Beküldte mosz - 2023, január 27 - 10:06

Hogyan szervezi újjá az ügyeleti ellátást az Országos Mentőszolgálat? Mikor kell az ügyeletet és mikor a mentőt hívni? Kik dolgoznak majd az ügyeleti ellátásban, és kik a mentésben? Ki dönti el, hova szállítja a beteget a mentő? Milyen járműveket kap az ügyeleti szolgálat? – ezekre a kérdésekre is válaszolt Csató Gábor, az Országos Mentőszolgálat főigazgatója az InfoRádió Aréna című műsorában.

Takács Péter, a Belügyminisztérium egészségügyi államtitkára nem olyan nagyon régen, ugyancsak az Aréna című műsorban elmagyarázta, hogy az ügyeleti ellátás újjászervezése az Országos Mentőszolgálat feladat lesz. A nagy kép felől indulva milyen elvek szerint kell és mit újjászervezni? Egyáltalán, hogy néz ki a mostani rendszer?

Magyarországon a háziorvosi ügyeleti rendszernek az indulása az 1950-es évre datálódik, a tanácsok idején azért hozták létre, hogy a körzeti orvosokat otthonukban ne csengessék föl éjszaka a lakosok. Az önkormányzatok elkezdtek szervezni valamiféle orvosi ügyeleti ellátást. Beláthatjuk, hogy az elmúlt 73 évben az életünk rettentő sokat változott, így már az a rendszer, amit használunk, számos elemében széttöredezett és nem homogén. Mi, a mentőszolgálatnál azt látjuk, hogy egy országosan egységesen szervezett struktúra mindig a betegbiztonság növelése felé tart. Egy olyan struktúrában, ahol különböző pontokon különböző ellátási formák vannak, nem biztos, hogy a betegek mindenhol ugyanazt a minőséget tudják megkapni. Az volt az alapvető célunk, hogy ebben a rendszerben egy olyan központi szemléletet tudjunk érvényesíteni, ami a mentőszolgálatnál immáron 75 éve működik.

Ha egységes elvek és protokoll szerint csinálják, akkor mindenhol, mindenkinek ugyanazt kell kapnia, amikor mentésről van szó?

A mentés tekintetében is, sőt az a célunk, hogy az orvosi ügyeletek tekintetében is ugyanez legyen. 256 mentőállomással és 7 légimentőbázissal fedjük le a teljes országot, függetlenül attól, hogy valaki kistelepülésen, nagyvárosban, járási központban vagy éppen egy határmenti településen él. Ugyanezt az elméletet fogjuk átültetni a következő időszakban az orvosi ügyeleti ellátásra is.

A jelenlegi mentési kapacitás egységesen és homogén módon fedi le az országot? Nehéz elképzelni, mert a domborzati viszonyaink is teljesen mások, a lakosságsűrűség is teljesen más. Én itt Budapesten valószínűleg hamarabb kapok ellátást, mint Csengele környékén, nem?

Ezzel vitáznék, hiszen évekkel ezelőtt az volt az európai uniós és a magyar fejlesztéseknek is a céljuk, hogy olyan mentőállomás-térképünk legyen Magyarországon, hogy mindenki 15 percen belül kapjon mentési kapacitást, a legközelebbi állomástól, normál útviszonyok között. Ezt 99 százalékban sikerült elérni, ezért van 256 mentőállomásunk. Pontosan azért vannak így és ilyen struktúrában elhelyezkedve a mentőállomásaink, hogy a gyors ellátást tudjuk biztosítani mindenki számára.

A mentőkapacitás elérése azt jelenti, hogy 15 perc alatt fel tudom vele venni a kapcsolatot, vagy azt, hogy – amennyiben szükséges – 15 perc alatt ott is van, ahol én vagyok?

Azt, ha valakinek szükséges, akkor 15 percen belül oda tudjon érni hozzá a mentő.

A mentőállomások elhelyezkedésén ezek szerint nem kell változtatni attól, hogy az ügyeleti rendszert is a mentőszolgálat szervezi meg?

Abszolút nem, bátran mondhatom, nemcsak a Hajdu-Bihar megyei tapasztalatok alapján, hiszen nagyjából száz ügyeletet irányítunk mi is az országban. Azt látjuk, hogy ott, ahol az ügyelet jól működik, kevesebb a felesleges mentőhívás és kisebb a sürgősségi osztályoknak is a felesleges terhelése, merthogy az ügyelet leveszi róluk ezt a terhet. A fő célunk, hogy a betegek a megfelelő ponton a megfelelő ellátást kapják.

Igényel bármiben – emberben, járműben, bármiben – plusz kapacitást a mentők részéről, hogy országosan átveszik az ügyeleti ellátást?

