan ellenőrizni az abszolút limphocitaszám és retikulocitaszám monitorozását a sugársérülés megállapítása, illetve kizárása céljából.

Kombinált sugársérülés esetén ugyanis már 2-3 Gy esetében is számítani kell a manifeszt szak 5-7 napon belüli fellépésére és ez a műtéti időpontok kiválasztása miatt döntő jelentőségű. A fenti megállapítások természetesen

nem csökkentik a biológiai dozimetria egészségnek jelentőségét. Hasonlóan e szakaszon biztosítani kell a radiometriás-röntgenometriás vizsgálatokat, meg kell kezdeni a dekorporációs kezelések teljes skáláját mind az eü. z.alj, mind a Harctámogató Kórház vonatkozásában.

Kiürítési szempontból: a diagnosztikus tényezők bizonytalansága miatt valamennyi akut sugársérültet a Központi Tagozat kórházaiba kell szállítani. Még enyhe sugársérült sem térhet vissza alakulatához, mert a japán tapasztalatok alapján a lappangási időszakban bekövetkező fizikai megterhelések rontják a prognózist és a sugárbetegség súlyosabb formában jelentkeznek. [6]. Természetesen jelenleg is érvényes az a megállapítás, hogy minden sugársérültet (a könnyű sérültnek minősített égési és mechanikus sérülés sugársérüléssel történő kombinációját is) a Harctámogató Kórházba kell irányítani a „kölcsonös súlyosbítás szindróma” miatt [3, 6].

Figyelembe kell venni a szakosított szakorvosi segély előrevonásakor, hogy ennek határt szab a terület szennyezettsége, továbbá a közeledő radioaktív felhő iránya.

b. VEGYI FEGYVER. Itt különösen nagy problémát jelenthet a szennyezett terület és akadályozhatja a szakorvosi segély előrevonását. Részletesen a legveszélyesebb organofoszfát tartalmú vegyi harcanyagokat tárgyalva új elemként jelenik meg a profilaxis bevezetése (átmeneti kolinészteráz inhibitorok, amelyek eny-

hebb klinikai képpel járó betegséget okoznak, de megvédik a molekulát a súlyosabb klinikai képpel járó tartós inhibitoroktól), rendszerbe kell állítani a korai és folyamatos atropin és reaktívátor kezelést (a két szert tartalmazó önampulla biztosításával), továbbá görcsrohamok jelentkezése esetén diazepam biztosítását.

Megerősítő csoportot kell biztosítani már az 1. eü. szakaszra a reanimatológiai rezsim és művi lélegeztetés biztosítása céljából. Gépi lélegeztetés a 2. eü. szakasz szintjén kerülhet alkalmazásra [4].

Alapkövetelmény itt is a teljes mentesítés minél korábbi biztosítása.

Tehát:

– Profilaxis.

– **1. eü. szakaszon:** atropin és reaktívátor kezelés elkezdése illetve folytatása és folyamatos biztosítása. Görcsrohamok jelentkezésekor megfelelő kezelés biztosítása (diazepam) [7].

– **2. eü. szakaszon:** reanimatológiai rezsim bevezetése, görcsrohamok miatt antidepolarizációs hatású izomrelaxansok (kurare típusúak!), gépi lélegeztetés biztosítása – ennek hiányában művi lélegeztetés, az atropin és reaktívátor kezelés, szükség esetén diazepam kezelés folytatása.

– **3. eü. szakaszon:** az előbbieket folytatása, itt már követelmény a gépi lélegeztetés biztosítása.

Kiürítési szempontból: minden sérült ürítendő a 3. eü. szakaszra. Innen az enyhe formák 7-10 nap után alaku-

latukhoz visszatérhetnek. A közép-súlyos és súlyos formák a 4. eü. ellátási szakaszhoz üritendők az állapot stabilizálódása esetén, erre a kategóriára harcoló alakulatnál már nem lehet számítani. Emlékeztetőül: enyhe formák 30 %, kp. súlyos 10%, súlyos és rendkívül súlyos formák 60%.

c. **BIOLÓGIAI FEGYVER.** A biológiai fegyver sérültjei esetén (a toxinok kivételével, amely gyakorlatilag a vegyi fegyverek kategóriájába tartoznak) a sérültek azonnali hátraszállítása a cél. Mivel itt több napos lapangási időről van szó és a klinikai kép az első néhány órában nem igényel sürgősségi ellátást jelentő beavatkozást, a hangsúly a felderítő szolgálat jelentésére, a klinikai kép elemzésére és a korrekt mikrobiológiai diagnózisra helyezendő.

E feladatok legnagyobb része a közegészségügyi-járványügyi osztagra hárul. Mivel magasan képzett klinikai mikrobiológus hazánkban nagyon kevés található, itt is megfelelő automaták beállításával oldható meg a probléma.

A korai diagnózis az adott fertőző betegség terjedésének megakadályozása miatt alapvető fontosságú és az ismert „rezsim” működési követelményeit kívánja meg. Alapvető szabály az, hogy bármilyen fertőző betegség gyanúja esetén (tehát láz és/vagy exanthema és/vagy hasmenés jelentkezés esetén) a beteget izolálni kell. Az ún. „hagyományos” fertőző betegségek terjedése az állomány harcképességét csökkenti jelentősen, míg „különösen veszélyes”

fertőző betegség fellépése esetén az adott egészségügyi intézetet le kell zárni és működésére hetekig nem lehet számítani.

Biológiai fegyver sérültjeire a továbbiakban harcoló alakulatnál a következő hónapok hadműveletei során nem lehet számítani. A sérültek kezelése a pontos diagnózis felállításáig tüneti.

Az elmondottakból az következik: tömegpusztító fegyverek alkalmazása során a felmerülő speciális feladatok megoldása csak akkor lehetséges, ha a szükséges erők (az adott terület specialistái) és eszközök (az adott terület ellátásához szükséges diagnosztikai és terápiás háttér) az adott betegcsoport ellátásra kijelölt intézetben kerülnek felhasználásra. **Ezért a 3. eü. ellátó szakaszon a TÖPFE sérültjeit egy bizonyos nozológiai egységre specializált eü. z. alj-nál, illetve harctámogató kórháznál kell ellátni.** Alapvető jelentőségű a fő profiloknak megfelelő megerősítő csoportok szervezése (kiképzett állománnyal és a szükséges eü. anyaggal) és szükség esetén alkalmazása már az előlfekvő szakaszokon.

Ugyanez vonatkozik az 4. szakaszra is. Biológiai fegyver sérültjei esetén a sérültek kezelése az adott szakaszon (3. vagy 4. szakasz) történik végleges gyógyulásukig, míg a másik két szakaszon az értelemszerű, rendeltetés-szerű kiürítés elvét alkalmazzuk.

Természetesen adott TÖPFE és az esetleges egyéb sérülések kombinációira hasonló elvek vonatkoznak, vezető sérülésük a TÖPFE lesz. Kö-

vetkezéséppen a TÖPFE okozta sérülés diagnózisa, illetve a gyanu felvetése már az első ellátási szint feladata és már a 2. szinten ezt meg kell erősíteni vagy el kell vetni.

A TÖPFE alkalmazása során szükséges tábori belgyógyászati tevékenység jövőbeni doktrínája tehát a következőkben foglalható össze:

a.) A korai diagnózis biztosítása legkésőbb a 2. ellátási szinten. Ennek eszközei:

– sugár – vagy – közegészségügyi – járványügyi felderítés, – klinikai megfigyelés (oktatás!),

– laboratóriumi vizsgálatok (automaták!).

b.) Korai mentesítés (sugár és vegyi) illetve izoláció.

c.) Az atom- vegyi és biológiai fegyver okozta sérülések ellátására egy profilú tábori intézeteket kell szervezni a sérültek kezelésére azok hátra szállításáig.