Ez az egész rendszer a mentőszolgálaton belül fog létrejönni, de nem a mentés terhére, nem a mentőautóinkkal fogunk kimenni az ügyeleti feladatokhoz. Pedig ma meg kell tennünk, ha az ország valamelyik részén az ügyeletben nincsen megfelelő ember. Ilyen esetekben a 112-t hívják és mentőnek kell kimenni olyan feladathoz is, ami nem a miénk. Teljesen elkülönítetten, de a mentőszolgálaton belül fogjuk létrehozni ezt az infrastruktúrát, külön egységekkel, külön gépjárművekkel, külön személyzettel, és leginkább azokkal a szakemberekkel, akik eddig is az ügyeleti ellátásban dolgoztak az országban. Mindenkit átveszünk, aki hozzánk szeretne jönni és velük fogjuk működtetni az ügyeletet. Nem a mentésből fogjuk ezt a kapacitást elvenni, ez nagyon fontos.

Hány emberre, hány gépjárműre van ehhez szükség?

A terveink szerint Budapest kivételével indulunk az országban, ez azt jelenti, hogy 174 járásközpontban lesz hétköznap 16 és 22 óra között, hétvégén 8-tól 14 óráig háziorvosi ügyelet. Este 10 után és hétvégén 14 óra után a mentőszolgálatnak sürgősségi ügyeleti rendszere lesz, 102 telephelyen fizikai jelenléttel is. Erre a 102 telephelyre be is lehet jönni azoknak, akiknek valójában szükségük van ilyen jellegű ellátásra, és ezekről a telephelyekről fogunk kimenni oda, ahova minket hívnak. Az egész országban egységes telefonszám lesz az, amin keresztül az ügyeletet el lehet érni.

Megvan már, mi lesz ez?

Igen, ez a 1830-as szám. Azért 18-assal kezdődik, mert ezek a közérdekű telefonszámok Magyarországon. Nagyon fontos, hogy a lakosság is megértse, ha neki sürgős segítségre van szüksége, akkor a 112-es számot hívja, ha egyéb egészségügyi problémája, akkor 16 órától a 1830-ast kell majd tárcsázni azokban a megyékben, ahol az ügyeletet már átvettük.

A 112 meg a 1830 között lesz valamilyen olyan típusú átjárás, hogy amikor a 112-n a munkatárs megtudja, hogy mi a problémám, azt tudja mondani, hogy inkább a 1830-at hívjam, vagy akár ő automatikusan át tud engem oda irányítani?

Természetesen át is tudja irányítani, hiszen a dedikált asztalaink, ahol a 1830-as ügyeleti szám csöng, a megyei mentésirányítási központunkban vannak. Gyakorlatilag egymás mellett végezzük ezt a tevékenységet, akár fizikailag is át tudja adni a feladatot, hiszen az adatlapot a mellette lévő monitorra át tudja küldeni a mellette lévő szakembernek. A betegek oldaláról ez óriási előny. Például egy olyan beteghez, aki aluldiagnosztizálta magát vagy nem kellően mérte föl a baja súlyosságát, viszont a mi kikérdezésünk alapján kiderül, hogy, mondjuk, magas időfaktorú problémája, szívinfarktusa van, és mégis a 1830-ra telefonált, az ott lévő kollégám azonnal át fogja adni a mellette ülő mentésirányítónak az adatlapot és mentőt fogunk küldeni. Nem késlekedünk és nem a beteg próbál valahogy magának ellátást keresni az egészségügyi rendszerben.

Ha nem a jelenlegi mentés terhére szervezik meg a személyi állományt, kik fogják vinni az ügyeleti rendszert?

Jelenleg az országban több mint háromszáz helyen működik valamiféle ügyeleti ellátás. Van, ahol egészen magas színvonalon szakorvosok dolgoznak benne, van, ahol már azt tapasztaltuk, hogy elég régóta nem is láttak orvost a környéken és egy szem ápoló próbál valamilyen segítséget nyújtani. Nagyon heterogén ez az ellátás. Azok a szakemberek, akik eddig a rendszerben dolgoztak, természetesen az OMSZ rendszerében is szeretettel látottak a gépkocsivezetőktől a szakorvosokon át az ápolókig bárki. Első körben rájuk alapozzuk az este 10 óra után lévő sürgősségi ügyeleti rendszert, a 16 és 22 óra közötti háziorvosi ügyeleti rendszer, ahogy a nevében is benne van, az meg a háziorvosokra fog hárulni.

Akkor azt nem a mentőszolgálat szervezi, csak az ügyeleti rendszert?

Azt is a mentőszolgálat szervezi. Mi leszünk az egészségügyi szolgáltatók ebben az esetben is, és velünk kötnek szerződést a háziorvosok, akiket mi fogunk kifizetni ezért a tevékenységért.

Ez a 16 óra utáni napszak?

Ez a 16-tól 22-ig tartó hétköznapi időszak, hétvégén pedig a 8-tól 14 óráig tartó időszak.

Ide elegen jelentkeztek már, vagy korai még ezt a kérdést föltenni, mert nem indult el mindenhol?

Még nem indult el mindenhol az országban. Fontos is tisztázni, hogy február 1-jétől Hajdú-Bihar vármegye lesz az első csatlakozó, március 1-jétől pedig Győr-Moson-Sopron és Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye következik. Folyamatos a toborzás, folyamatos az egyeztetés a helyszínen a háziorvos kollégákkal, a rendszerben dolgozókkal, mindenkit folyamatosan integrálunk a rendszerünkbe abban a formában, ahogy ő éppen szeretne jönni, hiszen itt az egészségügyi szolgálati jogviszonyon át a vállalkozói létig minden megengedett. A lényeg az, hogy egy olyan rendszernek legyen a része, ami tisztán, transzparensen, protokollok alapján, utánkövethetően a betegek érdekét szolgálja.

Azt ki dönti el, hogy ki léphet be az egészségügyi szolgálati jogviszony szabályrendszere alatt, s ki a vállalkozás alatt?

Alapvetően aki hozzánk jelentkezik, megválaszthatja azt, hogy milyen formában szeretné ezt a munkakört betölteni, hogyan éri meg neki anyagilag, időben és egyéb módon, mi ezt abszolút rájuk bíztuk. Sok olyan kollégánk van, aki már belépett az egészségügyi szolgálati jogviszonyba, eddig vállalkozók voltak. Vannak olyanok, akik eddig vállalkozói létben dolgoztak és ezt szeretnék folytatni a jövőben, személyes közreműködőként. Természetesen ezt is respektáljuk, mindenkit, aki a rendszer része szeretne lenni, a számára legmegfelelőbb módon próbáljuk integrálni.

De aki belép és a rendszer részévé válik, onnantól kezdve az OMSZ irányítása alatt működik abban az időszakban,

amikor ügyeletet ad?

Abszolút, s a betegek számára ez az egyik legfontosabb előny. Hiszen ő nem valamiféle izolált ügyeleti szolgáltatónak a telephelyén dolgozó szakember, hanem egy egységes rendszernek a része, ahol –Budapest kivételével – nemcsak a 102 ügyeleti telephely, hanem a 256 mentőállomás és a majdani 70-80 sürgősségi osztály áll mögötte. Sőt, az egész rendszer mögötte van a szakembereknek, telemedicinális eszközökkel, telefonnal és egyéb informatikai eszközökkel.

Azt modellezték-e, hogy mekkora terhelésre kell számítania az ügyeleti rendszert adó személyzetnek?

Sokszor kérdezik, hogy vajon csak Hajdú-Bihar megyéből szűrtünk-e le tapasztalatokat, azt tudom mondani, hogy nem. De ott most már több mint 17 hónapja működtetjük az ügyeletet, és ugyanazzal a szemlélettel működtettük, ahogy a mentést, ugyanúgy az üzleti és mesterséges intelligencia algoritmusokat és elemzéseket használjuk már az ügyeletben is, amit az OMSZ napi működése során. Ki tudjuk mutatni azt, hogy melyik ügyeleti telephelyen, hány órakor, milyen típusú beteg jelenik meg. Követtük a betegeket abból a szempontból is, hogy akiket mi elláttunk, azok 48 órán belül felvételre kerülnek-e a kórházba ugyanazzal a diagnózissal. Ha felvételre kerültek, mikor engedik el őket. Hosszan próbáltuk értékelni azt, hogy a mi ellátásunk milyen kimenetelt jelent a beteg szempontjából és emellé gyúrtuk azokat az évtizedes OMSZ-tapasztalatokat, amelyek a működtetett ügyeletekből jöttek. Ebből azt láttuk, hogy a betegek jelentős része este 10 óra előtt beérkezik az ügyeleti ellátásba, hiszen a munkája után ez az időszak, ameddig ő az aktív időszakában segítséghez fordul. Az ezután beérkező betegek száma elenyésző, de ők valamilyen akut, súlyos, hirtelen jelentkező problémával keresik fel az ügyeletet. Ott valójában sürgősségi ellátást kell nyújtani nekik. Biztosan nem jön be senki hajnali kettőkor gyógyszert felíratni egy ügyeleti telephelyre, mert inkább alszik és megvárja a holnapi napot. Aki hajnal 2-kor keres valamilyen egészségügyi segítséget, szolgáltatást, annak valamilyen hirtelen jelentkező problémája van.

Bármilyen erősségű párhuzamos terhelést elvisel-e a rendszer? Mondjuk történik egy tömegbaleset. Akkor mindenki részt vesz az ellátásban? Az ügyeletet adó meg a mentés is?