Atom – vegyi – és biológiai modulok kialakítása szükséges a megfelelő no-

zológiai formákra kialakított tábori intézetek speciális tevékenységének biztosítására. E modulok kialakítása során biztosítani kell a kor színvonalának megfelelő profilaktikus, diagnosztikus és terápiás lehetőségeket.

d.) Kombinált sugársérülés esetén minden sérültet hospitalizálni kell és különös figyelmet kell fordítani a műtőkben foganatosított radiohiigiénés rendszabályokra radioaktív szennyezés esetén.

e.) Biztosítani kell a művi lélegeztetést az organofoszfát mérgezetek súlyos és rendkívül súlyos csoportja számára már az 1. ellátási szinten és ennek folyamatos biztosítását az intenzív terápia keretei között.

f.) A TÖPFE sérültjeit (a vegyi sérültek enyhe esetei kivételével) azonnal és véglegesen hátra kell szállítani, amint állapotuk ezt megengedi, mert harcképességüket már várhatóan nem nyerik vissza.

g.) Problémát okoz a szakorvosi és szakosított szakorvosi segély előrevonása a terület szennyezettsége miatt.

IRODALOM

Col. (ret.) L. Liptay M.D.

- [1.] ACE/Allied Command Europe/ 85-8 sz. utasítás. 1993. okt.26.
- [2.] A MH új egészségügyi doktrínája. Előadásgyűjtemény, 1999. április 19.
- [3.] *Bowers, G. J.*: The combined injury. In: Military radiobiology. Ed. by J.J. Conklin, R.I. Walker. Academic Press inc. 1987.
- [4.] Handbook on the medical aspects of NBC defensiv operations. FM 8-9. Part III. Chemical. 1996. febr. 1.
- [5.] Health service support in a theater of operations. FM. 8-10. 1991. március 1.
- [6.] *Messerschmidt, O.*: Medical Procedures in a Nuclear Disaster. Thiemig-Taschenbücher. Band 70. Verlag Karl Thiemig, Munich, 1979, 126-140.
- [7.] *Wade, J.V., Gum, R.M., Dunn, M.A.*: Medical chemical defence in operations Desert Shield and Desert Storm. The Journal of the US Army Medical Department, PB 8-92-1/2, January/February 1992.p.34.

New features of war medicine

Author gives an overview from the consequences of political changes of last ten years in the new defence principles of the Hungarian Defence Forces. He discusses the new tasks of Health Service originated from new principles, changes of the structure of internal diseases and tasks of triage and evacuation. He points to the fact that there will be a great majority of infectious diseases. He stressed the importance of infectologist and the necessary training of the personal in the field of infectology. He gives a short brief of new aspects of defence against weapons of mass casualties and emphasizes the necessity of adoption of new scientific results by the military medical practice.

*Dr. Liptay László o.ezds.
1553 Budapest, Pf. 1.*

A háborús pszichiátriai ellátás szervezésének új elvei

Dr. Kovács Gábor orvosezredes

Kulcsszavak: háborús stressz, Stressz ellátó csoport, Stressz ellátó bázis,

Szerző a háborús pszichiátriai ellátás új elveit ismerteti. A pszichiátriai (harci stressz) veszteségek számítások és eddigi tapasztalatok szerinti nagy száma szükségessé teszi új elvek figyelembe vételét és az ehhez rendelt új szervezeti egységek létrehozását. Az ellátásban négy kritériumnak (közelség, azonnaliság, remény, egyszerűség) kell érvényesülni. Szervezetileg alapegység a Stressz Ellátó Csoport, amely a Stressz Ellátó Bázison települ, együttműködve, de mégis elkülönülve az adott szint egészségügyi ellátásától. Biztosítani kell a súlyosabb esetek kezelését a kórházi, rehabilitációs szinteken is. A szervezeti és szakmai követelmények teljesülése teszi lehetővé azt, hogy pszichiátriai (harci stressz) veszteség 90%-a napokon belül visszatérhet egészségéhez.

A hadseregeknek, a szövetségi rendszereknek új típusú kihívásokkal kell szembenézni, amelyek az egyes egészségügyi szolgálatok részéről is funkcionális és strukturális változtatások megtételét teszik szükségessé [5]. A pszichiátriai veszteségek felismerésének, ellátásának, csökkentésének mindig is nagy jelentősége volt, ugyanakkor nem kapott elég nagy hangsúlyt az egészségügyi ellátás más területeihez képest. A modern kor háborúi, a hadseregek egyéb irányú alkalmazásai (békefenntartás, katasztrófa elhárítás) irányították még inkább erre a területre a figyelmet [2, 4]. Nyilvánvalóvá vált, hogy a békeidőhöz képest minőségileg és mennyiségileg is más stresszorok

hatnak [2, 4], amelyek azután nem csak stresszhez köthető reakciókat manifesztálnak, hanem megnövelik a pszichiátriai betegségek kialakulásának rizikóját is.

Legnagyobb jelentősége az ún. háborús stressznek van, amely a pszichiátriai nozológiában az akut stressz reakciónak, akut stressz zavarnak, akut poszttraumás stressz zavarnak felel meg. Jelen dolgozatnak nem feladata a szakmai kérdések részletes tárgyalása, annyit azonban el kell mondani, hogy a primeren jelentkező tünetegyüttes nem mindig teszi lehetővé ezek vagy akár hasonló tünetekkel induló más pszichiátriai betegségek azonnali diagnosztizálását. Nem

lehet megjósolni, hogy csak egy reakcióról van szó, vagy pedig egy *sui generis* pszichiátriai betegség indulásáról. Ezért az ellátás folyamatának első szakaszában minden pszichés zavarral jelentkező beteget stressz betegeknek tekintünk, és kevés kivételtől (súlyos veszélyeztetett állapot, agitáció, stupor stb.) eltekintve, általánosnak mondható ellátás után ill. alatt kerülhet sor a pontosabb diagnózis felállítására. A valódi akut stressz reakció 2-3 nap alatt lezajlik, természetesen megfelelő intervenciók mellett. Az elfogadott, a gyakorlat számára használható meghatározás szerint pszichiátriai betegek az a „háborús stressz reakciót” mutató egyén tekinthető, akinek a kezelése 7 napnál tovább tart, vagy már az első vizsgálat alapján biztos, hogy tovább fog tartani [3].

Ennek a szemléletnek megfelelően meg kell találni azokat a szervezeti egységeket és szakmai tevékenységi formákat, amelyek segítségével a háborús stressz és egyben a pszichiátriai veszteségek lényegesen csökkenthetők.

A „harci stressz veszteség” és ellátása

A NATO szövetségi rendszere által elvégzett számítások szerint [1] a harci stressz (pszichiátriai) veszteség igen magas:

Teljes háborús veszteség	17 %-a
Zászlóalj állományának	4,1 %-a
Hadsereg állományának	0,2 %-a
Légitámaszpont állományának	1,2 %-a

A magas előfordulási szám azonban nem feltétlenül jár együtt az ilyen típusú betegek azonnali kivonásával, hiszen a számítások szerint a harci stresszben szenvedők mindössze 10%-a igényel kórházi felvételt, 90% visszatérhet eredeti egységéhez.