Hadd mondjak egy extrém példát az elmúlt évekből. Azokon az ügyeleti helyeken, ahol mi irányítottuk az ügyeletet, de egy magánszolgáltató végezte, előfordult olyan, hogy az ügyeleti telephelytől kétszáz méterre valaki összeesett az utcán. Nyilvánvalóan mi tudtuk, hogy ott van bent egy szakember, felhívtuk ezt a telephelyet, és mondtuk, hogy menjen ki addig, míg a mentő kiér, kezdje meg a betegnek akár az újraélesztését vagy a vizsgálatát. Itt megtagadhatta egy magánszolgáltató azt, hogy kimenjen, vagy nem láttuk, hogy bent van, hiszen nem volt semmilyen informatikai összeköttetésünk vele. Ez a jövőben nem fordulhat elő, hiszen ha egy ilyen esemény van, akkor természetesen tudjuk egy ilyen eseményhez is őt riasztani. De azért azt senki ne gondolja, hogy a háziorvosokat az ügyeleti szolgálatukból mi el fogjuk küldeni a vonatbalesethez. Arra a mentés van, sőt, sokkal inkább gondoljuk azt, hogy a mentési kapacitásunk kevésbé lesz feleslegesen használva ebben az időszakban. Miután már 16 órától nálunk csöng a telefon, a 1830-as számon, kollégáim a protokoll alapján el tudják dönteni, hogy a betegnek tanácsra van szüksége, ügyeleti autóra van szüksége vagy mentőautóra. Biztos, hogy feleslegesen nem fognak mentőautót küldeni egy olyan feladath

Mennyire tudják differenciálni azt, hogy egy adott helyzetben kihez, kit kell küldeni? Mert az orvosoknak időnként elképesztően sok szakvizsgájuk van, vagyis nagyon sok mindenhez értenek. Akkor azt küldik ki, aki ahhoz a területhez a legjobban ért?

A 16 és 22 óra közötti időszak háziorvosi ügyelet. Ebben az időszakban a háziorvosi ügyeleti kompetenciának megfelelő szakemberek fognak dolgozni, és a problémákat el is fogják tudni látni, ezek nem olyan speciális szakvizsgát igénylő feladatok, ahol differenciálnunk kellene. Itt azt kell eldönteni, hogy az egy háziorvosi kompetenciát igénylő feladat. Ha sürgősségi kompetenciát igénylő a feladat, azonnali mentőellátásra van szükség, akkor ebből a rendszerből azonnal áttereljük a mentésbe és a mentőautó fog hozzá kiérkezni.

Megyénként lesz bevetésirányítás?

Igen, ahogy most a mentésnél is működik, minden megyeközpontunkban van mentésirányítási központunk, ahol mindig van egy dedikált mentésvezető, aki koordinálja a megye mentését és vannak mentésirányítók, akik fogadják a hívásokat. Ebbe a rendszerbe illesztjük be az ügyeleti hívásfogadó kollégákat is, akik gyakorlatilag egy mellettük lévő munkaasztalon fogadják ezeket a hívásokat.

Akkor itt kizárt a helyismeret hiánya, az, hogy nem tudja, hogy azt az utcát a múlt héten felbontották és oda semmilyen irányból nem lehet bemenni?

Pontosan, hiszen az előző nap mentőautót küldött arra a területre. Azt is látni kell, hogy míg országosan egy évben 1,2 milliónál is több mentési feladatunk van, nagyjából több mint ötmillió hívás érkezik a mentőszolgálathoz. Ezeket most is kezelik a bajtársaim, és most is tanácsot adnak, emellé, hogyha plusz kapacitást szervezünk, bőven el tudja bírni a rendszer.

Edukációról beszélt már az előbb is, új rendszernél sosem árt. Mikor kell mentőt hívnunk nekünk, laikusoknak?

Amerikában már egészen gyerekkortól oktatják, hogy a mentőt akkor kell hívni, ha az elmúlt 15 percben olyan hirtelen jelentkező egészségügyi problémám adódott, ami az azt megelőző időszakban nem volt. Ezt valószínűleg sürgősen el kell látni, erre való a mentés. Nyilvánvalóan egy baleset esetén az nem kérdés, hogy mentőt kell hívni. Egy olyan tünet esetén, ami csillapíthatatlan fájdalmat jelent vagy hirtelen jelentkező, akár látásvesztést vagy végtaggyengeséget, biztosan a 112-n keresztül fognak adekvát segítséget kapni. Ha egy régebb óta fennálló problémám van vagy egy olyan, ami nem okoz ilyen súlyos tüneteket, panaszokat, akkor a 1830-as szám lesz az, ahol ezt a segítséget meg tudom kapni.

Hároméves gyerekem leesik a hintáról, nem sír, azt mondja, nem fáj, de nem úgy viselkedik, mint előtte. Nekem gyanús, hogy nem sír és azt mondja, hogy nem fáj. Ilyen példák elő szoktak fordulni. A mentésirányítást hívjam vagy az ügyeleti rendszert?

Ha ez 16 óra után van és véletlenül a 1830-as ügyeleti számot hívja, akkor az ott lévő kollégám ugyanúgy meg fogja tudni ítélni, hogy az ön gyerekének a problémája aggasztó-e és esetleg mentőre van-e szüksége. De ha a 112-t hívja és azt mérik fel a kollégáim, hogy az ő tünetei nem aggasztók, nem fenyegeti semmiféle olyan veszély, ami az ő egészségkárosodását eredményezheti, természetesen azt a fajta segítséget fogja megkapni. Ez egy egykapus belépés az egészségügybe, amit a betegek számára fogunk biztosítani. Nem kell különböző szolgáltatók között gondolkoznia, pattognia, nem kell sok számot megjegyeznie.