Ehhez azonban szervezeten és szakmailag kifogástalanul működő pszichiátriai team szükséges, amelyet a továbbiakban az elfogadott nomenklatúráknak megfelelően „Stressz Ellátó Csoportnak” nevezhetünk. A stressz-betegek ellátásánál négy alapvető kritériumnak kell teljesülnie:

Közelség

Ez azt jelenti, hogy a harci tevékenységhez lehető legközelebb meg kell kezdeni az ellátást. Tehát a gyakorlatban már akár század szinten (ROLE 1) specifikus terápiában lehet, illetve kell részesíteni a rászorulókat.

Azonnaliság

A lehető legkorábbi időpontban szükséges megkezdeni a beavatkozást, azaz a lehetőségekhez képest a stresszreakciók (pszichés tünetek) jelentkezését követően a leghamarabb részeseüljön a páciens adekvát ellátásban. Annál is inkább szükség van a „Stressz Ellátó Csoport” mielőbbi beavatkozására, mivel ezen a szinten általános orvos teljesít szolgálatot olyan segélyhelyen, ahol a többi sérülttel, beteggel látná el a harci stresszben szenvedőket is, akiknél ezzel elindulna a nemkívánatos betegségkarrier. Mindezt azonban nem mond ellent annak, hogy az egységének kötelékében maradván, mégis megkapja az ilyen kato-

na a legegyszerűbb szocioterápiát (megnyugtató, élelem-folyadék biztosítása, védett pihenőhely stb.).

Remény

A stressz-reakciót mutató katonával kapcsolatban elvárt, hogy gyorsan egyensúlyba kerüljön, és minél hamarabb visszatérjen a szolgálatba. Éppen ezért a kezdetektől tudatosítani kell benne, hogy egy átmeneti állapotról van szó, amelyet egy abnormális helyzet váltott ki, és rövid pihenő után visszatér egységéhez. Maximális türelemmel újra és újra meg kell erősíteni mindebben a katonát, a parancsnokait, katonatársait illetve a Stressz Ellátó Csoport részéről egyaránt.

Egyszerűség

A környezettel valamint a speciális ellátó teammel szemben az elvárás az, hogy rövid és egyszerű módszereket alkalmazzon a stressz-reakciót mutató katonánál. Azaz biztosítani kell számára a biztonságot, pihenést, megfelelő ételmet, folyadékot, tisztálkodási lehetőséget. Nagyon fontos a megértő meghallgatása, megnyugtató, amint lehet közösségi tevékenységbe bevonása. A parancsnokoknak, a katonatársaknak tudniuk, a páciensnek pedig éreznie is kell, hogy továbbra is számít rá egysége, tehát a vele való foglalkozás célja a szolgálatba való visszatérés.

A fenti négy követelmény teljesülése esetén számolhatunk az előzőekben említett „primer” veszteséggel és a 90%-os visszatérési aránnyal.

Ugyanis e négyes elv gyakorlati alkalmazása segít abban, hogy a

stresszre adott inadekvát reakciók minél hamarabb eliminálódjanak, a tünetek ne váljanak krónikussá, ne alakuljanak ki ún. stressz-betegségek illetve ne jelentsenek alapot egyéb pszichiátriai kórképek (döntően depresszió és szorongásos betegségek) manifesztálódásának.

A négy kritérium közül az első kettő alapvetően szervezési, a harmadik és negyedik pedig szakmai jellegű kérdés.

Végrehajtás

Ahogy a kritériumok megkövetelik, az adott harci cselekményhez helyileg legközelebb kell az ellátást megszervezni. Ennek helye az ún. "Stressz Ellátó Bázis", amely az adott egészségügyi ellátó egységgel szervezetileg együtt, de mégis attól elkülönülten települ. E bázisnak biztosítania kell a pihenést, étkezést, tisztálkodást valamint az ellátó team munkájához szükséges feltételeket. Tehát a Stressz ellátó bázis ROLE 1, 2, 3 szinten is települhet, a szükségletnek megfelelően. Az elkülönültség azért feltétel, mert a stressz-reakcióval küzdő páciensek nagy része nem válik „beteggé”, a folyamat viszonylag gyorsan lezajlik, nem lesz szükség tartós kezelésre. Amennyiben a „szervi” elváltozással küzdő sérültek közé kerülnek, könnyebben elindulhat a beteggé válás krónikus folyamata és meghíúsulhat az eredeti egységéhez való visszatérés lehetősége. Ezt az elvet valljuk jelenleg, ami természetesen nem jelenti azt, hogy ez nem vitatható, vagy nem következik be változás az újabb tapasztalatok alapján.

A bázison az ellátást az ún Stressz Ellátó Csoport végzi, amelynek összetétele:

- pszichiáter,
- pszichológus,
- szakasszisztens, szociális munkás.

A pszichiáter vezeti a csoportot, aki klinikumban jártas, biztos a diagnosztikában, pszichoterápiás gyakorlata van. A pszichológus klinikai ismeretekkel rendelkezzen, legyen rutinja a pszicho- és szocioterápiás intervenciók alkalmazásában. A szakasszisztensek, valamint szociális munkások olyan kiképzett szakemberek legyenek, akik egyedül is képesek a megkívánt egyszerű technikák alkalmazására.

A csoport pontos összetétele rugalmasan változhat a feladattól függően. Általában 1 pszichiáter, 1-2 pszichológus, 2-3 segítő vesz részt a munkájában. Több ilyen Stressz ellátó csoport működhet egyidejűleg több helyen, természetesen az adott követelményeknek megfelelően. Ugyanakkor a települő team további szakemberekkel megerősíthető, ami a ROLE 3-n a legvalószínűbb.

Ellátás, kiürítés

A jelenlegi elveknek megfelelően alkalmazási(háborús) körülmények között az tekinthető pszichiátriai betegnek, aki 7 napon belül nem kerül újra egyensúlyba. Ugyanis a „Stressz Ellátó Bázison” dandárszinten, illetve azon belül két napig, hadosztályszinten pedig négy napig tartózkodhat a páciens, azaz összesen maximum hét napot tölthet a stressz ellátó

bázisokon. Amennyiben ezen időintervallumokon belül nem következik be remisszió, kiürítésre kerül sor. Annak van racionalitása, hogy az elsődleges intervenciókra nem kellően reagáló stressz-beteget a század (ROLE 1) szintről is a ROLE 3-on települő Stressz ellátó bázisra szállítsuk, ugyanúgy, mint a dandár (ROLE 2) szintről. Ugyanis itt összpontosulnak a legnagyobb egészségügyi, benne stressz ellátó erők. Amennyiben további pszichiátriai ellátásra van szükség, a beteg áthelyezhető a térben és időben is közel települő harctámogató kórház neuropszichiátriai osztályára, vagy stacioner kórházba, vagy akár közvetlenül a rehabilitációs centrumba.

A pszichiátriai betegségek terápiáját, kimenetelét, kórlefolását figyelembe véve a harctámogató kórházból illetve a stacioner kórházból kikerülő beteg kezelése a rehabilitációs intézetben folytatódik. Lényegében a kórházi kezelés illetve rehabilitáció során dől el további sorsa.

A „Stressz Ellátó Csoportnak” ugyanakkor fel kell készülnie arra is, hogy ha nem is nagy számban, de kialakulhatnak súlyos pszichopatológiai képzet mutató, sürgősségi ellátásra szoruló esetek is, akiknek a kiürítése a harctámogató kórházba nem halasztható, hiszen az állapot progressziója biztonsággal bejósolható.

A Stressz Ellátó Csoportok közötti kiürítésre vonatkozó kívánalom az, hogy a szállítás a lehetőségekhez képest szomatikus betegektől szeparált legyen, és ha csak egy mód van rá,

szokványos katonai járművön történjen.