Azt csinálhatom-e, amit eddig, ha valami baj volt: felnyaláboltuk a gyereket és elvittük az éppen ügyeletes kórházba vagy a lehető legközelebbi helyre.

Természetesen ez a lehetőség adott lesz a jövőben is. A célunk az, hogy olyan esetben, amikor nem kellett volna felnyalábolni a gyereket, vagy azért, mert olyan súlyos az állapota, hogy azzal ne a család fáradjon, vagy pedig azért, mert felesleges, akkor a 1830-on a kollégáim meg tudják ítélni és le tudják szűrni ezeket az eseményeket. A kórházak nyitva vannak ugyanúgy, a sürgősségi osztályok ugyanúgy fognak üzemelni, de mi azt gondoljuk, hogy az ő terheltségük egy ilyen egységes irányítással csökkenni tud, hiszen azok a betegek, akik nem odavalók, nem ott fognak megjelenni. A betegek is profitálnak belőle, hiszen nem ülnek feleslegesen órákat egy olyan probléma miatt, amit máshol hamarabb el lehetett volna látni, hanem az ügyeleti rendszerben megkapják a segítséget.

A kedvelt, sok év óta velünk együtt dolgozó háziorvoshoz ugyanúgy el lehet vinni a gyereket? Ugyanúgy fel lehet hívni, vagy ő, ha nincs benne a rendszerbe, akkor nem fog dolgozni aznap?

A rendelési idejében természetesen minden háziorvos ugyanúgy fog továbbra is rendelni, ahogyan eddig volt. Csak akkor válasszák az emberek az ügyeleti ellátást, a mentőt, a sürgősségit, ha már nem elérhető a háziorvos, vagy ha olyan panaszuk van, amit ő nem tud ellátni. A betegek továbbra is a saját háziorvosaiktól fogják megkapni azt a háziorvosi alapellátást, ami nekik szükséges és jár. De 16 óra után, a járásközpontban lehet, hogy az ő orvosa fog jönni, de lehet, hogy egy másik orvos.

Az informatikai rendszert használva bármelyik orvoshoz is kerülök, bármilyen ellátóhelyre, ő látja az én adataimat?

Természetesen az egészségügyi elektronikus szolgáltatási térben, az EESZT-ben erre minden arra jogosult orvosnak lehetősége van és mi is ezzel tervezünk. A 16 órától a járásközpontban lévő szakember látni fogja a beteg TAJ-száma alapján, hogy a kollégája mit írt föl az elmúlt időszakban, abból mit váltott ki a beteg, mit nem váltott ki, esetlegesen milyen kórházi megjelenései voltak. Ezek alapján tudja majd ő diagnosztizálni és esetleg terápiás javaslattal ellátni a beteget.

Egy medikai szoftver lesz vagy több van, amelyek képesek együttműködni?

Az ügyeleti ellátásban egy medikai szoftvert fogunk használni, ez az államilag elfogadott és január 1-jétől fokozatosan elterjesztett rendszer lesz, ez a miniHIS rendszer. Egyre több háziorvos használja már most is, a jövőben ez náluk kötelező is lesz, mindenki át fog állni a miniHIS rendszer használatára.

Amikor már bent vagyok a mentőben, akkor a mentő dönti el, hogy hová visz az utunk, vagy én mondhatom meg a mentőben, hogy az általános iskolás évfolyamtársam itt a szomszédban professzor, menjünk inkább hozzá? Vagy a mentő nem taxi?

A mentő biztosan nem taxi, bár sárga, nem szerencsés összekeverni a két autót, ez biztos. De a kollégáim, ha a beteg állapota megengedi, a legvégső mértékig respektálni szokták a kérését, ha van egy fogadó orvos, fogadó intézmény. Ha nem is feltétlenül azért, mert az orvos a beteg iskolatársa volt, de, mondjuk, az elmúlt években ő kezelte. Előre tudjuk egyeztetni a kórházakkal, hogy az orvos tényleg fogadja-e az adott beteget. Mindaddig él ez a fajta engedmény és gesztus a beteg felé, ameddig az állapota ezt megengedi. Ha mondjuk, szívinfarktusa van, akkor nem azon fogunk gondolkodni, hogy mit szeretne a beteg, hanem azon, hogy mi a legközelebbi olyan ellátó, ami a betegnek és az ő egészségi állapotának a legjobb. Ez a mi fő vezérelvünk a mentés során. A legközelebbi, legmagasabb szintű ellátó egységbe fogjuk őt vinni, ahol érdemi terápiát kap a problémájára.

Megyehatárok ebben számítanak?