A ROLE 1, 2 szinteken a nem pszichiáter orvosoknak is tudniuk kell a legalapvetőbb pszichiátriai sürgősségi teendőket, mivel a csoport települése késhet. A parancsnokoknak pedig tisztában kell lenniük a korábban említett négyes kritériummal, és a saját lehetőségeiknek megfelelően kell alapvető szocioterápiás ellátásban részesíteniük a stressz-reakciót mutató katonákat.

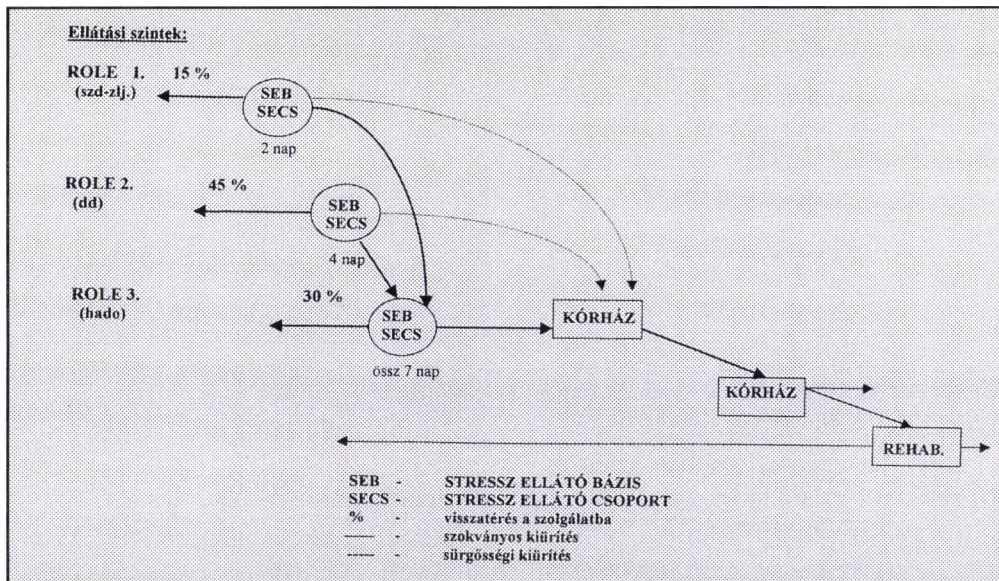
Megelőzés

Mint ahogy az eddigiekből is kitűnik, a stressz reakciót mutató katonák ellátásának egyik elsődleges célja, hogy a „reakció”-ból ne fejlődjön ki „betegség”, a folyamat ne váljon krónikussá. A Stressz Ellátó Csoportok, a parancsnokok, a katonatársak tevékenysége

egyenként erre irányul. Mindebből következik, hogy a megelőző, preventív munkának már békeidőben meg kell kezdődnie, természetesen különböző szinteken, különböző módszerekkel. Ide tartozik az edukatív tréningek megszervezése, a coping technikák elsajátíttatása, az alapvető szocioterápiás intervenciók megismertetése.

Összefoglalás

A modern háborúk, valamint a hadseregeknek a szokottól eltérő alkalmazásai során a katonákat mennyiségileg megnövekedett, jellegében, minőségében újfajta stresszorok érik, amelyek eliminálása a pszichiátriai ellátás számára szervezetenként és szakmailag is új feladatokat jelentenek. A háborús stressz ellátására külön pszichiátriai rendszert kell létrehozni. Ennek alapja az úgynevezett Stressz



1. ábra:

Szervezeti - funkcionális elemek

Ellátó Csoport, amely teljes mértékben mobil, az egészségügyi rendszertől szervezetenként külön, de helyileg szorosan vele együtt települ, létrehozva a Stressz ellátó bázist (Lásd 1. ábra). A mobilitás és flexibilitás valamint a szakmai felkészültség lehetővé teszi a pszichiátriai veszteség jelentős csökkentését, azt, hogy az átmenetileg dekompenzációt mutató katonák gyorsan visszatérhetnek eredeti egységükhöz és újra hadrafoghatókká válnak. A sikeres pszichiátriai biztosítás záloga lehet olyan békeellátás megszervezése, amely szervezetenként és szakmailag is alkalmas az átállásra, a gyors bevetetőségre és egyéb alkalmazások során is mobilizálható.

IRODALOM

- [1.] AD 85-8 ACE - Egészségügyi biztosítási elvek, módszerek és tervezési paraméterek
- [2.] *Bartone, P.T.: Adler, A.B.:* Dimensions of Psychological stress in peacekeeping operations *Military Medicine*, 1998, 163/9: 587-593.
- [3.] COMEDS WG on Military Psychiatry (kézirat).
- [4.] *Holsenbeck, L.S.:* The OM (Combat Stress) Team in the Gulf. *The Journal of the US Army Medical Department*, 1992. jan/febr. 32-38.

- [5.] *Svéd L., Szolnoki L.:* Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszerében a NATO elvek tükrében. *Honvédtudomány*, 1998., 50, (1): 5-36.

Col. G. Kovács M.D.M.C.

New concept for the management of war psychiatry

The author gives an overview on the new doctrine for the management of mental conditions generated by war. Because of the large number of stress casualties it is necessary to adopt some new concept and create usable units. There are four criteria of successful management: immediacy, proximity, expectancy, simplicity. The basic unit of mental health support is the Combat Stress Team located near the medical unit but operating separated from it. Hospitalisation and rehabilitation must be provided for psychiatric patients too. The well structured mental health support can decrease the number of casualties from 100% to 10%.

*Dr. Kovács Gábor o.ezds.
1553 Budapest, Pf. 1.*

Az oktatás és a képzés helye, szerepe a Magyar Honvédegeszségügy stratégiai koncepciójában

Dr. Fűrész József orvosezredes, PhD., egyetemi magántanár,
Prof. Dr. Hideg János ny. orvosvezérőrnagy, DSc.,
Dr. Svéd László orvosvezérőrnagy,
Prof. Dr. Vámos László ny. orvosvezérőrnagy, DSc.

*Kulcsszavak: védelem egészségügy, oktatás, képzés, továbbképzés,
Védelem Egészségügyi Intézet*

A Magyar Honvédség, a szövetségi viszonyok, és a magyar oktatási rendszer változásai, a megváltozott követelményrendszer határozott változtatásokat igényel a felső-, a közép- és az alafokú katona és katasztrófa – egészségügyi oktatásban és a kiképzésben. A közlemény a honvédegeszségügy főbb feladatrendszerének bemutatása után áttekintést ad az oktatás jelenlegi rendszeréről és elemzi a reform kapcsán kialakítandó oktatási rendszer szervezeti és tartalmi követelményrendszerét. Határozott igényként fogalmazza meg egy, a magyar felső és középfokú oktatási rendszerbe integrált, az oktatás és a kutatás egységét megvalósító, akkreditált, a „megrendelő” elvi igényeit figyelembe vevő, de autonóm oktatási rendszer kialakítását, amelynek jellemzője a vertikális harmónizáltság, a moduláris, ezért bővíthető és átjárható szerkezet.

A honvédegeszségügy előtt álló feladatok a stratégiai koncepció tükrében

A MH egészségügyi szolgálata speciális helyzetet foglal el a magyar társadalmon belül. Békében az egészségügyi szolgálat legfontosabb feladata, hogy a Magyar Honvédség (és család)tagjai részére betegségmegelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs tevékenységet folytasson, a tudomány adta lehetőségek szerinti legmagasabb szinten. Ugyanakkor a honvédegeszségügy a magyar egészségügy része, amely a speciális katonae geszségügyi feladatain túl, részt vesz

az egészségügyi ellátási rendszerben. Speciális helyzeténél fogva kiemelt jelentősége van a sürgősségi betegellátási rendszeren belül. Az elmúlt években további feladatként jelentek meg a béketeremtő, békefenntartó és a humanitárius feladatokban való részvétellel járó feladatok. További feladata a katasztrófák egészségügyi felszámolásában való részvétel és a minősített helyzetek egészségügyi biztosítása.

Ha a tevékenységi köröket a polgári egészségügy hasonló tevékenységi köreivel hasonlítjuk össze, akkor megállapítható, hogy a szolgálat min-

den szereplőjének van a polgári élet-
hez viszonyított további feladatrend-
szere. A béke ellátási feladatokon túl
ugyanis a szolgálat feladatát képezi,
hogy [1] megfelelő elméleti és gyakor-
lati ismeretekkel rendelkezzen a mi-
nősített helyzetekben és/vagy a ka-
tasztrófa helyzetekben előforduló be-
tegségek és sérülések ellátásának
szervezési és klinikai vonatkozásairól,
[2] e helyzetekben alkalmazott techni-
kai eszközök gyakorlati alkalmazá-
sáról. Feladatát képezi továbbá a szol-
gálattal kapcsolatos egészségkáro-
sodások (pl. robbanás okozta sérülés,
mérgezés, harctéri pszichózis stb.)
kialakulásának, diagnosztikájának és
gyógyításának, illetve az ellátási
rendszer korszerűsítésének [3] kuta-
tása illetve [4] oktatása.

A honvédegesztésügyön belül meg-
jelenik az orvostudomány szinte tel-
jes palettája. E helyen szeretném ki-
emelni, hogy a Magyar Köztársaság-
nak a honvédegesztésügyön kívül
nincs olyan szervezete, ahol a szűk-
séghelyzetekre jellemző egészség-
károsodások mechanizmusát illetve
ezek klinikai és szervezési vonat-
zásait kutatnák. Ki kell emelni, továb-
bá, hogy a sürgősségi betegellátó köz-
pontokkal kapcsolatban elfogadott
elvek szerint, a kiemelt sürgősségi el-
látó központnak kötelező oktatási és
továbbképzési feladatai is vannak.

Ki kell emelni továbbá, hogy a NATO
szervezetén belül az egészségfejlesz-
tésnek, az egészségmegőrzésnek, az
emberi élet megőrzésének és a feles-
leges egészségkárosodás megelőzésé-
nek kiemelt jelentősége van mind
béke, mind minősített helyzetekben.

Ezen elvnek való megfelelés elképzel-
hetetlen az adott ellátási szinten te-
vékenykedő szakszemélyzet megfe-
lelő elméleti és készségszintű gyakor-
lati tudása nélkül. A megfelelő tu-
dásszint biztosítása viszont feltételezi,
hogy a tudás megszerzése után azt
megfelelően karban tartjuk. Ez vi-
szont feltételezi, hogy a szolgálton
belül minden szinten ki kell alakítani
a kötelező és folyamatos képzés rend-
szerét.

További megfontolást igényel, hogy
bizonyos ellátási formák esetén a spe-
cializált orvosi tudás felesleges (ezért
orvosok alkalmazása ezeken a terü-
leteken nem gazdaságos), de a közép-
fokú egészségügyi képzettség nem
elégleges. Megfontolandó tehát, hogy
a sérültellátás megkezdésében kulcs-
szerepet játszó egészségügyi szakem-
berek számára egészségügyi főiskolai
szintű oktatást kellene kialakítani,
ami lehetővé tenné számukra a haté-
konyabb beavatkozást.

Az oktatás és kiképzés jelenlegi helyzete

Katonaorvos képzés. A MH Egészség-
ügyi szolgálata egyetemi végzett-
séggel rendelkező állományának kép-
zése ma csaknem kizárólagosan a ha-
zai civil egyetemeken valósul meg. A
sajátos katonaorvosi ismereteket
nyújtó képzést, az egyes állomány-
csoportok számára néhány hónapos
posztgraduális képzés keretében a
MH Egészségügyi szolgálata szerve-
zi. A szervezés és a végrehajtás rész-
ben a HVK Egészségügyi Csoport-
főnökség, részben az Egészségügyi
Készletgazdálkodási és Kiképző Köz-

pont szervezésében történik. Ilyen módon kerül végrehajtásra a hivatásos orvostisztek és a tartalékos orvostisztek továbbképzése. A szakvizsga megszerzése katona és katasztrófa orvostanból, valamint repülő- és űrorvostanból, a HIETE Katona és katasztrófa orvostani tanszékének szervezésében történik. Új szervezetként lépett a rendszerbe 1998-ban a SOTE-ZMNE közös alapítású tanszéke, a Védelem-egészségtudományi tanszék.

A hazai és külföldi szakirányú továbbképzések, tanfolyamok és a szakvizsgák szervezése az Egészségügyi Csoportfőnökség közvetlen irányításával zajlik.

A főiskolai képzés, hasonlóan az egyetemi képzéshez, a polgári egyetemek főiskolai karainak és a polgári főiskoláknak a bázisán történik. A katona-egészségügyi speciális ismeretek megszerzésére belső tanfolyamok és továbbképzések szolgálnak.

Egészségügyi szakdolgozók képzése. Az egészségügyi tiszthelyettesek képzésének megszüntetése óta, a szakemberek utánpótlása az egészségügyi szakközépiskolákra alapozódik. Az egészségügyi tiszthelyettesek katona-egészségügyi kiegészítő képzése részben központosított (Eü. KKK), részben az alakulatoknál történik, néhány napos képzés formájában.

Az egészségügyi katonák képzése a fegyvernemek egészségügyi szolgálatainak saját feladatát jelenti.

A jelenlegi oktatási rendszer jellemzői

• Erősen széttagolt

A nagyfokú tagoltság lehetővé teszi, hogy az egyes feladatrendszerek és a feladatok végrehajtásának felelősei egyértelműen meghatározhatóak legyenek.

• Erősen központosított

A jelenlegi rendszerben a számára legfontosabb feladatokat a végfelhasználó saját maga szervezi, illetve irányítja. Az egyetemi képzési formák vagy részt sem vesznek a katonaeorvosi képzésben (Védelem-egészségtudományi Tanszék), vagy csak igen kis részletet kapnak az oktatás-, továbbképzés feladatrendszeréből (Katona- és Katasztrófa Orvostani Intézet).

• Belső továbbképzés jellegű

Az oktatás jelentős részét a megrendelő közvetlenül saját maga hajtja végre, a saját emberei számára. Ezzel közvetlenül hatást gyakorol, az oktatás minden részletére, a képzés időpontjától annak minden tartalmi vonatkozására

• Zárt

A képzési rendszerek jelentős része csak a MH állománya számára működik (bár a katona és katasztrófa-orvosi szakvizsga esetén már jelentős a szolgálaton kívülről érkezők száma).

A jelenlegi rendszer elvi és gyakorlati következményei

• Sérül a minőségbiztosítás rendszere, mivel az egészségügyi szolgálat

egyszerre, az elvi feladatok megfogalmazójaként, megrendelőként, végrehajtóként és a végrehajtás eredményességét ellenőrző szervezetként is működik.

- Felesleges létszámnövekedést okoz a VK alárendeltségű szervezeteknél, mivel a háttérintézeti, illetve megvásárolható feladatokat is a közvetlen operatív katonai feladatokat végrehajtó szervezetek hajtják végre.