A mentőszolgálatnál a megyehatárokat eddig sem respektáltuk. Nyilván az igazgatást tekintve a mentőszolgálat szervezetében vannak megyehatáraink, de a mentés tekintetében a legközelebbi mentőegység vonul ki a beteghez és a legközelebb intézménybe viszi. Pontosan ez az egyik olyan elem, amit szintén átemelünk az ügyeleti ellátásba, hiszen azt láttuk az elmúlt éveket tekintve, hogy vannak akár hat-nyolcezer fős települések, akik szerveztek maguknak valamiféle ügyeleti ellátást, de az ügyeletes orvos nem ment át a mellette lévő, öt kilométerre lévő településre, hiába volt ott bármilyen probléma. Ez nyilvánvalóan méretgazdaságossági szempontból, humánerőforrásból nem fenntartható rendszer. Olyan esetben, amikor a mentőszolgálat ezt felülről ránézve, az egész országot lefedve szervezi, ha éppen arra jár a mi ügyeletes autónk, bárhonnan is jött, azt fogjuk odaküldeni a problémához és nem kell arra várni, hogy majd visszaérkezik az az orvos, aki amúgy azon a telephelyen ügyelt, mert ő csak azt a részt látja el.

Kik fognak dolgozni a járműveken?

Ismét szeretném, ha elválasztanánk a mentést az ügyeleti ellátástól. Az Országos Mentőszolgálatnak számos mentőegysége van, ezek hagymahéjszerűen egymásra épülnek. . Vannak az alapszintű mentőegységeink, ezek a BLS egységek, ezen vagy egy mentő-gépkocsivezető vagy egy mentőtechnikus van a mentőápoló mellett. Ezek kétfős mentőegységek. Az alapszintű mentőegységeink bármilyen ellátást meg tudnak kezdeni az újraélesztésen át a szülésig. Ha szükséges, akkor segélykocsiként érkezik hozzájuk egy esetkocsi, amiben három fő teljesít szolgálat: a mentő-gépkocsivezető/mentőtechnikus bajtársam mellett ott van a mentőápoló vagy mentőtechnikus, és ők egészülnek ki egy egységvezetővel, aki vagy egy mentőtiszt, vagy pedig egy orvos. Efölötti szakmai kompetenciaegységünk a rohamkocsi, ahol a két alapszintű mentőegységben lévő szakember mellett vagy egy mentő- és sürgősségi szakorvos van, vagy egy aneszteziológus intenzív terápiás szakorvos. Ők teljesítenek szolgálatot a rohamkocsin.

Az hol dől el, hogy milyen esethez,milyen típusú mentőegység indul el?

Ez a mentésirányításunkon dől el a kapacitás függvényében is. Nyilván a legfontosabb az, hogy indítsuk el felé azt mentőegységet, ami a legközelebb van a feladathoz, és ha ő elkezdte az ellátást, és a helyszínen azt látja, hogy magasabb szintű ellátásra is szükség van, akkor ő fog további egységeket kérni, a rohamkocsitól a helikopterig.

Ezt civilként úgy lehet elképzelni, hogy nekem mindegy, hogy milyen mentőautó érkezik, ha sárga, bármelyik képes életben tartani addig, már ha az lehetséges, amíg a megfelelő további segítség meg nem érkezik?

Pontosan, és ugyanez a fajta gondolkodás az, amit az ügyeleten belül használni fogunk. Ott is sárga autók fognak érkezni, személyautók, amin lesz egy olyan mentőtechnikus mentő-gépkocsivezető vagy gépkocsivezető, akinek van valamiféle egészségügyi kompetenciája, akár szakápoló is lehet. Van mellette vagy egy magasan képzett, kiterjesztett hatáskörű ápoló, ezek az úgynevezett APN, egyetemet végzett ápoló szakemberek, vagy egy mentőtiszt, vagy pedig egy orvos.

Milyen személyautók lesznek? Ez eldőlt-e már?

Ezek az autók között, amiket mi közbeszerzünk a következő időszakban, lesznek olyanok, amelyek négyszer négyes meghajtásúak, tehát bizonyos terepviszonyok mellett is tudunk velük közlekedni és lesznek olyanok, amelyek a normál személyautóknak megfelelő műszaki tartalommal rendelkeznek. De az életmentés minden szükséges kelléke rajta lesz ezeken az ügyeleti autóinkon is.

A helikopteres mentés milyen kapacitással tud dolgozni?

2020. január 1-jétől a Készenléti Rendőrség az üzemeltetője a Légimentő Kft.-nek, de az Országos Mentőszolgálat továbbra is maradt szakmai felettese, felügyelője. Itt olyan speciális tudás és szakembergárda van, ami a helikopterek tekintetében megkívánja az üzemeltetés leválasztását. Az orvosszakma tekintetében pedig a rohamkocsi fölötti technológiák és technikák is vannak egy-egy ilyen helikopteren, akár az ultrahang használatát említhetném vagy a vértranszfúzió lehetőségét. Ez is szépen kiegészíti a földi mentést.

Veszélyes üzemek mentén több a mentőkapacitás? Vagy ott azt a helyi katasztrófavédelemnek kell ellátni? Erőművek, Paks, autópályák környéke.