- Kevert pénzügyi rendszert eredményez. Keveredik, a TB finanszírozott funkció, a tárca finanszírozott funkciókkal. Ez utóbbin belül szétválaszthatatlanul keveredik a közvetlen katonai feladatok közvetlen költsége a működtetés közvetett költségeivel.

- A felelősség több szereplő között oszlik meg.

- Nincs lehetőség az oktatás személyi és anyagi erőinek hatékony működtetésére a széttagoltság miatt.

- Kétségessé válik az oktatott tananyagok tervszerű, többéves és többszintű összehangolása, egymásra épülése.

- Megakadályozza a képzési rendszerek közötti átjárhatóságot.

- A katona és katasztrófa orvostant néhány hónap alatt elsajátítható tanfolyami ismeretanyaggá egyszerűsíti, illetve degradálja. A képzési színvonal jelentősen alatta marad a lehetségesnek. A szakvizsga nem feltétlenül jelenti a tőle elvárható gyakorlati feladatok végrehajtására képes szakemberek megjelenését. Nem tud kialakulni az egyes részterületeken a kutatás

és az oktatás egységére alapozott magas szintű, a jelen ismeretek helyett, a jövő igényeinek megfelelő oktatás, mivel a tananyagot a napi élet feladataival elfoglalt gyakorló orvosok és e.ü. tisztek, tiszthelyettesek szervezik, illetve oktatják.

- A képzés eredményessége, illetve annak polgári életben való elfogadottsága lehetne jobb.

- Jelentősen csökkenti a katonaorvosi szakma szakmán belüli és kívüli elismertségét. Ezzel közvetve hozzájárul a szakember utánpótlás zavarához.

- A katonai feladatok oldaláról nem hatékony, mivel a képzés a katonai szolgálat idejében kerül végrehajtásra.

- Zárt oktatási rendszert alakít ki, ezáltal elzárja a katona és katasztrófa orvostant, illetve ennek részeit az érdeklődő illetve érdekelt rétegek elől.

Javasolt rendszer

A javaslat a megfelelő alapelvek lefektetése után fogalmazható meg.

Alapelvek

1. A honvédegeszségügy teljes vertikumában a béke és minősített helyzetek egészségügyi biztosításában járatos, a feladatokat a rendelkezésre álló eszközökkel a gyakorlat szintjén megoldani képes szakemberek dolgozzanak.

2. Az ellátás színvonalát mindenkor az orvostudomány adta lehetőségek jelentsék.

3. Az ellátást a lehető legközelebb kell vinni az ellátottakhoz.

4. Az ellátást végző személyek képzettsége feleljen meg a körülmények adta lehetőségeknek.

5. A honvédegeszségügyben dolgozó szakemberek végzettsége legyen konvertibilis, fogadja el a hazai oktatási rendszer és a nemzetközi partnerek is.

6. A honvédegeszségügy egyes szereplői egységes rendszert képeznek, akiknek a napi feladat ellátásán túl, naprakészen biztosítania kell:

- A nemzetközi szerződésekben vállalt kötelezettségekből adódó feladatok ellátásához szükséges szakembereket.

- Az orvostudomány minden eszközével törekednie kell arra, hogy a katonai szolgálattal kapcsolatos megbetegedések kialakulásának mechanizmusát, ezek megelőzésének és gyógyításának lehetőségeit magas szinten megismerje.

- Fenn kell tartania a szükséghelyzetben alkalmazható rendszerek működtetésének ismeretét, a szükséghelyzetben alkalmazható diagnosztikus és terápiás készséget.

- Biztosítania kell a minősített helyzetben szükséges mennyiségű és az adott helyzetre megfelelő szakmai tudással rendelkező szakembereket.

7. A honvédegeszségügy kutató és elemző tevékenysége tegye lehetővé a nemzetközi és a hazai tapasztalatokra alapozva, a szakmai és szervezeti

kultúra folyamatos korszerűsítését.

8. A honvédegeszségügy, a sajátos feladatrendszerének megfelelő szakterületeken (pl. sürgősségi betegellátás), az országos egészségügyi ellátó rendszer vezető intézeteként szervezési és oktatási feladatot is ellát.

Az oktatási rendszerrel szemben támasztott követelmények

1. Legyen gyakorlat orientált és készségszintű: a szükséges szintű és mennyiségű elméleti ismeretanyag után illetve mellett, a hallgatók jelentős gyakorlati képzést kapjanak annak érdekében, hogy az oktatásból kikerülők azonnal képesek legyenek a számukra előírt feladatokat magas szinten ellátni.

2. Legyen jövő orientált: a napi gyakorlat ismeretanyaga mellett, a tudományos kutatásokra és elemzésekre alapozva kerüljön sor a közeli és a távolabbi jövőben szükséges ismeretanyag oktatására is.

3. Legyen moduláris és bővíthető: Ugyanazon tananyagmodul eltérő szintű felhasználásával a speciális és az általános ismeretanyag is legyen oktatható. A honvédegeszségügyben fontos ismeretek különböző szinten való oktatása biztosítsa, hogy az egyes szakterületek megfelelő ismerettel rendelkezzenek az együttműködő területekről, miközben professzionális szinten biztosítja a tudásanyagot a specialisták számára. Kerülje el a felesleges ismeretek oktatását, ugyanakkor biztosítsa a tudás továbbépítését, az ismétlések elkerülésével. Biztosítsa, hogy a magasabb

szintű ismerettel rendelkező ismerje az alatta lévő szintek anyagát.

4. Legyen átjárható: A különböző szakterületek képzésének összehangolásával biztosítsa, hogy kiegészítő modulok felvételével illetve a modulok továbbfejlesztésével a képzési irányok könnyen módosíthatók legyenek.

5. Legyen megrendelő orientált és vertikumban harmonikus: A felhasználó által meghatározott követelményrendszer és képzési igény alapján az oktatási rendszer alakítsa ki a szükséges oktatási szinteket és a szinteknek megfelelő hatékony oktatási rendszert, amelyben biztosítja a koordinált tudásanyag megszerzését.

6. Legyen a tudományos kutatás és képzés bázisa: A hatékony szakmai fejlődés és szervezeti működés megalapozása érdekében folytasson kutatásokat a honvédegesztésügy által preferált területeken és biztosítsa a tudományos kutatás módszertanát ismerő és a kutatásban jártas szakemberek képzését.

7. Adjon a megszerzett tudásról hazai és nemzetközi szinten is elfogadott bizonyítványt.

Feladatok

A megfogalmazott alapelvek teljesítése érdekében a jelenleg működő rendszer bázisán, a meglévő erők racionális felhasználásával módosítani kell a katona-egésztésügy jelenlegi képzési és oktatási rendszerét. A képzési formák tartalmilag feleljenek meg a polgári életben megtalálható

képzési formáknak és szinteknek azaz a kiegészítéssel, hogy a béke és műnősített helyzeteknek megfelelő, a katonai szolgálat szempontjából fontos kiegészítő tudásanyagot is tartalmazza. A képzést célszerűen három szinten lehet megvalósítani. (A negyedik, a polgári életben megszerezhető szakosodást jelentő szintet is célszerű koordinálni, de az nem képezi a szorosan vett katonaegeztésügyei képzés szerves részét.)

A. Képzés az alakulat szintjén

- Itt kerül végrehajtásra a katonák kiképzése az elsősegélynyújtás alap-elemeire. Az *ön -és a bajtársi segítségnyújtás* szintjén a katonáknak képe-seknek kell lenniük a laikus első-segélynyújtók szintjén a legfontosabb életmentő beavatkozások gyakorlati végrehajtására. Szükségeszközökkel és az egyéni egészségtügyi csomagja-ik segítségével a sérülések első ellá-tását meg kell tudniuk kezdeni. A tan-folyamról a laikus elsősegélynyújtó tanfolyam elvégzését igazoló 1. fokú oklevelet kap.

- *Sebesült élő katona.* A fentiekén kívül megtanulja a mentés alapfogásait, a szállítás alapismereteit és néhány, rendelkezésére bocsátott eszközzel végrehajtható műfogást. A tan-folyamról a laikus elsősegélynyújtó tan-folyam elvégzését igazoló 2. fokú ok-levellet kap.

B. Képzés az Egészségügyi Készletgazdálkodási és Kiképző Központ szintjén

- *Egészségügyi katona.* A szakkiképzés keretében a sérült és betegellátás alapismereteit és az eszközös elsősegélynyújtás alapelemeit tanulják meg a gyakorlati végrehajtás szintjén. A tanfolyam elvégzése után a (mentőápolói alapképzés szintjének megfelelő) oklevelet kap.

- *Egészségügyi tiszthelyettes.* Az eü. tiszthelyettes a sérült és betegellátás alapismereteit és az eszközös elsősegélynyújtás alapelemeit tanulják meg a gyakorlati végrehajtás szintjén. A tanfolyam alapvető diagnosztikus és sürgősségi ellátáshoz szükséges alapvető terápiás ismereteket is szolgáltat. A tanfolyam elvégzése után a (mentőápolói szakápolói képzés szintjének megfelelő) oklevelet kap.

- Szinten tartó szaktanfolyamok

- *Egészségügyi tiszthelyettes.* Az egészségügyi tiszthelyettesek számára háromévenként szinten tartó szaktanfolyamot és rövid gyakorlati képzést kell tartani. A szakmai ismeretek megőrzése érdekében éves irányított szakmai gyakorlatot kell biztosítani a honvéd szakrendelők ambuláns betegrendelésein.

C. Képzés egyetemi – főiskolai szinten

- *Egészségügyi tiszt.* Az eü. tiszt a sérült és betegellátás ismereteit, a szakszerű eszközös elsősegélynyújtás elemeit tanulják meg magas szintű elméleti ismeretek alapján a gyakorlati

végrehajtás szintjén. A képzés diagnosztikus és a sürgősségi ellátáshoz szükséges terápiás ismereteket is szolgáltat. A tanfolyam elvégzése után a (mentőápolói szakápolói képzés szintjének megfelelő) oklevelet kap.

- *Tartalékos orvostiszt.* A képzés célszerűen a sürgősségi orvostanban járatos orvosokra alapozott. A kiegészítő képzésük során megismerik a honvédegeszségügy béke és minősített helyzetben való működésének alapelveit, eü. szakasz illetve eü. század szintjén való tevékenységhez szükséges szinten. Készség szinten megtanulják a minősített helyzetben alkalmazott eszközök és metódusok használatát. A tanfolyam elvégzése, a szakmai gyakorlat és a gyakorlati vizsga után tartalékos tiszt rendfokozatot és oklevelet kap.

- *Hivatásos orvostiszti képzés.* Célszerűen három egymásra épülő szinten célszerű végrehajtani

I. szint. Katonaorvosi alaptanfolyam formájában kerül végrehajtásra. (A sürgősségi orvostani orvosegyetemi vizsga kötelező.) A képzésük során megismerik a honvédegeszségügy béke és minősített helyzetben való működésének alapelveit, eü. szakasz illetve eü. század szintjén való tevékenységhez szükséges szinten. Készség szinten megtanulják a minősített helyzetben alkalmazott eszközök és metódusok használatát. A tanfolyam elvégzése, a szakmai gyakorlat és a gyakorlati vizsga után tiszt rendfokozatot és oklevelet nyújt.

II. szint. A képzés három éves Katona és katasztrófa orvosi levelező poszt-

graduális oktatás formájában kerül végrehajtásra a I. fokozattal rendelkező orvostisztek számára. A képzésük során megszerzik a honvédegyeségügy béke és minősített helyzetben való működésének és működtetésének legfontosabb ismeretanyagát. A katona és katasztrófa orvostani ismereteket készség szinten is alkalmazni tudják. A képzés szakvizsgával zárul.

III. szint. A képzés két éves Eü. vezetői tanfolyam formájában kerül végrehajtásra a II. fokozattal rendelkező orvostisztek számára. A képzésük során megismerik a nemzetközi katona és katasztrófa orvosi gyakorlatot. Magas szintű vezetői és vezetési ismereteket szereznek az eü. szolgálat béke és minősített helyzetben való és működtetésének érdekében. Az ismereteket készség szinten is alkalmazni tudják. A tanfolyami vizsgát oklevél igazolja.

Szinten tartó szaktanfolyamok

- *Orvostisztek számára.* Az orvostisztek számára háromévenként szinten tartó szaktanfolyamot és rövid gyakorlati képzést kell tartani.
- *Szakorvosok és tartalékos orvostisztek számára.* A minősített helyzetben tervezett specialisták számára háromévenként szinten tartó szaktanfolyamot és rövid gyakorlati képzést kell tartani.
- *Egészségügyi tisztek.* Az egészségügyi tisztek számára háromévenként szinten tartó szaktanfolyamot és rövid gyakorlati képzést kell tartani.

Szervezeti javaslat

- A csoportfőnökségen ki kell alakítani az igényeket megfogalmazó, jogi és

gazdasági eszközökkel irányító, illetve felügyelő szervezeti egységet. A honvédegyeségügy minden szintjére és minden szereplőjére ki kell dolgozni egy egységes követelményrendszert.

- Az alapszintű oktatást a MH szervezeti keretein belül létrehozott, a kiképzésért egészében felelős szervezet irányításával kell végrehajtani.

- A középszintű képzést önálló középszintű oktatás kialakításával, és/vagy az e.ü. szakiskolákra alapozva, ráképzés formájában lehet célszerűen végrehajtani

Egyetemi- főiskolai szintű képzés

Célszerűen szét kell választani az operatív feladatokat végrehajtó és a háttér szervezeteket. Egy, a széttagolt feladatok mindegyikét ellátó egyetemi-főiskolai szervezetet kell kialakítani, amely mind a graduális mind a posztgraduális képzéssel foglalkozik. Az intézet a MH Egészségügyi szolgálatának háttérintézeteként működne. A kialakuló szervezet(ek) a meglévő intézetek és osztályok bázisán alakulnának ki. Ahol lehetséges, ott a szervezet teljes, ahol ez nem lehetséges ott a szervezet egy részének beléptetésével. Ahol ez sem lehetséges, ott együttműködési szerződéssel, külső oktatási bázisként való bevonással lehet az oktatást minden szakmai, elméleti és gyakorlati vonatkozásában is lefedni.

- Ahol lehetséges ott meg kell valósítani az egyetemi és MH alárendeltségű tisztségek ellátásának egységét.

- Létre kell hozni egy egységes nyilvántartási és ellenőrzési rendszert,

amely folyamatosan ellenőrzi a megfelelő tanfolyamok elvégzését és a tudás megszerzését.

- Ki kell alakítani a tudás megőrzését és fejlesztését biztosító folyamatos képzési rendszert
- Az oktatási rendszert a szolgálati karrier rendszerhez kell illeszteni.

Konkrét megvalósítási javaslat

I. Komplex feladatmegoldásra képes háttérintézeti szervezet kialakítása

1. A MH Egészségügyi szolgálatának oktatási és tudományos tevékenységét az elvi feladatok szintjén megfogalmazó és a végrehajtás eredményességét ellenőrző szervezeti egység kialakítása a minisztérium keretében.