A hatályos jogszabályok ezt nagyon szigorúan szabályozzák, például Paks esetében saját mentőszolgálat működik az üzemi területen belül, pontosan azért, mert nyilván más üzemi zóna az, mint ami kívül van, és esetleg az ott lévő mentő a kapuig kihozza a beteget és ott mi, ha olyan állapotú a beteg, átvesszük és visszük tovább. Nem meglepő módon, azok a bajtársak, akik dolgoznak az üzemen belül, a mentőszolgálatnál is dolgoznak.

A költségvetésük tartalmazza a járművek rendszeres cseréjét?

Rendszeresen voltak mentőautó-beszerzések kormányzati forrásból az elmúlt években is. Csak az elmúlt több mint 11 évben több mint ezer mentőautót vásároltunk, most már bőven hat év alatt van a gépjárműparkunk átlagéletkora, ami szükséges is, hiszen

csak a tavalyi évben majdnem 46 millió kilométert mentek az autóink. Az idén már gyártáson van 33 darab új mentőautó, emellett kilenc mentőautót kapunk a Légimentő Kft.-től egy csere folytán. Nagyjából kétszáz személyautó fog az ügyeleti ellátásban szolgálatot teljesíteni, azok is folyamatosan fognak beérkezni a következő időszakban a mentőszolgálathoz.

A típusok maradnak?

A legnagyobb számban Sprintereket üzemeltetünk és vannak Craftereink is. Mi megpróbáljuk ezt a kettős flottát fönntartani, mert az a 46 millió kilométer óriási futásteljesítmény, ehhez majdnem hatmillió liter üzemanyagot el is égetünk, és ez a futásteljesítmény megkívánja azt, hogy stabil és megbízható autóink legyenek. Az elmúlt években is számos világkiállításon és egyéb helyen megfordultak a magyar mentőautók, és számos külföldi mentőszolgálat csodával áhítozott az az autóflotta és felszereltség után, ami nekünk van.

Mi számít a mentőszolgálatnál jó flottának? A kiállítási arányszámok, hogy százból hány tud beállni a szolgálatba, vagy az, hogy milyen gyorsan megy, hogy mi fér bele?

Mindez együtt. Inkább az az ergonómia, ami a betegellátás során rendkívül fontos, ami nyilván a menetteljesítményt és egyebeket is befolyásolja, de az is, hogy a betegtérben mi, hogyan van elhelyezve és milyen felszereltség van az autóban. Azt azért látni kell, hogy azok a mentőtiszt kollégák, akik ma a mentőszolgálatnál dolgoznak, olyan unikális tudásnak vannak a birtokában, ami máshol nem nagyon van meg a világban. Majdnem kizárólag orvosi kompetenciákkal rendelkező mentőtisztek dolgoznak a mentőautókon. Egészen a beteg lakásáig vagy a baleset helyszínéig tudjuk vinni a gyógyszereket, a technikákat, az eszközöket, ami máshol nem adott. Számos országban csak az alapszintű mentőegységek működnek és néhány orvossal irányított mentőegység, merthogy nincs ez a köztes szint a mentőtisztekkel. Nyilvánvalóan orvossal felszerelt mentőegység külföldön is nagyon kevés van csak.

A mobiltelefonokon futó életmentő applikáció fogja tudni kezelni az új ügyeleti rendszert?

Már meg is tettük azt az első lépést, ahol az információ fül alatt látható lesz a csatlakozott megye – február 1-jétől Hajdú-Bihar vármegye – ügyeleti telephelyeinek elérhetősége, már ezt is integráljuk az életmentő applikációkba. Több mint hatszázezer ember töltötte le. Február 1-jén még kapnak egy push üzenetet is a telefonjukra azok, akik letöltötték és Hajdú-Bihar megyéből regisztráltak, hogy náluk a 1830-as számon már elérhető az OMSZ új ügyeleti ellátása. Készenléti szerv mobil applikációra push üzeneteket még nem küldött Magyarországon, azt gondoljuk, ez is egy olyan betegbiztonságot, tájékoztatást növelő lehetőség és információ, amit mi mindenképpen szeretnénk a jövőben is használni.

Hogy fog kinézni, amikor majd elindul? Most van egy gomb rajta, ami pirossal pulzál, ez azt jelenti, hogy ott kérek segítséget és akkor tudom elindítani. Most két felület lesz, amin segítséget kérek, vagy megmarad az egygombos rendszer?

Az egygombos rendszer természetesen megmarad, hiszen ez alapvetően segélyhívásra lett fejlesztve, de az alsó sorban a gomb alatt most is van egy olyan rész, ahol egészségügyi információk vannak. Van egy olyan rész, ahol a környékemen lévő kórházak, gyógyszertárak elérhetőek, ami szintén nagyon gyakran használt rész, és itt az alsó sorban lesz az ügyeleti gombunk, amin keresztül el lehet érni a már csatlakozott megyéknek az ügyeleti térképét, ott is hozzá lehet jutni ahhoz az információhoz, amire éppen a betegnek szüksége van.

Pest megye és Budapest mikor következik?