2. A SOTE-ZMNE Védelem-egészségtudományi tanszékéből intézetet kell kialakítani.

Az intézethez kis létszámú tanszékek tartoznak. Induláskor a javasolt tanszékek a következők:

- a) Egészségügyi tervezés- és szervezéstudományi tanszék,
- b) Klinikai tudományok tanszéke,
- c) Egészségvédelmi tanszék,
- d) Repülő és űrorvostani tanszék.

Az egyes tanszékek állományába, a tanszék sajátos feladatrendszerének megfelelő MH alárendeltségbe tartozó szervezeti egységéhez kapcsolódó, a sajátos katonai, védelem-egészségtudományi témakör elméleti és gyakorlati kutatásával megbízott személyek tartoznának. A Katona és katasztrófa or-

vostani és a Repülő és űrorvostani szakvizsga megszerzése a jelenlegi rendszerben vagy közös szervezeti egység mellett is elképzelhető.

e. Az intézet tevékenységéhez akkreditálás után szorosan kapcsolódna a gyakorlati kiképzés végrehajtása érdekében, mint egyetemi oktató bázis, a MH Egészségügyi Készletgazdálkodási és Kiképző Központ, a honvéd kórházak, az MH EVI és néhány csapatgyengélkedő megfelelő részelei.

A továbbiakban csak röviden szeretném bemutatni a potenciálisan oktandó célcsoportokat és a képzés vázlatos tematikáját.

Védelem-egészségtudomány tárgy-körében meghirdetendő kurzusok Egészségügyi szakemberek számára

1. Hivatásos orvostizti alaptanfolyam,
2. Tartalékos orvostizti alaptanfolyam,
3. Védelem-egészségtudományi ismeretek orvostanhallgatók számára (speciális kollégium),
4. Védelem-egészségtudomány orvosok számára 3 éves levelező tanfolyam,
5. Szinten tartó katona-egészségügyi szaktanfolyam katonaorvosok számára,
6. Eü. vezetői tanfolyam orvos tisztek számára 2 éves levelező tanfolyam,
7. Felcsertizti főiskola,
8. Szinten tartó katona-egészségügyi szaktanfolyam eü. tisztek számára,
9. Alapozó katona-egészségügyi szaktanfolyam eü. szakdolgozók számára,

10. Katona-egészségügyi szaktan-
folyam eü. szakdolgozók számára,

11. Szinten tartó katona-egészségügyi
szaktanfolyam eü. szakdolgozók szá-
mára.

ZMNE hallgatók számára

1. Alapvető (katona) egészségügyi is-
meretek,

2. (Védelem)egészségtudományi is-
meretek katonai vezetők számára.

**Az egészségügyben dolgozó szak-
emberek csoportosítása a katasztrófa
egészségügyi ellátás szempontjából**

a. Koordinátor orvos(tiszt), akinek a
feladata [1] a tervezés, [2] és a men-
tési munkálatok koordinálása a hely-
színen vagy az egészségügyi intéz-
ményben,

b. Orvos specialista (szak)orvos, aki
az adott szakterülethez kapcsolódó
„betegségek” szakértői,

c. Egyéb orvosok,

d. Egészségügyi szakdolgozó spe-
cialista: azon eü. szakdolgozók, akik
elméleti és gyakorlati képzést kaptak
a sürgősségi orvostanból és az anesz-
teziológiából, intenzív terápiából, és
részt vesznek a közvetlen mentési
munkákban,

e. Egyéb egészségügyi szakdolgozók,

f. Egyéb egészségügyi dolgozók, akik
elméleti és gyakorlati képzést kaptak
az újraélesztés és a sürgősségi medi-
cina területén,

g. Egyéb egészségügyi dolgozók.

**A katona-egészségügyben dolgozó
szakemberek csoportosítása az
egészségügyi ellátás szempontjából**

a. Orvos parancsnok orvos(tiszt),
akinek a feladata a tervezés intézetek
és magasabb egységek vezetése [3] a
béke és háborús eü. munkálatok ko-
ordinálása a helyszínen vagy az
egészségügyi intézményben,

b. Katonaorvos orvos(tiszt), akinek a
feladata [1] csapatorvosi tevékenység
végzése zászlóalj illetve ezred szinten,
[2] orvos szakmai tevékenység vég-
zése intézeti szinten,

c. Tartalékos orvos tiszt orvos, aki
sorkatonai szolgálata során önként
elvégzi az alapozó tanfolyamot és a
csapatgyakorlat után tartalékos tisztii
rangot kap. Minősített helyzetben biz-
tosítják a szükséges erőforrást.

d. Kiképzett szakorvos (szak)orvos,
aki a katonaorvosi szempontból fon-
tos szakterületek szakértője,

e. Egyéb orvosok,

f. Csapat eü. szakdolgozó csapattago-
zatban dolgozó eü. szakdolgozó, aki
a béke ellátási ismereteken túl, gya-
korlati szinten ismeri a minősített
helyzet ellátásához szükséges eszkö-
zöket és módszereket,

g. Intézeti eü. szakdolgozó (specialis-
ta): azon eü. szakdolgozók, akik elmé-
leti és gyakorlati képzést kaptak sür-
gősségi és katona orvostanból, anesz-
teziológiából, intenzív terápiából, és

részt vesznek a minősített helyzetek egészségügyi biztosításában,

h. Kiképzett egészségügyi dolgozók, akik elméleti és gyakorlati képzést kaptak az újraélesztés, a sürgősségi és a katonai medicina területén,

i. Egyéb egészségügyi dolgozók.

IRODALOM

- [1.] 10/1998. (XII. 11.) EüM rendelet az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács szervezetéről és működéséről
- [2.] A szakorvosképzés alapszabálya az Európai közösségben. European Union of Medical Specialists U.E.M.S. European Training Charter, Charter on training.
- [3.] 28/1998. (VI. 17.) NM rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól
- [4.] 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről.
- [5.] 1993. évi LXXX. Törvény a felsőoktatásról.
- [6.] 9/1978. (XI. 29.) EüM rendelet a szakorvosi, a szakgyógyszerészeti szakképesítés megszerzéséről és a képesítésről, továbbá az orvosok, fogorvosok és a gyógyszerészek továbbképzéséről.
- [7.] 6/1993. (II. 19.) NM rendelet a szakorvosi, a szakgyógyszerészeti szakképesítés megszerzéséről és a képesítésről szóló jogszabályok módosításáról.

Col. J. Fűrész, M.D.M.C., PhD., med.habil.,

Prof. J. Hideg M.D., DSc., (ret.) maj.gen.,

Maj.gen. L. Svéd M.D.M.C.,

Prof. L. Vámos M.D., DSc., (ret.) maj.gen.

Strategic conception of the military and disaster medicine education and training in Hungary

The changes in the safety political surrounding, the join to the NATO and the restructuring the education, require a rethinking the educational and training system of the military and diaster medicine.

Author survey the recently existing system, examine the theoretical and practical requirements of a new organisation, put claim for recently existing system in order to get a modular, traversable autonomic education structure based on the unity of research and education.

*Dr. Fűrész József o.ezds.
1553 Budapest, Pf. 68.*



KLACID[®]

A légicsaták győztese...



ABBOTT
Quality Healthcare Worldwide

Abbott Laboratories (Magyarország) Kft. 1071 Budapest, Városligeti fasor 47-49. Tel.: 461 2100, Fax: 351 1064