Hónapról hónapra haladva fűzzük föl a megyéket egészen addig, míg jövő év elejére el nem érünk Pest megyéig, és addig megszületik majd valószínűleg az a döntés Budapestről is, hogy milyen formában tud, akar csatlakozni, nem beszélve arról, hogy nyilván Budapesten aztán végképp egészen más az egészségügyi struktúra és ellátás. Budapestre egy egészen más koncepciót készítettünk, és másként gondoljuk az ügyeletet szervezni itt, mint az ország más területein.

Az orvosegyetemi városokban, Debrecen, Pécs, Szeged, az egyetemek bekapcsolódnak az ügyeleti rendszerbe?

Az egyetemek mint megyei kórházak kapcsolódnak be, például Debrecenben, nemcsak a pilot alatt, hanem már február elsejétől is, a gyermekorvosi ügyelet a gyermekklinikán lesz, a felnőtt orvosi ügyelet pedig a sürgősségi osztály mellett. Ez óriási szakmai előnye a rendszernek, hiszen az a beteg, aki úgynevezett triázs5-ös beteg, tehát olyan panasszal érkezik a sürgősségi osztályra, ami biztosan nem sürgősségi ellátást igénylő panasz, az mindenhol a világon hat-nyolc órát vár a sürgősségi osztályokon, hiszen mindenki más előrébb sorolódik. Ezek a betegek az új ügyeleti rendszerben, miután megtörtént a vizsgálatuk és a triázs5-ös kategóriát kapták, automatikusan átirányítódnak a mellettük lévő ajtóhoz, ami gyakorlatilag az ügyeleti ellátó hely, és ott nem kell 6-8 órát várniuk, hanem azonnal megkapják az ellátást.

A kórházi betegszállítás a mentőszolgálat kapacitását terheli, vagy a magánszolgáltatókét?

Ez több mint húsz éve már magánszolgáltatók által végzett feladat, amit az Országos Mentőszolgálat irányít. Ez azt jelenti, hogy,

hogy a 1820-as telefonszámon az adott megyei irányításunkhoz érkezik a betegszállítási igény, ezt mi továbbítjuk a területileg illetékes magánszolgáltató felé, és ő végzi el a betegek szállítását. A mentő haza beteget nem visz, csak a kórházba vagy kórházak között.

Olyan magánszolgáltatókkal, mint a Peter Cerny, van a mentőszolgálatnak együttműködése?

A Peter Cerny egy koraszülőttmentő szolgálat. Magyarországon több ilyen koraszülöttmentő alapítvány működik. Ők konzorcionális partnerként a mentőszolgálat alvállalkozói, bár elég csúnya szó ebben a formában, ők azok, akik a mentőszolgálat által fizetett összegből ellátják a koraszülöttek speciális mentését és transzportját. De a mi égiszünk, a mi riasztásunk alatt végzik ezt a szolgáltatást, ez nem betegszállítás, ez koraszülöttmentés.

Ha valami ilyesmi történik, akkor, mondjuk, az applikáción keresztül tudom önöket értesíteni és ott dől el, hogy a Peter Cerny jön vagy önök jönnek? Attól függ, hogy ki van közelebb?

Így van, például olyan esetben, ha megindul egy koraszülés lakáson, akkor oda riasztunk nyilván egy OMSZ-egységet és riasztjuk a legközelebbi koraszülött egységet is, és a két egység látja el a kismamát és a babáját is.

Az mikor dől el, hogy a kerékpárosmentés beválik-e Magyarországon is?

Én meglepődnék, ha nem válna be Magyarországon, hiszen számos országban ez már bevált forma. Jó helyen kell és jóra használni ezeket az eszközöket, ebben is nagy segítségünkre lesz a mesterséges intelligencia és az algoritmusunk. Tavasztól indul ez a pilot valójában, első körben kettő-három kerékpárral Budapesten, olyan dedikált helyeken, forró pontokon, ahova mentőautóval nehezen lehet bemenni. Nagy valószínűséggel helyszínen ellátható panaszok vannak, valaki elesik az utcán, rosszul lesz, hasonló, amihez gyorsan oda tud menni egy kerékpáros. Ő vagy ellátja a beteget, vagy fölmérve az állapotát, további segítséget hív. Van egy prediktív tervezésünk is, ez talán a 75 év egyik legnagyobb innovációja lesz. Nagyjából kétszázalékos tévedési valószínűséggel meg tudja mondani a jelenlegi mesterséges intelligencia algoritmusunk azt, hogy az adott ponton a következő időszakban bekövetkezik-e valamilyen esemény. Így meg fogjuk próbálni azt a kerékpárokkal, hogy egy kicsit előre odaküldjük, ahol az algoritmus azt mondta, hogy ott lesz valamilyen esemény, és megnézzük, ha így szervezzük a mentést, akkor ez mennyivel hatékonyabb mentést eredményez.

Forrás: infostart.hu

Like

- up
  47%
- down
  53%

- A hozzászóláshoz be kell jelentkezni
- Print
- 1931 olvasás